

РОМАНОВ Д. К., РОМАНОВ К. М., САНЫГИНА Д. А.
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОБЩЕНИЯ ВРАЧА
С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ БОЛЬНЫМИ

Аннотация. Проблема общения является одной из наиболее актуальных в современной психологии. В частности, любое заболевание влияет на различные составные элементы общения. Для подтверждения этого было проведено эмпирическое исследование общения больных людей.

Ключевые слова: общение, межличностные отношения, заболевание, конфликт, ситуативная тревожность, личностная тревожность.

ROMANOV D. K., ROMANOV K. M., SANYGINA D. A.
PSYCHOLOGICAL FEATURES OF DOCTOR'S COMMUNICATION
WITH ONCOLOGICAL PATIENTS

Abstract. The problem of communication is one of the most urgent in modern psychology. Any disease affects various constituent elements of communication. To confirm this, an empirical study of the communication of sick people was conducted.

Keywords: communication, interpersonal relationships, disease, conflict, situational anxiety, personal anxiety.

Проблема общения является одной из наиболее актуальных в современной психологии. Это объясняется фактом невероятной значимости общения как феномена человеческого бытия. Оно сопровождает человека на протяжении всей его жизни, от момента рождения до самой смерти и охватывает все ее сферы. Общение не только является главным условием человеческого бытия, но представляет самую существенную основу личности. Личность возникает и существует именно для общения с людьми. Наиболее остро необходимость в общении возникает в кризисные периоды жизни, например, в условиях тяжелого онкологического заболевания. Поэтому, учитывая распространенность данного заболевания, надо отметить, что проблема общения с онкологическими больными является актуальной. Оно требует особого мастерства. Особенно это касается медицинского персонала онкологических диспансеров.

Это связано с тем, что онкологическое заболевание приводит к серьезным изменениям душевного состояния больных. Эмпирическое исследование пациентов онкологического диспансера Республики Мордовия показало, что у них преобладает высокий уровень ситуативной тревожности (60%).

Это обусловлено фактом заболевания, воспринимаемое больными как реальная угроза для жизни. Это травмирующее событие занимает центральное место в их сознании. Оно определяет содержание и направленность мыслей, воспоминаний, жизненных планов, образов, намерений, эмоциональных переживаний и чувств. У пациентов отмечается наличие кошмарных сновидений. Проявление болевых ощущений формируют опасение об обострении болезни и возможности возникновения метастаз. Возможно появление плача и сильных аффективных расстройств, ухода от общения по вопросам, связанным с заболеванием, рассеянность внимания и другие когнитивные расстройства.

Душевное состояние онкологических больных имеет определенную динамику и на протяжении болезни претерпевает серьезные изменения. Принято выделять пять основных этапов, через которых оно проходит [6]. Результаты исследования отражены в таблице 1.

Таблица 1

Результаты оценки онкологических больных по шкале ситуативной тревожности

№п/п	Ситуативная тревожность		Личностная тревожность	
	Количество баллов	Уровень тревожности	Количество баллов	Уровень тревожности
1	45	Высокая	80	Высокая
2	35	Средняя	36	Средняя
3	45	Высокая	75	Высокая
3	40	Средняя	45	Средняя
4	45	Средняя	46	Средняя
5	51	Высокая	55	Высокая
6	60	Высокая	65	Высокая
7	65	Высокая	68	Высокая
8	70	Высокая	75	Высокая
9	71	Высокая	71	Высокая
10	65	Высокая	65	Высокая
11	45	Средняя	35	Средняя
12	40	Средняя	42	Средняя
13	43	Средняя	44	Средняя
14	45	Средняя	45	Средняя
15	65	Высокая	75	Высокая

Первый этап – состояние шока как реакции на факт заболевания. На этой стадии оно предельно насыщено отрицательными эмоциями. Для нее характерна полная дезорганизация душевной жизни и поведения человека.

Второй этап – стадия отрицания факта заболевания. Человек не может принять страшный диагноз: «Этого не может быть», «Это какое-то недоразумение», «Это ошибка диагноза» и т. п.

Третий этап – больной занимается определением причин и предпосылок болезни, наблюдается агрессия, которая адресуется преимущественно родным и близким, а также врачам.

Четвертый этап – депрессивное состояние, проявляющееся в выражении сомнений по поводу успешности лечения или в безразличии и апатии.

Пятый этап изменения душевного состояния больного – поиск всевозможных, в том числе и не медицинских способов лечения.

Шестой этап – человек примиряется с заболеванием, принимает его, учится с ним жить. На данной стадии формулируются новые жизненные приоритеты.

Динамика изменений душевного состояния характеризуется индивидуальными особенностями. Это касается продолжительности прохождения каждой стадии, интенсивности переживания и содержательного наполнения. В отдельных случаях наблюдаются различия в порядке очерёдности прохождения стадий.

Надо сказать, что на протяжении времени протекания заболевания происходят также серьезные изменения личности, которые в условиях обычной жизни невозможны.

Важную роль в протекании болезни и лечении человека играет общение. Грамотное построенное общения персонала онкологического диспансера с пациентами позволяет существенным образом сократить риски причинения вредного воздействия на их здоровье, облегчить страдания больных, а главное – ускорить процессы выздоровления и реабилитации. В процессе общения с онкологическим больными врач должен принимать во внимание душевное состояние пациентов с учетом его динамики. На каждом его этапе необходимо выражать соответствующее отношение к человеку и подбирать наиболее подходящие способы общения с пациентом. Врач должен как бы сопровождать человека, оказавшегося в кризисной жизненной ситуации, помогать ему справиться с ней, поскольку эта задача является непосильной для его возможностей. Понимание того, что психологические факторы играют важнейшую роль в лечении любых заболеваний, в том числе и онкологических, возникло в медицине сравнительно недавно. Это выступает в качестве важного и перспективного направления оптимизации работы медицинского

персонала.

Современный врач должен быть хорошим специалистом не только в области медицины, но и психологии. Кроме обязательного обладания непосредственными профессиональными компетенциями (как медицинский работник), он должен иметь высокий уровень развития психологической культуры, которая позволяет в полной мере реализовать психологические резервы пациентов в борьбе с болезнью. Психологическая культура позволяет понять человека в личностном плане, понять его душевное состояние, сконструировать эффективные способы общения, выстроить гуманное отношение к нему (сочувствие, уважение, симпатию, терпимость и т. п.) [3]. Надо сказать, что далеко не все врачи способны к этому. Это не случайно. Дело в том, что медицинские вузы не уделяют должного внимания вопросам психологической подготовки врачей. Студентам предлагается предельно краткий курс психологии, причем читают его сами же врачи, а не профессиональные психологи. Исследования показывают, что у студентов медицинских вузов крайне низкий уровень развития психологической культуры, в частности, такого важного качества как эмпатия [1; 7]. Многие из них не способны к сопереживанию. Это означает, что им нельзя работать с онкологическими больными. Чувство сопереживания, проявляемое врачом, вызывает к нему доверительное отношение со стороны больного. Вместе с тем, возникает особый необходимый психологический контакт между онкологическим больным и его лечащим врачом, медицинским персоналом. Взаимопонимание, в свою очередь, позволяет прийти к обозначению и выполнению перспектив выздоровления, наметке плана будущего лечения. Пациент обретает некоторую уверенность и спокойствие. Отметим, что проявление эмпатии не должно носить разовый характер. Сопереживание следует проявлять постоянно при каждом контакте с больным.

Согласно классификации В. А. Ташлыкова, существует четыре психологических типа врача: сопереживающий, эмоционально нейтральный, директивный и недирективный [4; 5]. Сопереживающему типу врача свойственна эмпатия и способность вникнуть в проблемы пациента. Нередко такой врач принимает концепцию болезни, выдвинутую пациентом. Пациент доверяет такому врачу и видит в нем человека, озабоченного его проблемами. Эмоционально нейтральный тип врача, в отличие от сопереживающего, эмоционально отстранен от проблем пациента, ориентирован на симптомы болезни и отличается технократическим подходом к лечению. Такой врач имеет дело не с больным человеком, а с болезнью. Пациент видит в нем равнодушного человека, не заинтересованного в его проблемах. Он не включен в лечение как активный субъект. Директивный тип врача выстраивает неравноправные отношения с пациентом, выступая в роли учителя, который

лучше знает, что делать больному. Он выводит пациента из процесса лечения, не делает его соучастником и субъектом борьбы с болезнью. В случае сомнений пациента в компетентности такого врача или правильности назначенного им лечения он склонен обижаться и довольно жестко и даже агрессивно реагировать на критику его действий. Недирективный тип врача ориентирован на партнерские взаимодействия с пациентом и, в отличие от директивного типа, склонен принимать к рассмотрению точку зрения больного, как при диагностике, так и при выборе методов лечения. При этом пациент становится активным субъектом, включенным в процесс лечения и борющимся с недугом. Наиболее эффективны в плане построения полноценного общения с пациентами только два из них: сопереживающий и недирективный.

Применение тактики, предполагающей щадящее отношение к вопросам психологического состояния больного, подлежит выполнению с момента обнаружения заболевания [2; 4; 5]. В первую очередь, это касается исключения из лексического рациона слов, характеризующих онкологическое заболевание, например, таких как «рак», «метастаз» и т. п. Рекомендуется называть заболевание иными словами, не нашедшими стойкого закрепления в сознании людей в качестве ассоциации смертельного исхода. Такое слово замещение позволяет пациенту спокойнее и медленнее подойти к осознанию своей болезни. Онкологическое заболевание в таком случае, воспринимается как болезнь, подлежащая излечению, не несущая в себе груз привычного страха.

В случае недостаточно качественного проведения щадящей техники, наблюдается прямо противоположный эффект. У больного может сформироваться ощущение своей незащищенности, уязвимости, беспомощности, покинутости. Поэтому важным является отношение к пациенту как к стандартному больному. Следует устранить у пациента мнение о его исключительности, сложности его болезни, неизлечимости, а также приложить усилия для введения его в общение и привычную жизнь. В ходе психологической работы, следует с особенной осторожностью касаться вопросов о длительности операции, вопросов о том, что не назначена интенсивная лучевая терапия. При проведении операции, направленной на паллиативную помощь, не следует сообщать об этом пациенту [7].

Медицинский персонал, в ходе реализации общения и взаимодействия с пациентом, должен быть достаточно компетентным в сфере психологических особенностей онкологического больного. Врач-онколог должен понимать, что в настоящий момент больной испытывает ощущение ухода земли из-под ног, он чувствует острый страх смерти.

Необходимо обратить внимание на особенности выдачи информации о состоянии и течении лечения больному. Следует информировать полным образом больного в тех случаях,

когда он проявляет желание быть в курсе событий, знать о своем состоянии честную информацию. Полноценное информирование онкологического больного может дать ему уверенность в честных отношениях с врачом, дарит чувство стабильности. Такой больной, правильно осознавая имеющуюся ситуацию, уверенный в том, что он знает действительное положение дел, не задает много вопросов, перестает переживать, что от него скрывают что-то особенно важное, касающееся его жизни. Вместе с тем, преподнесение информации в неуверенном тоне порождает целый комплекс страхов, непонимания и отчаяния. Информация должна носить достоверный и полноценный характер.

Если медицинский персонал извещает больного о планах лечения, о цели манипуляции, о возможных состояниях и способах выхода из них, то у больного формируется крайне важное ощущение участия в лечении. Он ощущает себя не объектом медицинских манипуляций, а чувствует ответственность за проведение лечения, стремится выполнить рекомендации для разрешения целей, поставленных врачом совместно с ним. Он стремится к разрешению возможных проблем со здоровьем, к позитивному переживанию побочных реакций. Всё это оказывает положительное влияние на психологический настрой больного.

Большой ошибкой является оставление человека без психологической помощи после того, как он был выписан из больницы. Стресс оказывает неизгладимое воздействие на личность человека, провоцирует психические реакции, которые могут мешать эффективному взаимодействию больного с внешним миром. Принимая во внимание тот факт, что даже излечившиеся пациенты находятся на учете в онкологических лечебных учреждениях, стресс не покидает человека, он всегда «напоминает о себе». Поэтому, в случае возникновения разного рода невротических реакций, представляется необходимым оказывать психологическую помощь.

Важную роль в психологической помощи и поддержке больных должны играть родные и близкие люди: члены семьи, родственники, друзья. Вопрос только в том, в какой мере они способны это делать. Нередко возвращение в семью может усугубить психическое состояние. Это случается тогда, когда поведение близких людей не отвечает необходимым требованиям. Поэтому врач должен позаботиться о том, чтобы задействовать этот серьезный психологический ресурс и исключить подобные случаи.

Исследования, связанные с более отдаленной динамикой онкологического заболевания, выделяют два основных варианта адаптации больного: благоприятный и неблагоприятный. Благоприятный вариант проявляется в случае раннего обнаружения опухоли и своевременного лечения без косметических и функциональных нарушений,

завершившего выздоровлением. В этом случае после незначительного восстановительного периода пациенты возвращаются к прежнему образу жизни, не обнаруживая признаков нервно-психических расстройств.

Неблагоприятный вариант развивается в случае длительного лечения, сопряженного тяжелыми осложнениями, косметическими дефектами (калечащие операции, алопеция (облысение) после химиотерапии и др.), анатомо-функциональными нарушениями вследствие хирургического вмешательства. В случаях выраженных психических расстройств необходима консультация психиатра.

Поддержка родных должна ощущаться как спокойная, сама собой разумеющаяся, основанная на вере в его выздоровление. Чем больше больной будет вовлечен в обычную жизнь, тем спокойнее будет проходить лечение: чем постоянно бояться какой-то глобальной угрозы (смерти), лучше направить внимание на соблюдение режима сна и бодрствования, диету, прогулки, регулярное выполнение рекомендаций врача, на участии в посильных домашних делах, хобби, садоводство и пр.

При последующем посещении врача необходимо соблюдать естественный обычный тон общения. Рекомендуются спокойная беседа о последствиях, испытываемых болях, обсуждение имеющихся страхов, опасений и тревог. Важно дать пациенту ощущение понимания его состояния, оказать психологическую поддержку.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ветлужская М. В. и др. Особенности эмоционального интеллекта и эмпатических способностей у студентов медицинского вуза // Интеграция образования. – 2019. – Т. 23, № 3. – С. 404–422.
2. Карицкий А. П. Реабилитация онкологического больного как основа повышения качества его жизни // Вопросы онкологии. – 2015. – № 2. – С. 180–184.
3. Романов К. М. Психологическая культура личности. – М.: Когито-Центр, 2015. – 314 с.
4. Ташлыков В. А. Взаимоотношения врача и больного в процессе психотерапии неврозов: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Л., 1974. – 19 с.
5. Ташлыков В. А. Психология лечебного процесса. – Л.: Медицина, 1984. – 191 с.
6. Ткаченко Г. А. Анализ эмоционального состояния больных злокачественными новообразованиями различной локализации // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2010. – № 2. – С. 61–64.
7. Tariq N., Tayyab A., Jaffery T. Differences in Empathy Levels of Medical Students Based

on Gender, Year of Medical School and Career Choice // Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan. – 2018. – Vol. 28, Issue 4. – Pp. 310–313. – DOI: <https://doi.org/10.29271/jcpsp.2018.04.310>.