

*Элеонора Камполми
Линдита Тренди*

ПСИХОТЕРАПИЯ В ОНКОЛОГИИ

Предисловие Дж. Нардонэ

Краткосрочная Стратегическая терапия



Современные методы в психотерапии

Элеонора Камполми

**Психотерапия в онкологии.
Краткосрочный стратегический
подход, между разумом и болезнью**

«И-трейд»

2018

Камполми Э.

Психотерапия в онкологии. Краткосрочный стратегический подход, между разумом и болезнью / Э. Камполми — «И-трейд», 2018 — (Современные методы в психотерапии)

ISBN 978-5-00144-129-8

В современном мире онкология часто разрушает нашу жизнь и жизнь наших близких. А психоонкология играет значительную роль в оказании поддержки пациенту и членам семьи на этом трудном пути. Цель этой книги — предоставить профессионалам в сфере психологии инструменты и основную информацию для сопровождения пациентов с онкологией и помощи членам их семей. Предлагается к применению модель Краткосрочной Стратегической терапии, разработанная психологом Джорджио Нардонэ. Этот новый подход исходит из оценки восприятия страдающего и предлагает различные стратегии вмешательства, основанные на логике функционирования субъекта, имеющего отношение к болезни. Предлагаемые техники могут стать большим подспорьем для улучшения качества жизни человека, ведущего сложную борьбу с болезнью. И хотя болезнь часто побеждает, терапевтическая поддержка во многом позволяет по-другому провести человеком остаток его жизни, найти новый смысл в своих последних днях. Психоонкология — очень болезненная и сложная тема для профессиональной работы. Но авторы, имея весьма большой опыт в этой сфере, смогли передать как многие технические аспекты проблемы, так и тронуть читателя свою искренней человечностью. В книге можно найти большое количество примеров, иллюстрирующие применения стратегического подхода.

ISBN 978-5-00144-129-8

© Камполми Э., 2018

© И-трейд, 2018

Содержание

Предисловие	9
Введение	10
Глава 1. Психоонкология: краткий экскурс	12
Определение и сферы применения	12
Адресаты психоонкологического вмешательства	14
Болезнь и современная культура смерти	16
Связь и взаимоотношения с больным раком	18
Наиболее уязвимые области	20
Общение: как, когда, сколько	21
Конец ознакомительного фрагмента.	26

Элеонора Камполми, Линдита Пренди
Психотерапия в онкологии.
Краткосрочный стратегический
подход, между разумом и болезнью



Насколько удивительны и неожиданны перемены, которые мы претерпеваем со временем! Внутренние и внешние. Внешний вид меняется почти до неузнаваемости, некоторые части тела отекают, кожа лица расслабляется, щеки провисают, морщины на глазах, подбородок удлиняется как зоб, живот увеличивается в объеме. Глядя в зеркало (держа в голове

времена молодости), мы не верим своим глазам, кажется, что мы похожи на кого-то другого. Худшее изменение с возрастом – внутреннее. Юношеский энтузиазм, сила двигаться по жизни, желание творить, идти вперед, энтузиазм перед предлагаемым нам возможностями, любить, радоваться, не думая о том, что может случиться. Всё возможно! Ничто не может нас остановить или помешать, намерение очень сильно. Планы на будущее вместе с вашим партнером или партнершей, чтобы оставить след долгой жизни после себя, как если бы все продолжалось вечно. В этом созерцании о конце никогда не думают и не берут его в расчёт, наоборот... всё это далеко, нас это не касается, у меня вся жизнь впереди, я хочу реализовать проекты, познавать, мне интересно все, открывать для себя очарование того, что меня окружает. Затем внезапно, без предупреждения, всё рушится, всё меняется, всё становится суровой реальностью, время, эти таинственные часы, которые ломают тихий ритм жизни, неумолимо приближая ее к концу. События быстро следуют одно за другим. Всё, чего мы хотели достичь, убежало, а мы этого не заметили. Сил всё меньше и меньше, энтузиазм, радость, познание – остались всего лишь словами нашего лексикона, они больше не являются частью нас. Погружение во внутренние размышления – это повседневная практика, с течением времени вы понимаете, что конец, о котором вы никогда бы не подумали, близок. Усталость души давит, и это – груз, который ты больше не можешь терпеть. Единственная сила, которая остаётся, – это любовь, объединившая вас с вашей партнершей или с вашим партнером.

Марио Бузи

Предисловие

Психологическое вмешательство по отношению к чему-то, что, как мы знаем, с большой вероятностью или даже с определенностью неизлечимо, и что приведёт пациента к смерти, представляет собой одну из самых сложных проблем в области психотерапии. Эта проблема происходит от предсказуемой, жгучей фрустрации, которая требует от нас способности поглощать это мощное эмоциональное воздействие и, в то же время, иметь возможность оказать пациенту психологическую поддержку, которая способна облегчить его страдания, а также предложить членам семьи конкретные стратегии, чтобы принять и перенести потерю, не подвергаясь возможным разрушительным последствиям.

В традициях медицины эта тема обычно решается без специальных приемов, позволяя естественному «состраданию» идти своим чередом, а членам семьи «естественным образом» пережить траур. Авторы этого трогательного, а также полезного текста представляют способ управления этим деликатным и болезненным этапом жизни с чрезвычайным знанием дела и вниманием, посредством применения определенных стратегий и способов общения, разработанных для каждого отдельного пациента, чтобы создать атмосферу, способную поддержать и помочь как пациенту, так и его семье.

Я лично благодарен им, потому что, будучи моими ученицами, они смогли смело и решительно справиться с областью, которую чаще всего избегают те, кто должен помогать людям в преодолении их дискомфорта, чьи труды выделяются своей огромной технической полезностью, а также своей трогательной человечностью.

*Джорджио Нардонэ
Директор Центра Стратегической терапии
Арецо, ноябрь 2018 г.*

Введение

После операции я попросила показать мне его. На первый взгляд он выглядел как мраморный шар, безобидный, почти грациозный. Через несколько дней я изучила его под микроскопом и поняла, на что он был способен.

Я поняла, что внутри меня есть враг: инопланетянин, который вторгся в моё тело, чтобы уничтожить его. Теперь между нами война: он хочет убить меня, я хочу убить его...

Ориана Фаллачи

В целом тяжелое хроническое заболевание и, в частности, рак может вызывать у разных людей ряд психологических реакций, которые выражаются в явлениях биологической активности, субъективных переживаниях и поведенческих реакциях. Существует несколько дисциплин и научных школ, которые занимались лечением пациентов с онкологией с биопсихосоциальной точки зрения, где цели, предполагающие использование конкретных моделей вмешательства, пересекаются (Grassi, Biondi, Costantini, 2003).

Работа в онкологии в целом и, в частности с больным раком включает в себя ряд рабочих задач, которые необходимо достичь: уточнение ожиданий пациента в отношении терапии, понимание того, на какой стадии заболевания и на какой стадии осознания он находится, насколько он хочет знать о том, что может случиться, как он до сих пор реагировал на клиническую ситуацию, какие возникали вторичные проблемы, и как он с ними справляется. Поскольку это заболевание нарушает баланс человека во всех сферах его жизни, к борьбе с раком добавляется еще одна проблема: гонка со временем.

Фактически, критические проблемы, которые часто встречаются в этой области, касаются не только определения лекарства или протокола вмешательства, но и борьбы со временем. К сожалению, очень часто рак диагностируется не всегда на ранней стадии и приводит заинтересованное лицо и всех, кто участвует в лечении, включая семью, к гонке в выборе онколога или хирурга, правильного лечения, анализов, отчетов и оптимальных условий организма для лечения. Теперь ко всему этому мы добавляем опыт человека и тех, кто его окружает: насколько они эмоционально затронуты, насколько их жизнь искажена с момента постановки первого диагноза до окончания лечения, и насколько велика вероятность того, что ещё до того, как они сложат оружие в конце битвы, они могут быть снова призваны к бою из-за рецидивов, метастазов или тяжёлой утраты.

Наше обучение, а затем и часть нашей работы, с 2008 года до этой части, заключались в предоставлении услуг поддержки людям с онкологическими заболеваниями на разных этапах их течения и, в частности, в поддержке тех, кто находится на тяжелой стадии.

Необходима соответствующая подготовка, чтобы иметь возможность выполнять эту работу наилучшим образом и справляться с критическими проблемами, которые она влечет за собой, учитывая, что это очень специфическая область вмешательства, психологическая.

Поэтому, помимо обучения психоонкологии, мы использовали методы Краткосрочной Стратегической терапии, разработанные Джорджио Нардонэ и изученные на нашем специальном курсе обучения в Центре Стратегической терапии в Ареццо (Италия).

Качество жизни человека – это та цель, которую психоонколог всегда ставит перед собой. Но зачастую её сложно достичь, так как сообщение диагноза рака и, тем более, краткосрочного прогноза переворачивает жизнь человека и тех, кто его окружает, исчерпывая все их ресурсы.

Для того, чтобы попытаться наилучшим образом и в кратчайшие сроки достичь целей, которые мы ставим перед собой как профессионалы, в ситуации, когда клиническая реальность – это диагноз с фатальным прогнозом, улучшение качества жизни пациента и его семьи

становится ещё более актуальным приоритетом и требует целенаправленного и конкретного терапевтического вмешательства в каждом конкретном случае.

Однако вначале, чем больше мы наблюдали за людьми с проблемами, связанными с раком, тем больше мы замечали, что важно внести изменения в то, как мы работаем. У каждого из них был свой способ восприятия болезни и реакции на неё, и мы столкнулись с людьми, которые в результате по-разному реагировали на наше вмешательство.

Благодаря одной из основ стратегического подхода – самокоррекции – имелась возможность непрерывно корректировать приёмы, использовавшиеся до определённого момента, позволяя «подогнать» стратегию под разных пациентов, подобно портному, который «шил бы костюм» прямо на них.

На самом деле, манёвры никогда не бывают правильными или неправильными: в любом случае они дают нам важную информацию о том, как сконфигурирована проблема, и позволяют нам саморегулироваться, выстраивая индивидуальный подход.

С самого начала мы заметили особую разницу между пациентами с неопластическим диагнозом¹ на ещё не продвинутой стадии и пациентами с последней стадией заболевания и, опять же, дальнейшие различия между первым диагнозом и рецидивами.

Людям, у которых диагностирована продвинутая стадия болезни, действительно приходится иметь дело со своими страхами и болью, но у них мало времени... времени, чтобы исправить это! Они должны подвести итоги! Они должны организовать то, что им нужно оставить после себя!

Кроме того, химиотерапия очень тяжела, и это пугает людей, потому что, если они вынуждены лечь в постель, они не могут долго проводить этот последний период жизни «безмятежно, с пользой и конструктивно».

Наши пациенты – это люди, которые каждый раз приносят с собой разные проблемы, и поэтому необходимо научиться варьировать между их просьбами, никогда не упуская из виду цель «сопровождать их самым спокойным способом».

Цель этой работы – предоставить коллегам, не имеющим специальной подготовки в области онкологии, ряд базовой информации, необходимой для проведения терапевтического курса с пациентом, страдающим раком, или с членами его семьи.

Пациент, который выбирает профессионала для работы с собственными страданиями, должен иметь перед собой человека, который понимает, о чем он говорит! Который знает, каковы основные области исследования, который обеспечивает безопасность через свои слова, и, прежде всего, который не предлагает нереалистичную информацию, способную в дальнейшем повлиять на пациента и на деликатный путь его лечения.

¹ Неопластический процесс, также неоплазия – это опухоль, патологический, неконтролируемый рост атипичных клеток, способный поражать различные ткани организма. – Прим. ред.

Глава 1. Психоонкология: краткий экскурс

Определение и сферы применения

Психосоциальная перспектива в онкологии сформировалась в 1950-х годах, когда в Соединенных Штатах были сформированы первые ассоциации пациентов с ларингэктомией и колостомией, а также женщин, прооперированных на груди. Своей деятельностью психиатры и психологи способствуют расширению знаний о качестве жизни пациента, описывая фазы адаптации к патологии, реакции на физические и функциональные изменения, связанные с радикальными хирургическими вмешательствами, основные реакции на сообщение диагноза и прогноза. В этот же период в Мемориальном центре Слоуна Кеттеринга в Нью-Йорке родилась первая независимая служба психологической помощи онкологическим больным (Мега, Mansueto, Zamprioli, 2015).

В Европе семидесятые годы характеризуются растущим интересом к психосоциальному подходу со стороны таких дисциплин, как онкология, психиатрия, психология. Такая тенденция является ответом на улучшение возможностей лечения рака, на растущее число пациентов, которые соглашаются открыто говорить о своём опыте, на тенденцию вовлекать пациента в решения, касающиеся лечения, на растущее участие специалистов психического здоровья в лечении онкологических больных и, наконец, на исследования роли психологических и поведенческих факторов в профилактике онкологических патологий.

Психоонкология служит связующим звеном между онкологическими и психолого-психиатрическими дисциплинами, уделяя особое внимание двум важным аспектам, связанным с раком (Morasso, 1998):

1. Психологическое и социальное влияние болезни на пациента, его семью и команду лечащих врачей;
2. Роль психологических и поведенческих факторов в профилактике, в ранней диагностике и в лечении рака (Holland, Zittoun, 1990).

Цели её исследований и клинического применения касаются четырёх основных секторов, описанных ниже (Grassi, Morasso, 1999).

1. Профилактика и ранняя диагностика

Это область исследования, в которую входят:

- анализ психологических и социальных факторов, способных на разных уровнях обуславливать подверженность людей риску заболеть раком (например, факторы, способствующие инициированию и поддержанию курения, приёму алкоголя, неправильному питанию);
- анализ факторов, мешающих профилактике и ранней диагностике опухолей (например, какие индивидуальные защитные механизмы могут быть связаны с задержкой диагностики);
- анализ методов коммуникации, способствующих улучшению и повышению эффективности информационных кампаний, анализ роли психологических аспектов в связи с соблюдением отдельными лицами правил сдерживания факторов риска, методов лечения, последующих мер контроля и т. д., применение психологических навыков в сфере генетического консультирования по наследственным составляющим новообразований.

2. Оценка психосоциальной подверженности к онкологии и её профилактика.

Именно здесь исследования, которые в последние годы становятся всё более многочисленными, направлены на изучение преобладающих симптомов, указывающих на психоло-

гическое страдание у пациентов и их семей, с учётом разнообразных факторов, таких как: личностные характеристики, стили преодоления, т. е. изучение стратегий, которые человек разрабатывает для управления или уменьшения воздействия события, которое угрожает его физическому и / или психическому благополучию, с целью создания нового баланса (Saltel и др., 1995; Amunni, Fioreto, 2010), предыдущий психологический анамнез, стили семейного общения, социальная поддержка.

3. Психоонкологические вмешательства

В дополнение к психологическим аспектам, которые способствуют определению качества жизни больного человека и его семьи, эта область исследования и применения занимается изучением эффективности психологических, психофармакологических, реабилитационных вмешательств и анализом их характеристик (Costantini и др., 2006; Amunni, Fioreto, 2010; Fei и др., 2012).

4. Обучение персонала

Учитывая специфику психологической дисциплины, эта область касается, с одной стороны, специалистов здравоохранения с целью предложить новые модели взаимоотношений и более эффективные методы коммуникации (Costantini, 2001; Balint, 1961; Buckmann, 1992; Milanese, Milanese, 2015) с больными и их семьями, с другой стороны, затрагивает специальную подготовку персонала, участвующего в уходе за пациентом.

Что касается роли психолога в онкологических отделениях, присутствие этого специалиста постепенно становится частью различных больниц, предлагая поддержку пациенту и его семье, а также пространство для обсуждения и выслушивания, предназначенного для персонала, ежедневно занимающегося лечением онкологических больных (Руководство SIPO, 2015).

Адресаты психоонкологического вмешательства

Среди основных получателей психологического вмешательства в онкологии, помимо пациента, есть его непосредственная социальная сеть, состоящая в основном из членов семьи и тех, кто заботится о пациенте (сиделки), сеть медицинских специалистов, которые лечат пациента с клинической точки зрения, все, кто окружают человека, больного раком.

Возможность конкретной психологической поддержки касается не только периода болезни пациента, но и последующих этапов реабилитации и адаптации, в момент после смерти на этапах, которые характеризуют процесс скорби членов семьи.

Специфика психологической поддержки онкологических больных состоит в том, что она направлена на человека, психологический стресс которого зависит в первую очередь не от психопатологического расстройства, а вызван травмирующей ситуацией, связанной с заболеванием (Biondi, Costantini and Grassi, 1995). Психоонкологическое вмешательство может применяться в самых разных ситуациях, в зависимости от типа патологии, лечения, стадии заболевания и индивидуальных особенностей конкретного пациента; это требует тщательной оценки потребностей человека и предложения конкретных и разнообразных стратегий вмешательства.

Диагноз рака определяет серьёзные последствия для баланса семейной структуры (Annunziata, 2002; Bolis, Masneri, Punzi, 2008; Bressi, Razoli, 2002). Реакция семьи на рак будет зависеть от нескольких факторов, таких как возраст, роль пациента в семье, жизненный цикл самой семьи, наличие конфликтов между членами семьи и их способ выражения эмоций. Иногда болезнь может привести к тому, что член семьи может обратиться с просьбой о помощи как с последствиями рака, так и с ранее существовавшими проблемами.

В свете вышеизложенного становится очевидным важность предоставления больному и его семье особого пространства, где его выслушают и дадут адекватную и дифференцированную поддержку на протяжении всего заболевания. Кроме того, необходимо создать службу поддержки и доработки опыта, ориентированную на персонал, вовлечённый в лечение пациента и отношения с его семьей. Это пространство очень часто становится незаменимым каналом фильтрующим для пациентов, членов семей и персонала, когда в подобной критической ситуации, вызванной диагностикой рака, остаётся мало времени.

Цели психоонкологического вмешательства по отношению к больным (Рекомендации SIPO, 2015):

- помогать пациенту на протяжении всего заболевания и особенно в дестабилизирующие моменты, от постановки диагноза до выздоровления или смерти;
- помочь ему справиться с психологическими симптомами, которые его беспокоят, и научить управлять ими;
- помочь ему изменить поведение, ведущее к риску или к возможному ухудшению его общего психофизического состояния.

Цели психологического вмешательства в отношении семьи:

- помогать семье на протяжении всего клинического процесса (от постановки диагноза до выздоровления или выписки), который проходит больной;
- облегчить процесс скорби после смерти больного.

Психоонкологическое вмешательство может применяться в самых разных ситуациях в зависимости от типа патологии, лечения, фазы болезни конкретного пациента. Это требует:

- оценки организационного контекста ситуации;

- предложения разнообразных стратегий вмешательства в соответствии с возникающими потребностями.

В конкретном случае госпитализированного пациента нужно помнить, что период госпитализации имеет тенденцию быть ограниченным, и поэтому предлагаемое вмешательство должно быть коротким, должно включать в себя множество действующих лиц, которые связаны с ним, и должно предлагать наиболее конкретные решения (Руководство SIPO, 2015 г.).

Однако, при психоонкологическом подходе исследование анамнеза (посредством интервью и/или с помощью утверждённых инструментов тестирования) должно быть посвящено изучению следующих областей (Amunni, Fioreto, 2010):

1. осознание и переживание болезни с относительным уровнем стресса;
2. наличие предыдущей и/или текущей психопатологии;
3. использование психофармакологической терапии;
4. состояние взаимоотношений, семейной и социальной поддержки;
5. личные ресурсы и окружающая среда.

Некоторые из областей первоначальной оценки совпадают с целями не только различных стадий заболевания, но и последующих наблюдений, а также представляют собой оценку психологической реакции на лечение.

Болезнь и современная культура смерти

Мы не можем контролировать смерть, ни когда она приходит, ни как она происходит. Но мы можем посвятить себя высокому качеству жизни, наделив её смыслом, чтобы умереть достойно.

Джорджио Нардонэ

Несомненно, один из самых деликатных, наиболее сложных, требовательных и важных аспектов ухода за онкологическими больными и их семьями касается проблем, связанных со смертью.

Безоговорочное обязательство спасти жизни, похоже, привело к дегуманизации медицины, почти подтолкнув профессионалов к тому, чтобы они становились всё более и более безжалостными в борьбе со смертью. Таким образом, если в прошлом концепция смерти была частью культуры врача и его подготовки, то сегодня это не так.

Толстой в известном рассказе «Смерть Ивана Ильича» фиксирует важный момент в словах главного героя: «Доктор говорил о физических страданиях и не без оснований; но страшнее физических страданий были страдания моральные. [...] Главным мучением Ивана была ложь [...] о том, что они не хотели признавать то, что знали все, и что он тоже знал [...] и заставили его тоже участвовать во лжи». Именно об этом говорит Махер (1982), вновь обращаясь к дюркгеймовским концепциям, когда он подчёркивает ощущение аномии², активируемой раком, как что-то, что происходит резко и внезапно, искажая индивидуальный и межличностный баланс, парализуя способность регулировать и корректировать, и вызывая чувство неопределённости.

В различных медицинских учебниках и в университетских аудиториях проводилось постоянное обучение и подготовка к спасению жизней даже в самых сложных случаях. Смерть практически «отрицалась», она не рассматривалась. Вторжение медицинских методов и знаний на стадиях конца жизни ещё больше усугубляет способность лиц, осуществляющих уход, столкнуться с чувством ограничения, принять границы науки и, в конечном итоге, принять собственное бессилие (Soldati, 2003). Лекарство, основанное на прогрессивной технике, ведёт к чёткому разделению между жизнью и человеком: ему удастся продлить жизнь, но оно забывает о самом человеке.

Фактически и общество склонно вести себя по отношению к смерти аналогично, скрывая её существование: оно утаивает её, маскирует, встречает её с измученными лицами (Gorer, 1955; Fuchs, 1969; Ventafridda, 1980).

К счастью, сегодня мы начинаем по-другому на это смотреть. Выросла потребность во включении в программу обучения профессионалов подготовительных курсов по коммуникации, взаимоотношениям и поведению в конце жизненного цикла.

Говоря профессионально, мы всё чаще сталкиваемся с людьми, страдающими хроническими заболеваниями, чьё наличие радикально и окончательно меняет будущее этих людей, их восприятие, их реакцию на реальность или свои убеждения. Очень часто пациенты избегают говорить о смерти, не разделяя её, именно потому, что так «навязано» культурной моделью, которая её отрицает, и обществом, которое боится говорить о ней. В течение многих лет концепция «улучшения выживаемости», предназначенная для продления жизни в биологическом смысле, представляла собой главную цель в области медицины, поэтому *качеству жизни* паци-

² Аномия – термин, подразумевающий такое состояние общества, при котором наблюдается разрушение системы морально-культурных ценностей вследствие общественного кризиса, распад социальных институтов, приводящий к неопределённости и нестабильности, девиантному поведению людей и росту самоубийств. Концепция аномии была введена французским социологом Эмилем Дюркгеймом для описания девиантных поведенческих реакций и противоправных действий. – Прим. ред.

ента уделялось меньше внимания; в настоящее время, однако, важно, чтобы оно было связано с тем, как мы *проживаем* это дополнительное время с точки зрения придания функционального значения прожитой жизни (Cortesi, Mazzoli, Altavilla, 2009).

Это создаёт у пациента настоящую *двойную связь*³, с одной стороны, хочется зацепиться за эту идею выживания, где имеет значение позитивное видение, пытаясь отогнать все тревоги, с другой стороны, хочется не подавлять потребность говорить о смерти и таким образом чувствовать себя свободным обсуждать те моменты, которые больше всего беспокоят.

В обществе, где есть место всему, где нужно много работать, чтобы достичь максимума, где умирают по самым банальным и глупым причинам, где есть те, кто выбирает смерть, не находится места отчаянию тех, кто приговорён к смерти, даже если они этого не хотят и не выбирают.

Необходима смелость, чтобы смотреть, сталкиваться, сопровождать, не обязательно предлагая мудрые советы с различными комментариями. В этих случаях необходимо уметь слушать и принимать, давать место страхам и отчаянию, таким образом позволяя, как говорит Канкрини (2003) в своей книге, выразить словами боль. Как сказал Хантер «Патч» Адамс: «Если вы лечите болезнь, то вы выиграете или проиграете; но если вы лечите человека, я гарантирую вам, что вы выиграете, вы всегда выиграете, независимо от результата терапии».

³ Теория, предложенная Дж. Бейтсоном и его группой в MRI (Институт психических исследований) Пало-Альто в 1956 году. Согласно этой теории, субъект регулярно попадающий в ситуацию в контексте необходимости выживания, получает два сообщения одновременно: одно, от которого он ожидает ответа (порождающее ожидание подтверждения или взаимности), и второе – противоречащее первому.

Связь и взаимоотношения с больным раком

Именно благодаря хорошей коммуникации мы можем создать хорошие отношения с самим собой, с другими людьми и с миром, как профессионалы и как люди.

Джорджио Нардонэ

Как медицинские работники, мы хорошо знаем, что терапевтические отношения имеют основополагающее значение для достижения наших целей не только в лечебных, но и в профессиональных и личных целях. Изучение общения врача и пациента всегда играло преобладающую роль в клинических исследованиях. Теоретические основы развития этого исследовательского сектора были заимствованы из «*Психологии межличностных коммуникаций*» и «*Прагматики человеческих коммуникаций*» (Watzlawick, Beavin, Jackson, 1967), которые стали ключевой конструкцией, нашедшей применение в области взаимодействия между людьми и поспособствовавшей лучшему пониманию терапевтических процессов, внеся фундаментальный вклад в терапевтическое общение.

Именно в «Прагматике человеческих коммуникаций» выделены три сектора, на которые подразделяется человеческое общение, а именно:

1. *синтаксис*: присущ всем вопросам, связанным с кодированием и декодированием информации;
2. *семантика*: касается смысла общения для коммуникантов;
3. *прагматика*: рассматривает поведенческие эффекты коммуникации.

Хотя мы всегда стараемся общаться как можно лучше, иногда мы можем потерпеть неудачу. Мы понимаем, что рано или поздно нам также придётся иметь дело с теми случаями, когда невозможно установить хорошие терапевтические отношения с человеком.

Таким образом, коммуникация представляет собой палку о двух концах: если, с одной стороны, это – средство связи, которое соединяет нас с пациентом и с его личностью в широком смысле, с другой стороны, при неправильном использовании она отрицательно влияет на терапевтические отношения, на следование правилам, а также может иметь негативное влияние на то, как пациент относится к себе, к другим людям и к окружающему миру.

«Невозможно не общаться» – это не только первая аксиома человеческого общения, она ещё и информирует нас о том, что поведение, осуществляемое в ситуации взаимодействия, само по себе представляет собой коммуникативное сообщение (Watzlawick, Beavin and Jackson, 1967).

Представьте себе сцену, в которой специалист, сообщая пациенту важную информацию о состоянии здоровья, постоянно смотрит на часы или просто встаёт и пытается убирать документы. В конце поспешной речи он отпустит пациента, чтобы продолжить работу.

Теперь давайте представим другой сценарий, в котором специалист сообщает ту же новость, сидя в кресле, глядя пациенту в глаза, говорит медленно, чётко и проверяет, понял ли собеседник то, что он сказал.

В первом случае также возможно идеальное общение с технической точки зрения, вербально, но игнорируются все невербальные и паравербальные аспекты, необходимые для правильного и эффективного общения и создания хороших взаимоотношений (Milanese, Milanese, 2015).

Под «невозможно не общаться» мы подразумеваем то, что весь процесс коммуникации выходит за рамки содержания сообщения и количества информации, поэтому важно позаботиться о том, «как» вы общаетесь.

В области психоонкологии в многочисленных исследованиях изучались такие переменные, как тип информации, предоставляемой врачом, потребность пациента в информации и его или её активное участие в процессе принятия решений (принятие медицинских решений; Зонненберг, Бек, 1993).

Фактически, если, с одной стороны, признаётся, что информация является важной частью ухода за онкобольным, определение того, сколько, в какой форме и когда информация должна быть предоставлена, всё ещё остается неясным. Эти элементы в любом случае обусловлены индивидуальным подходом отдельного пациента к поиску информации. Факторы, влияющие на поиск информации – это культурные модели, уровень образования, психологическая адаптация и отношения с персоналом, который заботится о человеке.

Необходимость больного онкологией быть проинформированным о его клинической ситуации и о методах лечения, а также необходимость контролировать симптомы, получить заверения и поддержку, являются важными потребностями.

Со стратегической точки зрения эффективное общение представляет собой основу хороших терапевтических отношений, и когда хорошие терапевтические отношения устанавливаются в сочетании с профессиональными навыками, есть все условия для эффективного и действенного вмешательства в проблему, которая перед нами представлена. В области онкологии лица, оказывающие помощь, могут проявлять коммуникационные барьеры, которые заставляют их проводить интервью с пациентом определенным образом, часто из-за того, что они не обладают адекватными знаниями и ссылаются на свои личные коммуникативные навыки; в других случаях, они пытаются контролировать свой дискомфорт и чувство неполноценности.

Когда мы говорим об онкологии, мы имеем в виду очень деликатную область работы, в которой профессионал на протяжении своей карьеры может испытывать различные трудности, вплоть до возникновения рабочей стрессовой ситуации, которая приводит к выгоранию. Как медицинские работники, мы должны обладать знаниями и практическими навыками, чтобы выполнять нашу работу наилучшим образом, но совершенно необходимо уметь общаться. Коммуникация – это задача, которую мы должны научиться выполнять правильно, чтобы она соответствовала нашей профессиональной практике и целям, которых мы хотим достичь. Поэтому крайне важно лечить, помогать и поддерживать больного пациента и его семью наилучшим образом. Для этого, помимо лечения, важно также заботиться об общении, взаимодействовать по-другому, эта «забота», то есть терапия, также трансформируется в «лечение»: лечить не болезнь, а человека в целом. Следовательно, фундаментальное отношение к страдающему человеку заключается не в избытке слов и советов, а в готовности позаботиться как о коммуникативных и относительных аспектах, так и о профессиональных.

Это выходит за рамки простого понимания. Со стратегической точки зрения это означает заставить «чувствовать» по-другому. Это – что-то более глубокое, это – полное внимание к восприятию не только слов, но и мыслей, самого скрытого личного смысла в передаваемом нам сообщении. Всё это приводит человека к изменению восприятия, эмоциональной и поведенческой реакции, а затем, наконец, к пониманию по-другому.

Наиболее уязвимые области

Прежде чем перейти, в частности, к наиболее эффективным стратегическим методам в области онкологии, в зависимости от фазы заболевания и проблемы, на которую жалуется пациент, мы хотели бы вкратце выделить те области, которые, как правило, подвержены наибольшему влиянию болезни: образ тела, коммуникация, эмоциональная сфера, сексуальность, социальная и семейная сферы. Фактически, чтобы оказать адекватную поддержку, необходимо знать все аспекты, которые могут подорвать баланс пациента.

Проблемы, которые наиболее заметны среди тех, у кого была диагностирована неоплазия, как правило, связаны с образом тела (Campolmi и др., 2016), с общением, с эмоциональной, сексуальной и социальной сферами и, в особенности, с семьёй, когда происходит потеря чувства идентичности, ставится под сомнение своё мировоззрение с последующим выражением «катастрофизма».

Кроме того, могут повторно или вновь возникнуть ряд психопатологических расстройств: тревожные расстройства, панические атаки, депрессия, расстройства пищевого поведения, обсессивно-компульсивные расстройства, расстройства образа тела и т. д. (Cortesi, Mazzoli, Altavilla, 2009; Grassi et al., 2011).

Образ тела

Что касается образа тела, мы можем утверждать, что он происходит из восприятия себя по отношению к самому себе, другим людям и миру, но также и из восприятия собственной телесности, то есть ментального представления о себе, определяющего то, как мы живём в мире (Le Doux, 2002).

Образ тела, в отличие от схемы тела, подразумевает, как и каким образом мы воспринимаем своё тело, и как нас воспринимают другие: он соответствует реальности собственного тела.

Построение образа тела содержит два типа компонентов: когнитивный, связанный с набором идей и правил, с помощью которых мы оцениваем размер нашего тела, и эмоциональный, включающий набор эмоций и чувств, вызванных сознательными мыслями по поводу нашего тела.

Образ тела у онкологических больных может определять важные эмоциональные проблемы, такие как начало стресса, что было широко продемонстрировано в следующих работах (Moreira, Silva, Marques, Canavarro, 2010; Sharpe, Patel, Clarke, 2011; Campolmi и др., 2016).

Важно исследовать наличие каких-либо проблем с образом тела или проблем, присущих этой сфере, уже на первых собеседованиях, поскольку это позволяет нам оперативно вмешаться и предотвратить их усугубление, способное затянуть человека в порочный круг проблем, плохо поддающихся контролю.

Общение: как, когда, сколько

Чёткая и совершенная речь определяется четырьмя вещами: тем, что нужно сказать, тем, сколько нужно сказать, людьми, которым это должно быть адресовано, и временем, в которое это должно быть сказано; то, что нужно сказать, должно показаться слушателю полезным; то, что должно быть сказано, должно быть ни больше, ни меньше того, что достаточно, чтобы быть понятным, что касается людей, к которым вы обращаетесь, это должно быть принято во внимание; что касается времени, мы должны говорить в нужный момент, ни до, ни после. В противном случае то, что вы хотите сказать, не будет сказано хорошо, и вы потерпите неудачу.

Федерико Ронconi, 1993 г.

То, сколько пациент хочет знать о своём состоянии, кому он хотел бы делегировать своё лечение и принятие решений, – важные вопросы для изучения. Иногда члены семьи могут просить врача сообщить пациенту только часть клинической реальности или полностью скрыть её.

Итальянские исследования немного затрагивали эту тему. В исследовании (Costantini и др., 2006) было опрошено 1271 человек, осуществлявших уход за 160 000 пациентами, умерших от рака в 2002 г., с целью оценки процесса сообщения диагноза и прогноза. Из этого исследования следует, что информация более деликатно доводилась до пациентов, живущих в Северной Италии, молодых, высокообразованных, с раком груди, мозга или горла. В литературе есть несколько исследований, которые подчеркивают положительное влияние правильного сообщения «плохих новостей» на больных раком с точки зрения понимания информации, удовлетворения полученной помощью и, в целом, адаптации к болезни.

Мы увидели, что, как правило, важно исследовать, *как много* пациент хочет знать о своём состоянии, *кому* он хотел бы делегировать лечение и принятие решений, а также то, *как* пациент узнает о своём диагнозе. То, как и когда сообщается диагноз, влияет на то, как человек воспринимает и реагирует на своё заболевание. Часто получение информации в то время, когда человек не хочет знать о своём состоянии, имеет последствия для процесса адаптации к болезни, поскольку информация в целом не позволяет ему дать себе время, чтобы *усвоить* то, что происходит. Для получения дополнительной информации см. параграф «Общение и отношения с онкологическим больным».

Эмоциональная сфера

Возвращаясь к тому, что обычно характеризует людей, страдающих раком, выделяются некоторые характеристики, которые, хотя и проявляются у большинства больных людей, представляют собой особенности: эти субъекты утверждают, что *гнев* и *страх*, которые они испытывают из-за того, что у них есть этот тип болезни, являются основными эмоциями, которые мешают их повседневной жизни.

Гнев – важная составляющая, над которой нужно работать, поскольку это та эмоциональная реакция, которая, пока она присутствует, подавляет все другие эмоциональные аспекты, оставляя человека в этой ситуации заблокированным. Самая частая фраза: «Почему именно я?» Это очень деликатная фаза психологического процесса пациента, затрагивающая различные направления его взаимоотношений. Она представляет собой критический момент, который может совпадать с максимальным по своей степени запросом о помощи, а также и с отвержением, закрытием и уходом в себя. Человек также может скрывать это или маскировать

«боевым духом», стараясь продолжать делать всё *по-прежнему*, изо всех сил сдерживая слёзы, улыбаться, *как прежде*, надевая доспехи, скрывающие слабости и рушащиеся надежды тех, кто оказывается на нескольких полях сражений одновременно.

Гнев также является очень распространённой реакцией среди членов семьи. Часто они становятся козлами отпущения, на которых человек, поражённый болезнью, вымещает свой гнев. В свою очередь, они сами могут злиться: на врачей за то, что они раньше не диагностировали проблему, на себя за то, что раньше не поняли или не обратили внимания на проявления болезни, на жизнь, которая несправедлива. Иногда члены семьи воспринимают эту ситуацию как неправильную, с чувством пустоты и страданий, даже ставя под сомнение собственную «веру».

Боль, понимаемая как отчаяние, психологическое страдание, депрессивное настроение, обычно считаются более поздней стадией.

Фазы диагностики и лечения часто представляют собой момент, переживаемый с некоторым первоначальным облегчением и характеризующийся парализованным поведением и последующим полным доверием («делайте всё, что хотите, только вылечите»). Затем медикам делегируют своё здоровье хотя бы только для того, чтобы начать и закончить терапию как можно скорее. Позже, однако, для человека становится важным эмоционально переварить эту новую ситуацию, то есть дать себе время, необходимое для того, чтобы осознать болезнь и попытаться справиться с ней. Дальнейшие критические проблемы возникают, когда человек сталкивается с различными вариантами лечения, требующими еще одного усилия: принять решение о том, что делать.

Мы все считаем свободой возможность решать или выбирать, в данном случае, одно лечение, а не другое. Но всем нам хотя бы раз в жизни приходилось принимать важное решение. И мы знаем, что это не только право, но и задача, которая может быть сложной и часто невыполнимой (Nardone, 2015).

Во время этого утомительного процесса, состоящего из внезапных изменений состояния, есть константы: чувство неуверенности и бессилия.

Наиболее значимым эмоциональным переживанием при контакте с болезнью вообще и конкретно при контакте с раком является страх, принимающий различные формы выражения на различных этапах пути болезни и ее лечения (Buckman, 2013):

- опасения по поводу соматической патологии (симптомы, боли);
- боязнь принимать решения (лечение, выбор хирурга и т. д.);
- страхи перед лечением и последствиями (страх рецидива, физические изменения и измененный образ тела; боязнь операции; наличие видимого хирургического шрама может повлиять на психологическое отношение и опыт; выпадение волос очень сильно влияет как на настроение, так и на восприятие образа тела);
- опасения по поводу психологических последствий (страх "развалиться", не выдержать – дезадаптация);
- личностные и экзистенциальные страхи (я уже не буду такой, как раньше – пережитое увечье: я больше не буду привлекательна, у меня не будет прежнего статуса и роли в мире; страх смерти);
- страхи перед членами семьи и социальной сетью (потеря сексуального интереса и навыков, потеря роли в семье, боязнь быть обузой);
- страхи экономического аспекта, присущие работе и социальной роли (потеря работы, имиджа, статуса).

Другой распространённой реакцией на хроническое заболевание является *чувство вины*, настоящее обвинение, направленное непосредственно на самого себя или другого, которое

часто переходит в чувство преследования, а иногда в чувство беспомощности, парализующее и порождающее недоверие, уныние и страдание.

Все вышеописанные эмоциональные аспекты могут проявляться по-разному, как у индивидуума, пораженного патологией, так и у семейного окружения, но могут быть и «завуалированы» за чувством защиты по отношению к близкому человеку, или наоборот: тот, кто страдает, защищает свою семью.

Есть серьезные причины, которые заставляют скрывать определенные эмоции:

- нужно сохранять спокойствие, чтобы иметь возможность принять наилучшие решения при клиническом выборе;
- казаться спокойным и безмятежным, чтобы не передавать страхи близким, которые могут пострадать;
- задышаться... и избегать, чтобы "не чувствовать".

Депрессивная реакция является следствием осознания того, сколько аспектов своей идентичности, образа своего тела, своей способности принимать решения и своих социальных отношений было утрачено. *Подготовительная депрессивная реакция* имеет предвосхищающий аспект потерь, которые человек вот-вот понесёт. В этой фазе болезни человек больше не может отрицать состояние своего здоровья и начинает осознавать, что бунт невозможен, так что отрицание и гнев сменяются сильным чувством поражения. Чем сильнее чувство неминуемой смерти, тем больше вероятность того, что человек будет испытывать фазы депрессии (Kubler-Ross, 1969).

Сфера сексуальности

Важно, особенно в парной динамике, учитывать, насколько человек, страдающий заболеванием, ощущает подрыв своей мужественности/женственности, а следовательно, и *сферы сексуальности*.

Эти данные также позволяют нам иметь возможность подбирать более точную терапию, избегая пренебрежения важными аспектами жизни пациентов. Таким образом, исследуя их, мы можем разработать стратегию, направленную на защиту пары и связи между партнёрами, что является важным аспектом для адаптации к болезни (Fobair и др., 2006; Schover, 1994; Schover, 1991).

Половая сфера также имеет огромное значение в определении качества жизни больного раком. Большинство сексуальных проблем, связанных с диагнозом рака, носят временный характер и могут быть решены и улучшены при необходимости.

Работать над этим аспектом сложно, потому что считается, что эта тема относится к интимной сфере каждого человека и не является неотъемлемой частью лечения рака. Для положительного возобновления половой жизни, перед прохождением противоракового лечения полезно быть проинформированным о возможном появлении сексуальных проблем. Среди наиболее частых сексуальных проблем, возникающих у онкологических больных, можно указать *диспареунию*: боль является наиболее частой проблемой женщин во время полового акта. Это во многом связано с изменениями микрофлоры влагалища или анатомической структуры, но столь же часто является результатом дисфункциональных убеждений, таких как «я боюсь чувствовать или причинять боль, поэтому лучше избегать или откладывать». Просто избегая полового акта, человек подтверждает себе, что страх и боязнь вполне обоснованы, и в конечном итоге он ведёт себя так, *как если бы* боль действительно возникла. В двух словах, боль не обязательно должна присутствовать физически, достаточно одного страха испытать её, чтобы вызвать тот же эффект, который производит и сама боль. Другой часто встречающейся проблемой является мужская или женская *аноргазмия*: с биологической точки зрения способ-

ность достигать оргазма обычно сохраняется, если рак или связанные с ним методы лечения не повредили часть спинного мозга, которая влияет на иннервацию мышц половых органов, или если операция не затронула чувствительные области, такие как клитор или влагалище. Что же касается психологического аспекта этой проблемы, то нередко человек попадает в ловушку желания возобновить жизнь, как прежде, измеряя собственную сексуальную активность, как если бы это подтверждало то, что ничего не изменилось, что он всё тот же, своего рода проверка после болезни. Да, именно эта составляющая контроля приводит к потере самого контроля и к подтверждению того, что эти люди уже не те, кем были раньше, вернее, что удовольствие уже не то, что когда-то было.

Снижение полового влечения очень часто связано с трудностью адаптации к физическим изменениям (например, мастэктомия, наличие центральных венозных катетеров) и соматическими и психическими эффектами химиотерапии. Химиотерапия может снизить либидо либо непосредственно, либо в результате побочных эффектов, которые она может вызвать (выпадение волос, потеря веса, тошнота, рвота, слабость, депрессия, усталость и упадок сил). Эти состояния изменяют представление о себе: ощущение себя менее привлекательным и уверенным в себе обязательно влияет на сексуальную жизнь. Это аспект, способствующий установлению ошибочных убеждений, меняющих представление человека о себе, своём партнёре и, следовательно, изменяющих смысл сексуальной активности, нередко приводящих к полному отказу от неё.

Сфера взаимоотношений

Что касается *сферы отношений*, то перелом, вызванный болезнью, подталкивает индивидуума к прогрессирующей изоляции. Человек, который «чувствует себя другим», постепенно отстраняется от ранее выстроенных социальных отношений. Это происходит как из-за того, что после лечения не хватает физических и эмоциональных сил для инвестиции в социализацию, так и из-за того, что появляются страх и боязнь заболеть и оказаться вдали от своего «безопасного гнездышка»: дома или места ухода. Мысли о том, «что подумают обо мне другие, если мне будет плохо, если они увидят меня таким, если меня о чем-то спросят», берут верх и подталкивают человека к избеганию, тем самым формируя самообман, что так безопасней, и что вести прежний образ жизни уже невозможно.

Система семейных отношений

Множественные изменения также обнаруживаются в *семье*, где все отношения подвергаются сомнению, и где поведенческие паттерны различаются от человека к человеку.

Рак представляет собой для пациента и его семьи непреодолимое экзистенциальное испытание, учитывая, что со временем он становится болезнью, поражающей всю систему семейных отношений. В контексте психологической поддержки тяжелобольных выделена необходимость учёта эмоциональных трудностей и потребностей не только больного, но и его семьи, так как существует взаимное влияние на качество их жизни.

К числу наиболее ощущаемых трудностей относится *сообщение о своей болезни* детям, с вытекающим страхом перед их реакцией, что нередко приводит к неясному общению, вплоть до полного отрицания серьезного заболевания. Это часто приводит к критическим ситуациям, когда дети понимают, что есть что-то важное, что от них скрыто; возникают вопросы, на которые нет ответов, поэтому они обращаются к друзьям, Интернету или даже к своим фантазиям, в случае если ребёнок маленький, что часто заставляет их чувствовать себя виноватыми или брать на себя ответственность за то, что происходит дома. Так же очень часто родственники больного раком, в попытке помочь своему близкому человеку, переходят от *постоянного при-*

сутствия к полной замене человека в выполнении даже самых элементарных повседневных действий. Помощь любимому человеку при любых обстоятельствах становится, с одной стороны, подтверждением родства и привязанности, но, с другой стороны, очень тонко подводит к чувству неспособности делать определённые вещи, которое в конечном итоге заставляет человека чувствовать себя еще более больным. На самом деле, «давай я сделаю» представляет собой, в некоторых отношениях, ещё одну нежелательную новизну, которая отличает «до

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.