

© Малова Ю.В., 2012
УДК 612.648 (470.324-201)

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ В РАБОТЕ МЕДПЕРСОНАЛА ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ

Ю.В. Малова

Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова, г. Москва

Представлен обзор современных представлений о психологических задачах в деятельности медицинского персонала, осуществляющего помощь пациентам онкологических клиник. Рассматриваются такие стороны медицинской деятельности, как построение доверительного и эмоционально ответственного контакта, индивидуально-психологический подход в общении с пациентами, учёт их базовых психологических потребностей. Подчёркивается влияние психологического благополучия не только на качество, но и на продолжительность жизни пациентов. Описаны психологические задачи и правила коммуникации при оказании медицинской помощи детям, больным раком, в общении с родителями этих детей. Подчёркивается значимость понимания психологической сущности потребностей пациента, в частности, эффекта «знаемости», в повышении эффективности медицинской помощи в онкологической клинике.

Ключевые слова: психологические потребности пациентов онкологической клиники; психологические задачи в деятельности медицинского персонала, факторы эффективной коммуникации, эффект «знаемости», развитие профессионально значимых навыков психологической помощи.

Онкологические заболевания почти всегда становятся потрясением для пациентов; они приводят к изменению жизненного мира личности и зачастую вызывают негативные психологические последствия. Необходимо, чтобы в рамках оказания медицинской помощи была предусмотрена служба психологической помощи, которая решала бы такие важные задачи, как мониторинг психологического состояния больных и их родственников, оказание индивидуальной и групповой психологической помощи.

Однако, немаловажным является также то, что в процесс психологической помощи должен быть вовлечен и медицинский персонал онкологической клиники. Врачи и медицинские сестры должны строить со своими пациентами отношения особого рода, которые были бы основаны на чуткости к психологическим нуждам

пациентов, на уважении и принятии их личностных качеств, особенностей их реакции на заболевание и лечение. По мнению Hankemeier с соавт., «в идеале врачам нужно взять на себя ответственность за построение и планирование жизни пациентов» [6]. Как пишет Gutjahr, «врач начинает с пациентом многолетний путь, на котором он должен предоставить ясность, сочувствие, надежду и уверенность» [5].

Основополагающим является в этом смысле понимание персоналом важности психологического благополучия пациента. Пока такое понимание не всегда присутствует в достаточной степени и не стало частью профессиональной культуры медицинских работников, специализирующихся в области онкологии. Зачастую значение психологических аспектов в своей работе врачи понимают лишь тогда, когда сами начинают испытывать про-

блемы адаптации к профессии. Между тем существуют исследования, показывающие влияние психологического благополучия на такие значимые показатели, как выживаемость пациентов. Simonton с соавт., Fewky с соавт. показали связь вероятности рецидива и времени выживания пациентов с активностью психологического совладания с ситуацией заболевания – так называемым копингом [3, 6]. В свою очередь, эффективность копинга, несомненно, зависит от особенностей взаимодействия пациента с медперсоналом.

Clipp с соавт. [3] исследовали влияние биомедицинских, клинических и психосоциальных показателей на выживаемость. Меньшая выживаемость пациентов кризисной фазы по сравнению со следующей хронической может быть связана со стрессом кризисной фазы вместо оптимизма и надежды, сопутствующих ранней хронической фазе.

В исследовании Schroevers с соавт. [8] была обнаружена значимая положительная связь полученной больными эмоциональной поддержки с посттравматическим ростом. Посттравматический рост представляет собой позитивные психологические изменения в результате жизненных обстоятельств, бросающих вызов адаптивным ресурсам личности, а также её пониманию мира и своего места в нём [9]. Регрессионный анализ показал, что большие показатели полученной эмоциональной поддержки через 3 месяца после постановки диагноза значимо предсказывали более высокое переживание позитивных последствий заболевания через 8 лет после постановки диагноза. Таким образом, получение поддержки от медперсонала, характеризующееся ободрением, утешением, помощью в решении проблем в период, следующий за постановкой диагноза имеет положительное значение для пациента и взаимодействия с ним в будущем.

От медицинского персонала онкологической клиники также требуются умение строить доверительную коммуникацию, готовность уделять достаточное внимание психологическим нуждам пациента. Особого внимания требует момент сообщения диагноза онкологического заболевания. Ключе-

вой задачей здесь является оптимизация уровня тревоги. В наибольшей степени в этот момент пациенты нуждаются в полном и точном понимании того, что с ними происходит. По мнению Meredith не только при постановке диагноза, но и в целом пациентам нужно большое количество информации о болезни и лечении. Degner и Gattellari отмечают, что многие пациенты хотят участвовать в принятии решений относительно выбора лечения [4]. Hankemeier с соавт. подчёркивают, что не следует давать пациенту абстрактные надежды на излечение, так как часто надежда на излечение разбивается о конкретные разочарования [6].

Большинство исследований, в том числе Bruega; Wallberg указывают на то, что предпочтения пациентов относительно информационных и эмоциональных характеристик коммуникации зависят от их культуры, образования, возраста и пола, и что они могут изменяться в зависимости от контекста и во времени [6]. В исследованиях была показана важность возрастного фактора – в зависимости от возраста пациентов могут изменяться такие ключевые параметры, как потребность в получении информации о заболевании. Giacalone с соавт. опросили 122 пожилых (средний возраст 72 года) и 52 молодых (средний возраст 33 года) и выявили, что психологические нужды пожилых пациентов значимо отличались от нужд молодых пациентов; по контрасту с этим, обе группы показали одинаковые психологический дистресс и причины поиска дальнейшей информации. Результаты продемонстрировали, что пожилые пациенты в Италии не хотят полной информации о своём заболевании, что, по мнению авторов, должно учитываться при предоставлении им (и схожим группам пациентов) информации о заболевании [4].

Существует специфика психологических задач в работе медперсонала с пациентами детского возраста. Gutjahr описывает, как, по его мнению, должно строиться взаимодействие медперсонала с родителями детей, больных раком [5].

В лице врача родителями нужен партнёр, всегда готовый к разговору. Они должны знать телефонный номер врача, чтобы

звонить ему по неотложным вопросам. В праздники и выходные дни не должно быть ограничений. Вопросы должны задаваться даже только для того, чтобы реализовать потребность «всё спросить».

Отмечаются следующие необходимые аспекты общения медицинского персонала с родителями:

- повторяющиеся разговоры, в которых в детальной и понятной форме сообщается о болезни и её возможном развитии;

- подчеркнута серьёзное и внимательное восприятие высказываний родителей и детей;

- открытость и искреннее старание помочь, которое исходит от персонала и выражается, например, в дружелюбии во время посещений родителей;

- наглядный показ того, что другие родители и семьи, столкнувшиеся с такими же проблемами, получили эффективную помощь;

- готовность врачей обсуждать с родителями методы лечения, о которых те узнали от знакомых и из средств массовой информации.

В первом важном разговоре, в котором сообщается диагноз, родители многое понимают не так, как думает врач. Следовательно, необходимы повторные разговоры с тем же содержанием. Особенно травматические детали (опасность рецидивов и указание на безнадежность дальнейшего течения заболевания) вызывают актуализацию защитных механизмов, и даже ясные формулировки могут не дойти до сознания и должны быть повторены. (Как писал Рильке: «Ты говоришь «жизнь» громко, а «смерть» тихо и всё время повторяешь – «жизнь»). Мать четырёхлетней девочки, скончавшейся от лейкемии, говорила: «Они мне сотни раз говорили об этом, но я не верила, пока это было так далеко...» (летальный рецидив возник после нескольких рецидивов).

Часто врачам очень сложно говорить об одних и тех же фактах снова и снова чётко и ясно, но без эмоциональной выхолащанности. Если диагноз установлен, надо пригласить к разговору обоих родителей без ограничения во времени и так, чтобы ничто

не мешало извне. Оба родителя должны услышать одно и то же, чтобы ни у одного не возникло впечатления, что от него что-то скрыто. Кроме того, так родители имеют возможность продумать сказанное и в коммуникации восстановить детали.

Этот разговор имеет ключевую функцию. Оба родителя находятся в начале долгого пути взаимодействия с ситуацией болезни; они должны быть в равных условиях. Если возникает необходимость вести разговор с одним из родителей (например, другой в отъезде или болен), возникающие различия в информации, усиленные возможными субъективными искажениями могут вести к серьёзным разногласиям между партнёрами, которые не исчезают в дальнейшем. Эта дисгармония оказывает неблагоприятное влияние на больного ребёнка, здоровых сиблингов и, как показывает опыт, на брак. Особенно сложна задача врача, если родители в разводе или живут порознь. Чувства к ребёнку могут объединить их, но упреки относительно возникновения болезни – углубить пропасть между ними [5].

Содержание сообщения врача должно быть открытым и точным – ясное формулирование диагноза, возможностей лечения, указание на побочное действие и риски терапии, прогноз. Надо быть готовым к последующим вопросам – об уверенности в диагнозе, этиологии, наследственности и опасности для сиблингов. Надо сказать родителям, что они могут в любое время продолжить разговор и получить сведения по всем вопросам. Они могут получать информацию о способах лечения от знакомых и в газетах; всю информацию надо проверять.

Разговор должен вести опытный врач, молодые врачи должны присутствовать, чтобы знакомиться с содержанием разговора и реакцией родителей. Сразу же должен быть вовлечён психолог.

Вопрос о целесообразности сообщения диагноза самим детям остаётся открытым. В исследовании Parsons 2007 г. 350 американских и 362 японских врачей и выявлено, что у американских врачей стойкий паттерн сообщения диагноза де-

тям (65% всегда сообщают детям диагноз, менее 1% редко или никогда) [7]. У японских врачей имеется большая вариабельность паттернов сообщения диагноза (только 9,5% сообщают всегда, 34,5% – редко или никогда). На прямую коммуникацию с пациентами оказывают влияние личные отношения, фактор индивидуальных особенностей пациента, профессиональная культура в обеих странах. Более разнообразны факторы, влияющие на коммуникацию с пациентами японских врачей, чем на коммуникацию американских. Американские врачи испытывают влияние со стороны их собственного чувства ответственности за сообщение, тогда как японские больше подвержены влиянию личных отношений, фактора пациента, профессиональной культуры.

Нужно индивидуализированно подходить к желаниям родителей присутствовать при диагностике или терапевтических, удерживая их от немедленного решения этого вопроса («да» или «нет»). Не ясно, действительно ли присутствие родителей уместно при медицинских манипуляциях. Многие дети более непослушны в присутствии родителей. Кроме того, не исключена дополнительная сильная психотравматизация родителей, присутствующих при манипуляциях

Существует представление, что можно с помощью коммуникативных тренингов обучить медперсонал некоторому набору правил, неукоснительное соблюдение которых сделает взаимодействие с пациентами психологически эффективным. Методологически оно основано на моделировании структуры коммуникации, её механизмов, на исследованиях, в частности Vitow, которые показали эффективность разных типов задавания вопросов, полезность аудиального и визуального сопровождения предоставления информации, как в исследованиях Bruera; Lipkus и Hollands [6].

Характерным примером такого набора правил, рассчитанного на усвоение медперсоналом в ходе тренинга, является «курс коммуникативных навыков» для общения с паллиативными пациентами, предложенный в 2003 году [2].

Предлагается оптимальная структура беседы медсестры с новым пациентом:

- представиться, обозначить цель беседы;
- установить, каковы ожидания пациента в отношении его пребывания в клинике (насколько они реалистичны);
- собрать информацию по истории болезни, опыту лечения в интерпретации самого пациента;
- выявить соматические жалобы в их взаимосвязи с психологическими;
- выявить значимые взаимоотношения, ресурс психологической и практической поддержки, благополучие сексуальных отношений, хобби пациента, способность справляться с домашними обязанностями;
- выявить особенности психологического реагирования. изменения настроения, тревожные и депрессивные проявления;
- резюмировать сообщённое пациентом и предложить пациенту выделить главную проблему.

Можно обучить персонал использовать эффективные и не использовать блокирующие коммуникативные тактики. Однако овладение подобного рода навыками не гарантирует эффективности коммуникации. Это означает, что создать всесторонний и основательный набор принципов и положений, которые бы проясняли, на чём основывается эффективная коммуникативная практика, пока не удалось. Известно, что случаи неудачной коммуникации оказывают негативное влияние на пациентов, однако объяснить это через прогнозируемые особенности поведения персонала и паттерны принятия решения пациентов не удаётся. Экспериментальные оценки показывают влияние многих аспектов на интеракции в процессе помощи. Таких, как аффективные особенности встреч персонала с пациентами степень доверия, которая может быть установлена в их отношениях. [9] Этим аспектам было уделено мало внимания в исследованиях коммуникации с пациентами, больными раком. Имеются данные о корреляциях определённых факторов коммуникации с отдельными показателями пациентов (тревога, удовлетворённость), и меньше дан-

ных о том, как пациенты воспринимают опыт общения с медперсоналом.

Какими могут быть пути разработки подходов к повышению эффективности коммуникации в онкологической клинике и, соответственно, что должен знать медперсонал для качественного выполнения психологических задач в своей работе?

Один из таких путей может быть связан с выделением некоего основополагающего явления и обозначением соответствующей концептуальной ориентации клинического контакта, которая смогла бы обеспечить его эффективность.

В 2005 году Thorne с соавт. [10] провели исследование с целью ответа на вопрос «Как люди, больные раком, описывают и объясняют полезные и неполезные коммуникации в процессе оказания им помощи?» и «позволило осуществить более глубокое изучение тонких аспектов коммуникации» медперсонала с пациентами. Авторы проанализировали сообщения 200 пациентов с различным опытом рака и «зафиксировали всепроникающую жажду человеческой связи». Они пришли к выводу, что важнейшим аспектом коммуникации в контексте лечения от рака является отсутствие анонимности, ощущение собственной персональной «знаемости». Когда пациенты вспоминали конкретные случаи коммуникации, становилось ясно, что мощной силой, которая часто придавала определённую форму всему их опыту заболевания, был фундаментальный уровень чувства «знаемости» пациента при общении с персоналом, оказывающим им помощь. В противоположность этому, «незнаемость» часто воспринималась как формальный подход. «Незнаемость» также часто включала чувства отсутствия интереса или безразличия к активной деятельности пациента или его/её индивидуальной уникальности. Объясняя, что они подразумевают под «знаемостью», пациенты обычно сообщали об особых знаках со стороны персонала как о «признаках» человеческой связи – это были глазной контакт, принятие во время беседы сидячего положения в отличие от стоячего, запоминание имени па-

циента и деталей его случая и неторопливое консультирование. Общими для оценок «знаемости» были случаи, в которых в процессе общения с медперсоналом была «подтверждена» неповторимая индивидуальность пациента. Другой важнейший элемент «знаемости» – чувство признания персоналом уникальных трудностей онкологического заболевания.

Человеческая связь – полезная концептуальная ориентация клинического контакта, которая привлекает внимание персонала к субъективному переживанию заболевания, и высвечивает ряд особенностей, которые должны быть вовлечены в эффективную коммуникацию. Представляется очевидным, что попытка обеспечить пациенту чувство «знаемости» в ходе клинического контакта является неотъемлемым элементом любой эффективной стратегии коммуникации. При этом авторы были несколько обескуражены разнообразием реальных оптимальных паттернов коммуникации, одним из объяснений которого являются индивидуально-психологические различия.

Ещё один путь достижения эффективности контакта медперсонала с пациентами связан с ориентацией на индивидуально-типологические, характерологические особенности последних и с соответствующей дифференциацией коммуникативных тактик [1].

Выводы

Современный уровень ожиданий пациентов и модернизация стандартов медицинского обслуживания в онкологической клинике требуют понимания психологических потребностей пациентов и развития навыков эффективной коммуникации. Для реализации психологических задач медперсоналу необходима не только целенаправленная выработка профессионально значимых навыков психологической помощи. Актуальным является создание системы формирования у медицинского персонала психологических знаний – об эффекте «знаемости», о зависимости выбора оптимальной тактики коммуникации от характерологического типа и других проявлениях психологических особенностей и нужд пациента в реальной си-

туации осмысления угрожающего жизни заболевания.

Литература

1. Возный Э.К. Индивидуально-психологический подход в комплексном лечении онкологических больных / Э.К. Возный, Ю.В. Малова // Вопросы онкологии. – 1999. – № 2. – С. 29-38.
2. Care of the dying. A pathway to excellence / eds.: J. Ellershaw, S. Wilkinson. – London: Oxford University Press, 2003. – P. 74-89.
3. Considerations of psychosocial illness phase in cancer survival / E.C. Clipp [et.al.] // Psycho-Oncology. – 2001. – Vol. 10. – P. 166-178.
4. What elderly cancer patients want to know? Differences among elderly and young patients / A. Giacalone [et al.] // Psycho-Oncology. – 2006. – Vol. 16. – P. 365-370.
5. Gutjahr P. Krebs bei Kindern und Jugendlichen: Klinik und Praxis der pädiatrischen Onkologie / P. Gutjahr. – Köln: Deutscher Ärzteverlag, 2004. – S. 517-605.
6. Hankemeier U.B. Tumorschmerztherapie / U.B. Hankemeier. – Berlin: Springer, 2004. – S. 278-296.
7. Telling children and adolescents about their cancer diagnosis: Cross-cultural comparisons between pediatric oncologists in the US and Japan / S.K. Parsons [et al.] // Psycho-Oncology. – 2007. – Vol. 16. – P. 60-68.
8. Type of social support matters for prediction of posttraumatic growth among cancer survivors / M.J. Schroevers [et al.] // Psycho-Oncology. – 2010. – Vol. 19. – P. 46-53.
9. Tedeshi R.G. Posttraumatic Growth: Conceptual Foundation and Empirical Evidence / R.G. Tedeshi, L.G. Calhoun // Psychological Inquiry. – 2004. – Vol. 15. – P. 1-18.
10. Being known: patients' perspectives of the dynamics of human connection in cancer care / S.E. Thorne [et al.] // Psycho-Oncology. – 2005. – Vol. 14. – P. 887-898.

PSYCHOLOGICAL AIMS IN THE CLINICAL WORK OF THE CANCER CARE PROFESSIONALS

Y.V. Malova

Revue describes the modern approaches in understanding of the psychological goals in clinical cancer care. The components of the professional activity such as building of confidence and emotional responsibility, individual psychological attitude, understanding of basic psychological needs, are considered. The influence of the psychological well-being on quality, such as on duration of cancer survival, is stressed. The psychological aims and principles of communication in children cancer care and family consulting are described. The importance of the psychological need “to be known” is stressed as one of the most meaningful for the development of the effectiveness of clinical cancer care.

Key words: *psychological needs of cancer patients, psychological aims in the work of the cancer care professionals, factors of the effective communication, “to be known” effect, improvement of the significant professional skills of the psychological support.*

Малова Юлия Владимировна – к.психол.н., ст. науч. сотрудник учебно-научного центра психологической помощи факультета психологии МГУ имени М.В. Ломоносова.

Тел. моб.: 8-915-009-19-64.

E-mail: malova.yulia@gmail.com.

Статья подготовлена по материалам доклада на XI международной научно-практической конференции «Психология и медицина: пути поиска оптимального взаимодействия» (19-20 апреля 2011 г., Рязань)