

Федеральное государственное бюджетное учреждение  
«Научно-исследовательский институт онкологии имени Н.Н. Петрова»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России)  
*Отдел учебно-методической работы*

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего  
профессионального образования «Северо-Западный государственный  
медицинский университет имени И.И. Мечникова»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России)  
*Кафедра онкологии*

**В. А. Чулкова, Е. В. Пестерева,  
Е. В. Демин, М. В. Рогачев**

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ВРАЧА С ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ПАЦИЕНТОМ**

*Учебное пособие*

Санкт-Петербург  
2015

УДК 614.23:616–006:616.89(07)

ББК 55.6я7

Чулкова В. А., Пестерева Е. В., Демин Е. В., Рогачев М. В. Психологические аспекты взаимодействия врача с онкологическим пациентом: учебное пособие. – СПб.: НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова. – 2015. – 40 с.

Рецензент: доктор психологических наук, профессор О. Ю. Щелкова, заведующая кафедрой медицинской психологии и психофизиологии Санкт-Петербургского государственного университета

В учебном пособии рассматривается проблема построения психологически грамотных профессиональных отношений между врачом-онкологом и онкологическим пациентом, обусловливаемых пониманием врачом своей профессиональной позиции. Дается понятие профессиональной позиции врача, в основе которой лежит профессиональное самоопределение личности. Показана важность осознания и осмысления врачом профессиональной деятельности и профессионального взаимодействия с пациентом, а также необходимость владения коммуникативными навыками. Обсуждение указанной проблемы позволит врачу-онкологу более осознанно и эффективно взаимодействовать с онкологическим пациентом.

Учебное пособие предназначено врачам-онкологам, клиническим психологам, преподавателям медицинских и психологических ВУЗов, врачам, работающим с онкологическими больными.

Утверждено  
в качестве учебного пособия  
Ученым советом ФГБУ «НИИ онкологии  
им. Н.Н. Петрова» Минздрава России  
протокол № 8 от « 6 » октября 2015 г.

©Чулкова В. А. Коллектив авторов, 2015

## Введение

В настоящее время проблема гуманизации медицины в нашей стране приобретает все большую актуальность. Это связано с активным внедрением новых медицинских технологий, позволяющих врачам достигать более эффективных, чем это было раньше, результатов своей деятельности. При этом врач сосредоточен, прежде всего, на соматическом излечении своего пациента, что отвечает цели его профессиональной деятельности. Однако нередко за результатами лечения совершенно упускаются психологические аспекты врачебной деятельности, следствием чего является снижение качества медицинского обслуживания. На VIII Международном психосоматическом конгрессе, прошедшем в Санкт-Петербурге 30-31 мая 2013 г., отмечено, что содержанием большинства жалоб от населения в инстанции, связанные с медицинской деятельностью, является невнимание врачей, отсутствие адекватной информации о заболевании, получаемой от врача, несогласованность в действиях и словах различных специалистов, проблемы во взаимодействии врача с пациентом.

Если проанализировать характер жалоб онкологических пациентов, то, уверенны, получится аналогичная картина. Можно сказать, что деятельность врача-онколога определяется не только профессиональными собственно медицинскими знаниями, умениями, навыками, но и его умением реализовать их в своей работе при взаимодействии с больным. Специфика ситуации онкологического заболевания такова, что онкологическим больным, даже в сравнении с другими больными, чаще необходима психологическая помощь и поддержка врачей-онкологов, медицинских психологов и психотерапевтов. Более того, Дж. Холланд и М. Ватсон, анализируя потребности онкологических пациентов и их семей в психологической помощи, показывают, что все больные, прежде всего, нуждаются в психологической поддержке врача-онколога. Для психологического благополучия онкологического больного контакт с врачом, внимание его к больному имеют перво-

степенное значение.

Отсутствие профессиональной психологической подготовки врачей обуславливает наличие у них трудностей и конфликтов с больными и их родственниками. Для того чтобы их избежать, врач нередко сводит взаимодействие с больным к соблюдению формальности и схем в работе, во взаимоотношениях с пациентами использует авторитарный стиль. Естественно, что все это является психологической защитой от переживаний, с которыми врачи сталкиваются в работе, и свидетельствует об отрицании ими психологических трудностей, присутствующих в их профессиональной деятельности.

В этой связи необходимо подчеркнуть, что эффективность взаимоотношений врача и пациента напрямую связана не только с психологическим благополучием больного, но и с психологическим благополучием самого врача: отсутствие у специалистов-медиков профессиональных навыков психологического сопровождения больного приводит их к профессиональной деформации и профессиональному выгоранию.

Разрешением психологических профессиональных проблем врачей является осознание и осмысление врачом своей профессиональной деятельности, осознание мотивации к врачебной работе, видение социальной и субъективной значимости своего труда, умение профессионально, психологически грамотно взаимодействовать с пациентом, владение необходимыми коммуникативными навыками. Иначе говоря, речь идет о профессиональном самоопределении личности врача, на основе которой формируется его профессиональная позиция.

Таким образом, успешная профессиональная реализация врача возможна только в процессе взаимодействия с конкретным человеком, которому оказывается медицинская помощь. Построение психологически грамотных профессиональных отношений между врачом и пациентом обуславливается пониманием врачом своей профессиональной позиции.

## 1. Понятие о профессиональной позиции врача

Профессиональная позиция является результатом профессионального самоопределения человека и отвечает его потребности в самоактуализации и самореализации.

Каждому человеку свойственны потребности различного рода. Согласно американскому психологу А. Маслоу, человеческие потребности располагаются в виде иерархии: от простых к более сложным. Он изобразил иерархию потребностей человека в виде «пирамиды»: в основании «пирамиды» располагаются базовые первичные человеческие потребности, без удовлетворения которых невозможно биологическое существование человека, на более высоких уровнях «пирамиды» – потребности, характеризующие человека как социальное существо и как личность (рис. 1).



Рис. 1. «Пирамида» А. Маслоу

Потребности реализуются через определенные формы деятельности. Они не всегда могут осознаваться человеком, но оказывают влияние на формирование мотивов и целей этой деятельности.

Мотив трудовой деятельности – сложное психологическое обра-

зование, побуждающее человека к труду и основанное на потребностях социального характера (польза для других, помощь окружающим, принадлежность к профессиональному сообществу, приверженность общим ценностям и т.д.), на потребностях получения материальных благ для удовлетворения личных нужд, а также потребностях в самоактуализации (самовыражение, созидание, реализация потенциальных возможностей, автономность).

Наш опрос практикующих врачей-онкологов показывает, что доминирующими ценностями, реализуемыми в профессиональной деятельности, для них являлись: в 7,3 % – финансовое обеспечение, в 29,4 % – значимость профессии для других (чувствует себя значимым, нужным) и в 37,6 % случаях – удовлетворенность от выбранной профессии (чувство самореализации).

Мотив трудовой деятельности формирует отношение к профессии и соответствует представлениям врача о себе как специалисте.

Наше исследование студентов первого и шестого курсов Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета (СПбГПМУ) показывает, что доминирующим мотивом выбора профессии для 58,3 % первокурсников являлся мотив помощи людям. В 45,8 % случаях они считали главной характеристикой любого врача самоотверженную помощь людям (*«помогать, исходя из всех физических и моральных сил»*). По представлению первокурсников, первостепенным условием успешной деятельности врача является именно мотив помощи людям. При этом профессиональная компетентность нередко представляется ими как безусловное приложение, вытекающее из желания помогать людям, а также наличия стабильной престижной работы.

Для студентов 6-го курса, как и для 1-го, мотив помощи людям являлся ведущим мотивом выбора профессии – 59,1 %. Вместе с тем, за время обучения в ВУЗе у студентов происходит расширение представлений о собственных возможностях. Так, 13,6 % студентов 6-го курса отмечают, что врачу важно быть критичным в отношении своей профессиональной компетентности: *«надо понимать, что не всегда можно вылечить», «если не можешь помочь, то нужно признаться в своей некомпетентности по данному вопросу и передать пациента более опытному коллеге... или найти возможность оказать психологическую поддержку больному»*.

Для шестикурсников профессиональная компетентность является необходимым условием успешной профессиональной деятельности, а стабильная работа рассматривается ими как место дальнейшего ее

формирования. При этом мотив помощи людям на 6-м курсе имеет тенденцию выступать как самостоятельная ценностная ориентация.

Анализ ответов практикующих врачей-онкологов показывает, что для 44 % врачей желание лечить людей (помогать) является доминирующим мотивом профессиональной деятельности. Мотив помощи людям как самостоятельная мирооззренческая установка врача предполагает профессиональную позицию, основанную как на профессиональной компетентности, так и на наличии реалистичного образа врача и профессии.

Если стремление помогать людям в процессе обучения студентов-медиков, прохождения ими практики и дальнейшей специализации не наполняется конкретным реалистичным содержанием, то у специалиста-медика формируется инфантильная позиция, которая может являться источником многих психологических проблем в профессиональной самореализации специалиста.

Так, идеализированное представление о врачебной деятельности может свидетельствовать о завышенных требованиях специалиста к себе, что способствует снижению уровня профессионального самоуважения. Идеализированное представление врача о профессии и о себе в ней также может проявляться в надменном поведении по отношению к окружающим, в ощущении своей «избранности», что является, по большому счету, психологической защитой, мешающей строить адекватные взаимоотношения как с больными, так и со здоровыми. Все это способствует профессиональной деформации личности врача и, как следствие, его эмоциональному выгоранию.

Профессиональная позиция регулирует поведение врача с помощью профессиональных ценностей и норм, которые в ходе профессионализации трансформируются во внутренние смыслы его профессиональной деятельности.

Как показал анализ ответов студентов-медиков на незаконченное предложение «Любой врач...», на 1-м курсе студенты склонны подчеркивать важность для врача морально-нравственных ценностей, регулируемых врачебной этикой (*«врач дает клятву Гиппократу»*), в то время как на 6-м курсе студенты делают акцент на внутренних регуляторах поведения врача. Так, 22,7 % шестикурсников обращают внимание на важность осознания специалистом своих личных потребностей и проблем, которые могут влиять на его профессиональную деятельность: *«любой врач должен задумываться, почему он выбрал лечить, а не строить...»*, *«врач должен понимать, что если в его жизни что-то неблагополучно, то это может влиять на его работу, на его от-*

*ношения с больными и коллегами...».*

Таким образом, становление профессиональной позиции предполагает личностное развитие врача.

Личностные качества врача, безусловно, участвуют в формировании его профессиональной позиции. Однако ограниченная только конкретными ролевыми требованиями профессиональная позиция, в которой личность врача не отражается, свидетельствует о наличии многих, подчас неосознаваемых, психологических проблем специалиста. Лишь благодаря личностной включенности в профессию возможно формирование смыслового отношения врача к процессу и результатам своей деятельности, что очень важно для предотвращения профессионального выгорания.

В последние годы исследователями профессионального выгорания отмечается, что такие характеристики работающего человека, как увлеченность работой, интерес к ней, вовлеченность в профессиональную деятельность, которые в той или иной степени отражают мотивационную включенность и наполненность работы врача смыслом, снижают риск эмоционального выгорания.

Особенное значение имеют личностные свойства врача, проявляемые во взаимодействии с пациентом. При этом важно понимать, что искренние живые человеческие чувства врача так или иначе всегда вплетены в ткань профессиональных отношений, в которых партнеры (врач и пациент) не выбирают друг друга.

Отличительной чертой профессиональных отношений является также наличие определенных целей и задач, как у врача, так и у пациента, которые осуществляются во временных и пространственных границах их взаимодействия.

Также важны в осуществлении профессиональной деятельности взаимоотношения с коллегами. В основе этих взаимоотношений нередко лежит принцип личной избирательности в зависимости от существующих в настоящий момент, но не всегда осознаваемых, потребностей специалиста. Построенные таким образом взаимоотношения приводят к напряжению в коллективе, способствуют возникновению конфликтов, которые могут быть скрытыми и внешне не проявляться и которые способствуют деформации личности взаимодействующих, вследствие чего эффективность работы лечебного учреждения снижается.

Профессиональная деятельность человека является важнейшей сферой его жизненного самоопределения, при этом профессиональная позиция – частный, социально специфический вид общей позиции



личности. К сожалению, нередко можно наблюдать, как человек в разнообразных жизненных ситуациях позиционирует себя только с позиций своей профессиональной роли: он всюду и везде врач, даже если это и не требуется в конкретной ситуации.

Такое поведение отражает способ восприятия действительности, определяемый конкретными ролевыми требованиями, и указывает не только на профессиональную, но и на личностную деформацию человека. Вследствие чего жизнь человека ограничивается только профессиональной ролью, при этом снижаются его возможности самореализации, так как человек – это гораздо больше, чем набор его профессиональных ролей.

Разрешение этой проблемы возможно благодаря осознанию специалистом своей профессиональной позиции.

Профессиональная позиция обеспечивает специалисту достаточный уровень устойчивости в процессе решения различных профессиональных задач. Вместе с тем, профессиональная позиция не является жесткой конструкцией, в рамках которой может действовать специалист. Наоборот, она, формируясь и осуществляясь в течение всей профессиональной жизни, способствует развитию личностных и профессиональных качеств специалиста.

Таким образом, профессиональная позиция врача – это интегральная личностная характеристика, которая проявляется в его отношении к профессии, к себе как специалисту и обуславливает определенные способы самореализации в профессиональной среде.

Следует отметить, что в современном обществе профессиональной позиции в профессиональном самоопределении специалиста придается все большее значение.

Определение и осмысление понятия профессиональной позиции особенно актуально в медицине, так как прогресс медицинской науки и практики, рост правового сознания населения способствуют возникновению множества этических проблем в медицине, одной из которых является отношение между врачом и пациентом.

Понятие профессиональной позиции врача в настоящее время четко не определено. Мы выделяем компоненты профессиональной деятельности врача-онколога, определяющие, на наш взгляд, его профессиональную позицию.

При этом мы считаем, что и профессиональная позиция, в свою очередь, также влияет на формирование компонентов, ее составляющих.

Таковыми компонентами являются:

- осознание врачом значения взаимодействия с пациентом и своей роли в этом взаимодействии;
- знание врачом эмоциональных реакций и психологических трудностей больного;
- осознание и разделение ответственности между врачом и пациентом;
- владение врачом профессиональными коммуникативными навыками;
- осознание врачом собственных трудностей и ограничений во взаимодействии с пациентом.

## **2. Осознание врачом значения взаимодействия с пациентом и своей роли в этом взаимодействии**

При лечении пациента врач сосредоточен, прежде всего, на результатах этого лечения, что отвечает основной профессиональной цели врачебной деятельности. Значение взаимодействия с пациентом и роль врача в этом взаимодействии кажется несомненной и всем известной.

При этом знание о взаимодействии, которое присутствует в представлениях врача, нередко является поверхностным, само собой разумеющимся и не представляющим необходимости в специальной подготовке. Однако действительное знание процессов взаимоотношений врача и пациента требует не только профессиональной подготовки, а, в первую очередь, осознания профессиональной позиции в этом процессе.

В настоящее время достижения современной онкологии во многом связаны с развитием медицинских технологий, благодаря которым происходит увеличение числа людей, успешно прошедших лечение. Вместе с тем, какие бы не происходили изменения в техническом оснащении современной медицины, врачебная деятельность практически в любых ситуациях предполагает межличностное взаимодействие.

Взаимодействие с пациентом возникает, когда врач не только диагностирует и лечит болезнь («врач – медицинская техника – больной»), но и видит при этом человека, у которого есть болезнь («врач – больной»). Во взаимоотношения «врач – больной» вносят свой вклад и врач, и больной. Однако восприятие лечебного процесса врачом и больным различно. Так, исследования А. Ф. Амирова и О. Д. Денисовой показывают, что для больного данный процесс более эмоционально насыщен, чем для врача. Врач же, недооценивая эмоциональный компонент лечебного взаимодействия, переоценивает его информационную направленность и саморегуляционный аспект (сдержанность, хладнокровность, толерантность). Различия в восприятии и представлениях повышают вероятность возникновения конфликтов в ситуации лечебного процесса.

Врач строит взаимоотношения с пациентом, исходя из своих представлений о больном. Анализ ответов студентов СПбГПМУ на незаконченное предложение «Идеальный пациент...» показывает, что 25 % первокурсников и 27,3 % выпускников выделяют такие личностные качества пациента, как послушность, терпеливость, благодар-

ность, оптимизм: *«уважает, ценит и любит своего врача», «послушно выполняет все рекомендации и не высказывает претензий», «настроен на выздоровление и оптимистично смотрит в будущее».*

При этом исследования практикующих врачей показывают, что 36,9 % врачей-онкологов предпочитают пациентов с такими характеристиками как *«желает поправиться», «настроен на излечение», «адекватно понимает ситуацию заболевания».* Среди этой группы половина – 18,5 % врачей – выбрали определение «оптимист», то есть «оптимистично относится к лечению».

Обращает на себя внимание то, что в представлениях и студентов, и врачей образ предпочитаемого пациента – это не страдающий и переживающий, а оптимистично настроенный человек. Но реальный пациент, особенно онкологический, – это всегда страдающий больно, испытывающий мучительные переживания, выражающиеся в интенсивных негативных эмоциях. Предпочтение врачом-онкологом оптимистично настроенного пациента отражает его стремление избежать взаимодействия с реальным пациентом.

В данном случае хотелось бы обратить внимание на то, что так называемый «оптимизм» больного имеет двойное значение. Очень часто у онкологических больных оптимизм имеет защитную функцию. Одни больные с выраженным анозогностическим компонентом реагирования на болезнь отрицают злокачественный характер своего заболевания, поэтому избегают действительного знания о болезни и живут в «нереальном» мире. Другие – утверждением, что «все будет хорошо», пользуются как заклинанием, пытаясь таким образом справиться с тревогой и страхом, вызванными болезнью. Не допуская проявления этих чувств, они лишь усиливают свое внутреннее психическое напряжение, о болезни они спрашивают мало, так как «боятся услышать что-нибудь плохое», поэтому их мир тоже «нереален».

В создании реального оптимизма у онкологического больного большое значение имеет врач, понимающий переживания больного, эмоционально поддерживающий его и предоставляющий ему адекватную информацию не только о диагнозе, но и плане лечения, целях проводимых исследований и процедур.

Все это способствует осознанию онкологическим больным своих мотивов выздоровления, формированию его ответственного отношения к лечению и к своей жизни и дает ему почувствовать свою психологическую силу и свое значение в решении жизненно важных для него проблем, что является предпосылкой для реального оптимизма.

В настоящее время внимание врачей и исследователей в меди-

цине привлекает понятие «комплайенс» (англ. compliance – согласие, соответствие), который определяется как приверженность больного к лечению, как согласие его на лечение. Следует отличать комплаенс от информированного согласия. О комплаенсе можно говорить тогда, когда больной всем своим существом согласен на лечение. Особенно это актуально в онкологии: лечение онкологических заболеваний, как правило, бывает длительным, не несущим мгновенного эффекта, тяжелым, нередко калечащим, и без гарантий выздоровления. На комплаенс больного оказывают влияние взаимоотношения с врачом, его доверие к врачу, уверенность врача в том, что он делает и вера врача в то, что лечение может помочь больному.

Информированное согласие представляет собой договор между больным и медицинским учреждением в лице лечащего врача. Информированное согласие используется для того, чтобы больной понимал, что с ним происходит, какое ему предстоит лечение и какие возможные осложнения могут быть в результате этого лечения, независимо от его срока давности. Можно сказать, что информированное согласие, в отличие от комплаенса, определяет правовые отношения между пациентом и врачом и устанавливает границы их взаимопонимания в процессе лечения болезни.

Практика применения информированного согласия в России не является традиционной, поэтому возможны разного рода толкования этого понятия. Как показали исследования И. А. Серовой и А. Ю. Ягодиной, в нашей стране существуют свои особенности информированного согласия: нередко врачи и пациенты склонны видеть в бланках информированного согласия документ, который можно использовать для своей защиты, например, в суде: для врача информированное согласие – «индальгенция на ошибку», для пациента же – «договор, обеспечивающий 100 %-ное излечение». На наш взгляд, именно адекватное информирование, отвечающее потребности больного участвовать в процессе лечения, может способствовать и влиять на формирование комплаенса.

Таким образом, взаимодействие врача с пациентом, оказывающее влияние на психическое и физическое самочувствие больного и определяющее его отношение к болезни и лечению, является неотъемлемой частью процесса лечения. В связи с этим врачу необходимо осознавать свою роль в процессе взаимодействия с пациентом и стремиться к осознанным взаимоотношениям с ним.

### 3. Знание врачом эмоциональных реакций и психологических трудностей пациента

При реализации цели врачебной деятельности – лечение больного – врачу необходимо знать специфичность ситуации, в которой находится пациент во время болезни и лечения и его реакции на эту ситуацию. Ситуация онкологического заболевания, с точки зрения медицинской психологии, может быть как экстремальной, так и кризисной.

Эти ситуации имеют общие признаки с другими жизненными экстремальными и кризисными ситуациями: внезапность возникновения ситуации, наличие витальной угрозы, разрушение картины мира, отсутствие контроля над происходящим, неопределенность будущего, стадийность протекания реакций.

Успешное разрешение экстремальной и кризисной ситуаций связано с интеграцией опыта болезни в жизнь пациента и его семьи, что приводит к постепенному восстановлению психоэмоционального баланса человека. Кроме того, при адекватном разрешении кризиса происходит переоценка и переосмысление жизненных целей и жизненного смысла.

Наряду с общими признаками экстремальной и кризисной ситуаций, ситуация онкологического заболевания имеет следующие специфические признаки: угроза жизни, полиэтиологичность заболевания, отсутствие гарантий выздоровления, калечащий характер оперативного вмешательства, длительное тяжелое лечение, изменение социального статуса и материального положения.

Признаки ситуации онкологического заболевания определяют психическое состояние больного и оказывают огромное влияние на силу и содержание его переживаний.

Переживания онкологического больного являются мучительными и предельными по своей силе настолько, что разрушают его привычные представления о себе и о мире и несут в себе угрозу психической травмы. При травме информация извне (в данном случае диагноз онкологического заболевания) оценивается личностью как непереносимая для существования.

Следствием психической травматизации больного могут быть следующие формы дезадаптации:

- **Фиксация на одной из стадий.** Например, больные с выраженным анозогностическим компонентом реагирования на болезнь от-

рицают злокачественный характер своего заболевания, поэтому избегают действительного знания о болезни и живут в «нереальном» мире «без рака».

- **Невротические проявления.** Даже в состоянии стойкой ремиссии среди жалоб пациентов преобладает симптоматика невротического регистра: аффективная лабильность в виде впечатлительности, ранимости, плохой переносимости стрессовых ситуаций; нарушения социальных контактов в виде дискомфорта в ситуациях широкого взаимодействия; ипохондрические жалобы. Воспоминания о перенесенном заболевании и его лечении вызывают рефлекторную тошноту, чувство глубокой усталости, астенизацию.

- **Возникновение других соматических заболеваний психогенной природы.** Врачи нередко выявляют сердечно-сосудистые осложнения, возникающие у онкологических больных в результате полихимиолучевой терапии, что отражается как на качестве их жизни, так и на продолжительности ее.

При этом, по мнению некоторых авторов, в развитии кардиальных осложнений не меньшую роль, чем непосредственное действие химио- и лучевой терапии, играют вегетативная и центральная нервная система: стрессовая ситуация заболевания и лечения, отрыв от семьи, нередко нарушение семейных отношений и трудности социальной реабилитации.

- **Непроработанная психическая травма длится годами, не смотря на ремиссию.** Медикаментозное излечение не избавляет пациента от страданий, душевные переживания не дают ему полноценно жить: «У меня все хорошо, развитие заболевания приостановлено, дома все идет своим чередом, но не могу жить» (больная М.). Порой больной физически выжил, а психологически для него уже наступила смерть. Например, бывший пациент в течение пяти лет ремиссии не встает с постели и придерживается строгой диеты.

- **Суицид.** У больного наблюдаются суицидальные мысли и действия.

- **Гомицид.** Обвинение врачей, агрессивные действия по отношению к ним, которые чаще наблюдаются у родственников пациентов.

Психологическая адаптация больного к заболеванию состоит в возможности жить в условиях болезни и принимать все те перемены, которые она вносит или может внести в жизнь.

Мы выделяем трехфазную модель динамики психологического состояния человека в ситуации онкологического заболевания, отражающую процесс его адаптации к заболеванию, которое рассматривается как кризисная или экстремальная ситуация.

Каждая фаза модели характеризуется психологической задачей больного, разрешение которой способствует процессу адаптации. Если же психологическая задача не выполняется пациентом, то он «застревает» на одной из фаз, что может приводить к его дезадаптации.

Фазы динамики психологического состояния больного отражают индивидуальную адаптацию конкретного человека к заболеванию и не совпадают с этапами течения болезни и лечения пациента.

### **1 фаза**

*Психологическая задача пациента – принятие болезни.* Испытывая интенсивные негативные эмоции, больной проходит стадии от отрицания к принятию злокачественного характера заболевания не только на когнитивном (когда больной информирован о заболевании), но и на эмоциональном уровне. Эмоциональное принятие болезни возможно только в процессе переживания.

Переживания являются особым видом душевной работы, благодаря которой происходит переработка психической травмы, возникает возможность психологического восстановления, появляется смысл жить. Больной выражает чувства, рассказывая свою историю: о симптомах и причинах болезни, которые подчас являются иррациональными, но необходимыми в процессе принятия факта болезни, о встречах с врачами, об отношениях с близкими и о своей жизни.

В результате психоэмоциональное напряжение пациента снижается, формируется новая идентичность «Я – больной» и происходит принятие себя как больного человека.

На данной фазе динамики психологического состояния больного от врача-онколога требуется понимание переживаний пациента, эмпатия и адекватное информирование.

### **2 фаза**

*Психологическая задача больного – адаптация к заболеванию, состоящая в том, чтобы научиться жить в условиях болезни.*



Произошло принятие болезни и у больного возникает желание лечиться, контролировать ситуацию заболевания и жизнь в той мере, в которой это возможно, и так, как он это понимает. Пациент интуитивно чувствует, что у него есть внутренний потенциал, который не используется в процессе медикаментозного лечения. В этот период пациент обращается как к внешним ресурсам (семья, друзья, врачи, сослуживцы), так и внутренним (надежда, желание жить, терпение), охотно учится психологическим техникам саморегуляции.

Эта фаза характеризуется сильной мотивацией пациента на лечение и готовностью обучаться жить в условиях болезни. Особое значение принадлежит контакту врача и пациента, свидетельствующему о том, что больной не одинок в процессе лечения.

Именно на этой фазе отсутствие или недостаточное информирование пациента не только о самом заболевании, но и о различных методах лечения, возможных трудностях и последствиях его, создает предпосылки обращения больных к ненаучным методам лечения. Обсуждение вопросов, связанных с заболеванием и его лечением, позволяет больному почувствовать свое участие в лечении: он имеет ощущение выбора и контроля. В этой связи от врача-онколога необходимы четкие и понятные рекомендации о том, как жить в условиях болезни и лечения.

На данной фазе динамики психологического состояния пациенты, проживающие онкологическое заболевание как экстремальную ситуацию, психологически адаптируются к ситуации болезни. В результате выражения и осознания больным своих чувств и переживаний его эмоциональное напряжение снижается, он становится способным контролировать свое состояние и ситуацию, в той мере, в которой это возможно.

У пациента происходит принятие болезни и себя в роли больного, приобретает опыт поведения в болезни, благодаря чему расширяется диапазон его адаптивных реакций в сложившей жизненной ситуации. Таким образом, происходит адекватное разрешение экстремальной ситуации.

### **3 фаза**

***Психологическая задача больного – изменение и реконструкция личности, поиск смысла жизни, переоценка жизненных ценностей.*** Данная фаза является самой длительной и характерна для пациентов, которые прошли описанные выше фазы и переживают заболе-

вание как кризис.

Ситуация заболевания, связанная с витальной угрозой, способствует соприкосновению человека с самим собой, со своей подлинностью.

Человек обращается к экзистенциальным вопросам: «Что есть моя жизнь?», «В чем смысл жизни?», «Что такое смерть для человека?».

Переживание смысла имеет отношение к пониманию себя, к осознанию собственной идентичности и принятию непрерывности хода жизненного процесса. При адекватном разрешении кризиса происходит переоценка и переосмысление жизненных ценностей, приоритетов, целей и жизненного смысла. У больного появляется способность переживать и преодолевать жизненные трудности, и это создает предпосылки для личностного роста.

Таким образом, взаимодействие с пациентом требует от врача видения психического состояния онкологического больного, понимание важности и необходимости его переживаний. При этом эмоциональная поддержка больного со стороны врача и адекватное его информирование, причем не только о диагнозе, но и обо всем, что связано с заболеванием, нужны абсолютно каждому больному.

#### 4. Осознание и разделение ответственности между врачом и пациентом

Врач, обладая профессиональными медицинскими знаниями, планирует и контролирует процесс лечения и, в связи с этим, его отношения с пациентом заведомо асимметричны: врач, в определенной степени, стоит «над больным». Данная асимметрия отношений врача и пациента издавна разрешается с помощью принципов и основных положений медицинской этики, которая затрагивает вопрос ответственности врача в лечебном процессе.

Разрешение вопроса распределения ответственности между врачом и больным за лечение и всего, что с ним связано, обуславливается, прежде всего, пониманием врачом своей профессиональной позиции, которая включает готовность врача осознавать: «Кто он по отношению к пациенту – директивный родитель или партнер?».

В медицине рассматривают две модели взаимодействия пациента и врача – патерналистская и антипатерналистская.

В случае **патерналистской модели** взаимодействия (лат. pater – отец, родитель) всю ответственность за лечение и его последствия берет на себя врач, принимая обязанность действовать во благо пациента, причем сам же и определяет, в чем это благо состоит. Врач решает, в какой мере и в каком аспекте информировать больного и его родственников о состоянии здоровья и перспективах лечения. Пациент при этом занимает пассивную, зависимую от врача позицию.

Следует отметить, что взаимодействие с позиций патернализма традиционно для российской медицины, оно отражает пропагандируемые долгие годы в обществе установки: «Светя другим, сгораешь сам», «Ты в ответе за все» и др.

Анализ ответов студентов СПбГПМУ на незаконченное предложение «Идеальный пациент...» выявляет, что если на 1-м курсе 25 % студентов считают идеальным больного, который безоговорочно выполняет все назначения и рекомендации лечащего врача, то на 6-м курсе такое мнение имеют уже 72,7 % студентов.

Таким образом, выпускники медицинского ВУЗа придерживаются более авторитарной (патерналистской) модели взаимодействия с больным, чем студенты-медики 1-го года обучения: на восприятие студентами пациентов оказывает влияние процесс обучения в ВУЗе, прохождение медицинской практики и, в том числе, наблюдения за

взаимодействием с больными старших коллег.

Так, другое исследование студентов 6-го курса СПбГПМУ и практикующих врачей-онкологов выявляет их единообразную ориентацию в восприятии проблематики больного. Студентам и врачам предлагались задания с психологическим содержанием, моделирующие ситуации профессиональной деятельности и направленные на изучение установок в восприятии больного. При решении профессиональных учебных заданий было обнаружено, что 50 % студентов и 59,1 % врачей рассматривают жалобы больного на страх и тревогу, прежде всего, как депрессивные реакции. А 90 % студентов и 59,1 % врачей оценивают фразы-клише, используемые врачом при взаимодействии с пациентом, «Не волнуйтесь», «Все будет хорошо» как способ его эмоциональной поддержки. Можно предположить, что в процессе обучения в медицинском ВУЗе у студентов формируется идентификация с позицией старших коллег в сфере восприятия больного.

Важно отметить, что к отношениям, основанным на патерналистской модели, нередко стремятся сами больные: человек в ситуации онкологического заболевания часто чувствует себя уязвимым, беспомощным, может ощущать себя «жертвой» и провоцировать опеку со стороны врача. Родственники онкологического больного также охотно понимают вопрос ответственности врача буквально: врач в ответе за жизнь пациента, тем самым ответственность самого больного не принимается во внимание. При этом не учитывается, что врач может нести ответственность только за результат своей профессиональной деятельности, а не за жизнь пациента в целом.

Патерналистские установки среди российских пациентов и их родственников нередко обусловлены низким уровнем компетентности населения в вопросах медицины и дезориентацией в новых формах медицинского обслуживания, а также нервно-психическими перегрузками людей техногенного общества и желания переложить часть своих забот на плечи врача.

Следует принимать во внимание, что патерналистская модель взаимоотношений несет в себе много психологических «ловушек», которые делают отношения эмоционально зависимыми, и вследствие этого, нередко болезненными как для больного, так и для врача. Более подробная информация об этом содержится в написанном В. А. Чулковой учебном пособии «Информирование онкологического больного».

Развитие медицинских технологий и клинической практики и рост правового сознания населения поднимают множество этических

вопросов, которые представлены в медицинской биоэтике. Одной из острых этических проблем в медицине, которая встречается в повседневной практике любого врача, – это взаимоотношения «врач и пациент».

В медицинской биоэтике, помимо патерналистской модели взаимодействия врача и пациента, рассматривается **антипатерналистская модель** этого взаимодействия. В отличие от патерналистской, данная модель основана на признании автономии личности пациента, его права принимать решения относительно своего здоровья.

При антипатерналистских отношениях пациент ожидает, что врач будет согласовывать с ним важнейшие этапы лечения. Врач же, в свою очередь, предъявляет к пациенту требования сотрудничества в процессе терапии, выполнения соответствующих врачебных рекомендаций и правил.

Антипатерналистская модель подразумевает партнерские отношения между врачом и больным, в которых часть ответственности за свое лечение принимает больной. Ответственность больного за здоровье и лечение имеет свою специфику, особенно в ситуации онкологического заболевания. Так, онкологические заболевания нередко воспринимаются в обществе как «наказание» за некие «грехи», среди населения бытует мнение, что человек сам виноват в своей болезни («не так, неправильно жил»). Такой профессионально неграмотный взгляд вызывает у больных много негативных переживаний, сопровождающихся обидой, раздражением, агрессией, чувством вины, стыда и одиночества, так как, по их мнению, они жили «правильно», обращая все свое внимание, любовь и заботу на близких и на работу.

Вульгарная популяризация психологических теорий о раке в современном обществе также создает условия для риска возникновения канцерофобии у здоровых лиц с повышенной личностной тревожностью, способствует стигматизации онкологических пациентов, уменьшает число обращений людей за медицинской помощью на ранних стадиях заболевания.

Таким образом, заболевшему человеку и окружающим его людям важно понимать, что онкологический пациент не может быть ответственным за возникновение болезни, так как он ее сознательно не выбирал, но он может осознавать свои реакции на болезнь, находить свои личные мотивы выздоровления, отвечать за свой образ жизни в ситуации заболевания, за свой вклад в лечении и за свое отношение к лечению. Именно в этом состоит ответственность онкологического

пациента.

В свою очередь, ответственность врача определяется его профессиональными знаниями, умениями, и законодательно закрепленными обязанностями. Юридическую ответственность за результаты лечения в любом случае несет врач, но психологическая ответственность в определенной степени лежит и на больном. Партнерские взаимоотношения невозможны, если во взаимоотношениях врача и пациента нет постоянного, постепенного и последовательного информирования больного о результатах проведенных обследований, о плане лечения, о степени опасности его состояния и о прогнозе болезни, конечно, при условии, что пациент стремится это знать. Информирование больного создает у него ощущение, что и он сам активно участвует в лечении, формирует у него внутреннюю картину болезни. Чем более информирование соответствует потребностям больного, тем более он успешен в адаптации к заболеванию. Таким образом, врачу в своей повседневной практике необходимо осознавать не только свою ответственность в лечении больных, но и разделять ответственность с больным в процессе его лечения. Для этого врачу следует понимать, что ответственность пациента в процессе лечения гораздо шире, чем простое выполнение указаний и рекомендаций врача, и уметь показать больному, в чем состоит его ответственность.

Подчас возникают ситуации, когда больной информирован о заболевании и предстоящем лечении, но его мнение о лечении не совпадает с мнением врача в силу разных причин, нередко имеющих психологический характер. Как быть в этой ситуации врачу? Если врач будет настаивать на своем мнении, то это будет означать, что лечение проводится для врача: он этого хочет. В этом взаимодействии нет пациента. Врач может не соглашаться с мнением больного, но он не должен считать, что знает лучше самого больного, что ему необходимо. Врачу можно и нужно познакомить пациента с возможностями современной медицины, попытаться объяснить ему преимущества и недостатки его мнения в отношении предстоящего лечения, указать на неконструктивную тактику его поведения и помочь выбрать более рациональное решение в сложившейся ситуации. Однако это все должно сочетаться с уважительным отношением к рассуждениям больного и признанием того, что окончательное решение должен принять он сам, и что он сам ответственен за результат этого решения.

Таким образом, ответственность врача и деление ее с ответственностью пациента является отражением его профессиональной позиции.

## 5. Владение врачом профессиональными коммуникативными навыками

Всеми признается, что профессия врача включает в себя коммуникативную деятельность. Однако в процессе обучения в медицинском ВУЗе в течение всех 6 лет студентов учат диагностировать и лечить болезнь, и при этом нет ни одного часа на обучение и развитие их коммуникативных навыков.

Так, в нашем исследовании студентов СПбГПМУ только на 6-м курсе всего 36,4 % студентов указывают, что врачу необходимо иметь коммуникативные навыки взаимодействия с пациентом: *«врач должен еще и разговаривать с больным», «пациент не будет выполнять рекомендации, если его грамотно не информировать».*

В отличие от студентов, практикующие врачи значительно чаще признают необходимость взаимодействия и диалога с пациентом – 97,1 % врачей-онкологов. Использование врачом профессиональных коммуникативных навыков влияет на удовлетворенность пациентов качеством оказания им медицинской помощи: больные в более полной мере осознают имеющиеся проблемы, понимают необходимость и смысл диагностических и лечебных мероприятий, в результате чего они в большей мере привержены терапии и принимают более осознанное и активное участие в лечении заболевания.

Наряду с этим, использование профессиональных коммуникативных навыков способствует повышению качества жизни самого врача: повышает его стрессоустойчивость и профессиональное самоуважение. Отсутствие у врача профессиональных коммуникативных навыков может приводить к «компенсаторному» поведению в виде отрицания необходимости психологически грамотного общения с пациентами, тенденции к пассивному игнорированию социально-психологических потребностей больных, а также к стремлению реализации собственных авторитарных установок.

Таким образом, врачу необходимо владеть определенными профессиональными навыками, среди которых мы выделяем, прежде всего, следующие: *присутствие, эмпатия, разделение чувств, активное слушание, обозначение временных и пространственных границ.*

### ***Присутствие***

Пожалуй, никто не будет отрицать, что для того, чтобы взаимодействовать с пациентом, необходим контакт с ним. Важнейшим

условием контакта является присутствие, которое включает не только физическое присутствие (рядом, в одном помещении), но и психологическое – которое подразумевает включенность в ситуацию пациента в настоящий момент. Нередко можно наблюдать, как врач, предлагая больному рассказать о заболевании, его симптомах и самочувствии, как бы слушает пациента и одновременно может заполнять медицинскую карту предыдущего больного, что не способствует контакту врача с больным.

Данный пример иллюстрирует психологическое отсутствие (не присутствие) врача в ситуации взаимодействия с пациентом, хотя физически он находится рядом с ним. Как правило, врачи для себя и для других объясняют такое поведение недостатком времени, выделяемом на конкретного человека. Это правда. Действительно, на наш взгляд, слишком мало, согласно медицинским стандартам, принятым в нашей стране, отводится времени на общение врача с пациентом.

Это с одной стороны, а с другой – качество общения в ситуациях лимита времени имеет еще большее значение: в короткое время, которое врач все-таки уделяет больному, он должен быть психологически полностью сосредоточен на конкретном пациенте, не отвлекаясь ни на какие внешние (звонки, обращение коллег по другим вопросам и др.) и внутренние (мысли о незавершенных личных проблемах) факторы.

### *Эмпатия*

По роду своей профессиональной деятельности перед врачом стоит психологическая задача – выстроить взаимоотношения со страдающей личностью. Врачу необходимо стремиться к психологическому пониманию больного. Это становится возможным при наличии у него эмпатии (от греч. *empathia* – сопереживание).

Эмпатию можно определить как способность «поставить себя на место другого человека». Считается, что каждый человек в той или иной мере обладает эмпатией, даже если она очень слабо выражена. Также установлено, что эмпатическая способность человека в течение его жизни может развиваться.

В отличие от симпатии и антипатии, которые являются оценочными суждениями по отношению к другому человеку (нравится – не нравится), эмпатия – это безоценочное суждение: врач видит, понимает эмоции и реакции больного в ситуации заболевания, но не оценивает, хороши они или плохи, нравятся ему или нет.

Эмпатия позволяют врачу не только лучше понять больного человека, его мысли, чувства, желания, но и показать ему то, что врач



его понимает и сочувствует ему. Эмпатия позволяет врачу видеть и понимать не только внешне проявляемое поведения пациента, но и его внутреннее состояние, которое явно не проявляется.

Существует два вида внешнего поведения человека: невербальное и вербальное:

- Невербальное поведение включает в себя позу, жесты, мимику, взгляд, кивки головы и т.д., то есть «язык» тела. Необходимо учитывать, что невербальное поведение менее осознаваемо, поэтому оно более правдиво: 70 % информации о состоянии человека мы извлекаем из его невербального поведения. Так, врач в процессе беседы, наблюдая за пациентом, может получить информацию о его состоянии. Следует подчеркнуть, что взаимодействие всегда двухстороннее: больной также может «считывать» информацию по невербальным реакциям врача. Отведенный в сторону взгляд, мрачные интонации в голосе, которые могут быть обусловлены усталостью, последствием разговора с другим пациентом, личными проблемами врача, могут нарушить контакт с больным. Онкологические больные очень чуткие к невербальному поведению врача: грустный взгляд, удивленные глаза при осмотре пациента или выразительный взгляд в сторону коллег или родственников – все это воспринимается нередко больными как «приговор».

- Вербальное поведение подразумевает словесное общение: вопросы, ответы, то есть разговор, беседа, в которых могут использоваться навыки активного слушания.

Внешнее поведение – это то, что можно наблюдать. Однако внешнее поведение не всегда соответствует внутреннему состоянию человека, его чувствам, мыслям, намерениям. Например, больной может не выразить словами свои страхи и тревоги по поводу того, что увидел, наблюдая за поведением врача, но он проинтерпретировал (внутри себя) увиденное как устрашающую для себя информацию. При этом, естественно, его страх и тревога увеличились. Также, *не все вопросы, которые задает больной, следует воспринимать врачу однозначно, иногда пациент их «кодирует».*

Так, задавая вопрос: «Сколько мне осталось жить?» – больной ожидает услышать не конкретные сроки своей жизни, а то, что он имеет шансы выздороветь. Иногда можно услышать: «Доктор, у меня воспаление легких, я обязательно поправлюсь». При этом можно увидеть, как глаза больного «говорят»: «Я все знаю, у меня нет шансов поправиться, я устал, мне ничего не хочется». Или пациент говорит

врачу и своим близким: «Спасибо, у меня все нормально», оставаясь при этом один на один со своими мучительными переживаниями. Врачу важно слышать, что стоит за невербальными и вербальными сообщениями больного. Именно наличие эмпатии у врача позволяет ему строить адекватные отношения с пациентом и оказывать ему психологическую поддержку.

### ***Разделение чувств***

Врач-онколог находится в одной ситуации с пациентом, которая наполнена сверхсильными переживаниями больного, и он непроизвольно вовлекается в эти переживания. Эмпатически понимая чувства пациента и выражая ему сочувствие, врачу также необходимо осознавать свои чувства и переживания, возникающие в процессе взаимодействия с пациентом, особенно, если это онкологический больной.

Врачу важно не только осознавать свои чувства, но и уметь их конструктивно выражать. Нередко возникает ситуация, когда врач в разговоре с больным, испытывая эмоциональное напряжение, вызванное различными внешними и внутренними причинами, не может сдерживать это напряжение и выражает его неконструктивно.

Например, повышает голос на больного, резко прекращает разговор или показывает неуместность чувств, мыслей и вопросов больного и т.п. После этого, как правило, у врача возникает не всегда осознаваемое чувство вины, которое он пытается рационализировать (объяснить свою несдержанность приемлемым для себя образом): «Врач ведь тоже человек». Конечно же, врач как человек имеет самые разнообразные чувства, и они сопровождают его профессиональную деятельность. Проблема состоит не в том, что врач не имеет право иметь чувства, а в том, что он должен уметь их конструктивно выразить при взаимодействии с больным.

Общаясь с онкологическим больным, врачу важно уметь отделять свои чувства от чувств пациента. Так, чувство, которое врач осознает в себе (например, чувство вины) – это его собственное чувство или это переживание чувства вины больным? Конечно, процесс разделения чувств непростой и необходимо иметь определенные навыки и опыт.

Разделению чувств предшествует их осознание и понимание. Осознание чувств напрямую связано со способностью человека к рефлексии (от лат. reflexio – обращение назад, отражение). Следует отметить, что у людей по-разному представлена способность к рефлексии. Есть люди, склонные проживать жизнь рефлексивно, осознавая свои мысли, чувства и соприкасаясь с душевной болью, которая со-

проводит человеческую жизнь. Другая категория людей имеет сильную бессознательную психологическую защиту, предохраняющую их от осознания психотравмирующих обстоятельств жизни и связанных с ними душевных страданий.

Обучение в медицинском ВУЗе (все гуманитарные дисциплины, важность которых, к сожалению, недостаточно осознается студентами младших курсов) направлено на развитие способности будущего врача рефлексировать свое бытие, в том числе и в профессиональном пространстве. Дальнейшее профессиональное самоопределение врача требует от него развития этой способности (рефлексии).

Осознание и понимание врачом своего бытия, своих переживаний и своих чувств позволяет ему не идентифицироваться с чувствами пациента, а разделять свои чувства и чувства пациента, что является условием эффективной психологической поддержки больного.

### ***Активное слушание***

Активное слушание заключается в оказании пациенту поддержки в разговоре для того, чтобы активировать его речь, помочь ему выразить и осознать свои чувства, признать их естественность и нормальность в ситуации заболевания. Активное слушание является инструментом, который позволяет врачу вести беседу с пациентом в необходимом как для него, так и для больного направлении, в результате чего она становится более конструктивной и быстрее достигается цель беседы, а время, затраченное на нее, сокращается. В процессе активного слушания проявляется эмпатия врача.

Активное слушание состоит в умении врача кратко суммировать (перефразировать) сказанное пациентом, уточнить правильность своего понимания сути происходящего с больным. При этом врач задает больному вопросы не только закрытые, требующие ответа «да» или «нет», но и открытые, которые позволяют пациенту говорить о существующих страхах и тревогах.

В настоящее время навыки и техники активного слушания широко применяются во многих областях профессиональной деятельности, в которых происходит взаимодействие между людьми.

### ***Пространственные и временные границы***

Осмотр врачом больного и беседа с ним всегда происходит в каком-то помещении, поэтому врачу важно учитывать соответствие выбранного места целям беседы. Необходимо учитывать соблюдение интимности: не все разговоры с врачом больной хочет вести в присут-

ствии других людей, даже близких ему, особенно это касается онкологических пациентов. В свою очередь, обозначенное пространство для взаимодействия с больным позволяет врачу быть более включенным в это взаимодействие. Пренебрежение врачом организацией места нередко приводит к ненормированным и неформальным разговорам с больным, вследствие которых врач может стать объектом манипуляции со стороны больного.

Практикующие врачи жалуются на нехватку времени для бесед с больным. За этим может стоять опасение врача быть втянутым в длительный, неструктурированный разговор с больным, что часто и бывает. При этом врач испытывает естественное раздражение, так как у него нарушается распорядок рабочего дня: в данный момент у него нет времени, и он не готов беседовать на волнующую больного тему. Обозначение временных границ взаимодействия с пациентом может помочь врачу справиться с этой проблемой.

Здесь уместны реальная оценка и озвучивание врачом своих временных возможностей: «У меня есть сейчас 5 минут. Вас устроит это время?». И порой сам больной отказывается обсуждать то, что его волнует, в быстром темпе. Больной понимает, что беспокоящий его вопрос невозможно обсудить в течение короткого времени, кроме того, он начинает осознавать, что врач, отказываясь от обсуждения волнующего пациента вопроса наскоро, проявляет к нему и его проблеме уважение. Дальнейшим шагом в этом диалоге будет договоренность об удобном для того и для другого времени беседы.

Еще одной распространенной проблемой, встречающейся во взаимодействии врача с пациентом, является трудность завершения разговора с больным, даже если он происходит в отведенное для этого время. При этом у врача может возрастать напряжение и, как следствие, раздражение, на фоне которого включенность его в ситуацию больного снижается.

В данном случае врач сталкивается с проблемой неумения отказать другому человеку, особенно если это тяжело больной человек, и сказать ему «нет».

В основе трудностей врача лежат некоторые его психологические проблемы. Это может свидетельствовать о личностной неуверенности врача.

Подчеркиваем, что речь идет не о его профессиональной неуверенности, а именно о личностной, которая проявляется в профессиональном взаимодействии. Это, может быть, также связано с проблемой установления своих личных границ. Человек сам определяет, до

какой степени другой может внедряться в его личное пространство, не нарушая при этом его личных границ, в том числе временных. Эти процессы, как правило, человеком не осознаются, но болезненно переживаются в виде ощущений, что его «используют».

Развитие рефлексии позволяет врачу осознавать особенности такого взаимодействия и управлять им.

В настоящее время является актуальным феномен поведения человека в обществе, называемый ассертивностью (англ. assertiveness). В Большом энциклопедическом словаре Б. Мещерякова и В. Зинченко ассертивность определяется как «способность человека уверенно и с достоинством отстаивать свои права, не попирая при этом прав других». На наш взгляд, развитие врачом своей ассертивности, проявляемой в поведении, позволяет ему более успешно взаимодействовать с другими людьми, в том числе с больными, и сохранять собственное душевное здоровье.

Недостаточно знать о необходимости использования коммуникативных навыков, а также быть информированным о том, какие это навыки и как они применяются. Это так же, как невозможно стать хирургом, изучая только книги по хирургии.

Коммуникативные навыки формируются только в процессе психологических тренингов. На наш взгляд, в обучении студентов-медиков необходимо использовать такую форму их профессиональной подготовки как психологические тренинги, позволяющие им в дальнейшем избегать психологических трудностей, которые неизбежно присутствуют в работе врача.

## **6. Осознание врачом собственных трудностей и ограничений во взаимодействии с пациентом**

Рак – одна из наиболее таинственных и коварных болезней. Вокруг онкологических заболеваний возникает огромное количество разного рода мифов, которые широко распространены как среди пациентов и их родственников, так и среди населения в целом. Существуют мифические представления и во врачебной среде.

Издавна отмечено, что для больного слова врача и интонация, с которой они сказаны, имеют большое значение: от них зависит настроение больного, его психическое, а, следовательно, и физическое, состояние, его отношение к болезни и лечению.

В связи с этим у врача нередко формируются мифические представления о своем психологическом воздействии на онкологического пациента и своей профессиональной роли.

Мы выделяем следующие мифические представления, которые могут наблюдаться во врачебной среде.

### **1 миф**

*Врач является для пациента лучшим психотерапевтом, поэтому другой специалист не нужен.* Нередко это мнение врача разделяется и больными. Смыслом данного мифа является не всегда осознанное стремление врача удовлетворить свою потребность быть значимым и повысить свою самооценку.

В реальности: врач-онколог, медицинский психолог и психотерапевт при взаимодействии с пациентом исходят из различных профессиональных позиций, которые требуют разных подходов и методов. В оказании психологической помощи врач-онколог, медицинский психолог и психотерапевт не исключают, а дополняют друг друга.

### **2 миф**

Больные, к которым врач проявляет интерес и которым уделяет внимание, более привержены лечению и, возможно, в этой связи, их лечение идет более успешно. Это объясняется включенностью больного в процесс лечения, он чувствует себя его активным участником и партнером врача, что, возможно, сказывается и на результатах лечения.

При этом существует врачебный миф, *приписывающий выше перечисленное уникальным способностям врача, то есть врач видит*

*(или хочет видеть) в успехе лечения больного только проявление собственной исключительности и уникальности, состоящих в его умении воздействовать на пациента и тем самым улучшать его состояние.* За мифом стоит неосознаваемая потребность врача во власти.

В реальности: обсуждение с пациентом заболевания и лечения формирует у него адекватное отношение к болезни, а наличие эмоционального контакта с врачом снижает психоэмоциональное напряжение, что может влиять на лечение.

### **3 миф**

Сильные негативные чувства и переживания онкологического больного вовлекают врача в ситуацию вплоть до возникновения ощущения, что он «заразился» чувствами больного.

*Представление о том, что можно «заразиться» чувствами другого* – это миф. За этим кроется эмоциональное истощение врача, уязвимость, неосознавание своих чувств в процессе взаимодействия с больным.

В реальности: при отсутствии у врача профессиональных коммуникативных навыков, он не умеет осознавать и разделять свои чувства и чувства пациента, он идентифицируется с пациентом, и у врача возникает ощущение, что он «заразился». В этом случае имеет место смешение личной и профессиональной позиции врача.

Обозначенные мифические представления обусловлены существующими в медицинской среде представлениями о личностных качествах, присущих врачу.

Осмысление личностных качеств, связанных с профессией врача, происходит в течение всей профессиональной жизни специалиста, начиная с момента поступления в медицинский ВУЗ.

Исследование студентов СПбГПМУ показывает, что 29,2 % первокурсников и 31,8 % выпускников отмечают наличие идеализированного положительного образа врача из детских воспоминаний, который явился для них одним из мотивов выбора профессии.

Образ врача, по представлению студентов 1-го курса, включает в максимальной степени выраженности такие личностные качества, как ответственность, внимательность, профессионализм, терпение, самообладание, решительность, наблюдательность, гуманное отношение к больным, эмоциональная устойчивость, нравственность, организованность, глубина знаний, уверенность в себе, выносливость, уме-

ние располагать к себе людей, толерантность, высокий интеллект, интуиция, активность, предприимчивость, целеустремленность, настойчивость, разнообразие интересов.

Однако в максимальной степени выраженности данные качества не могут присутствовать ни у одного реального человека.

Данный образ врача, наполненный качествами, выраженными в степени, не свойственными обычному человеку (хотя и профессионально состоявшемуся), также характерен для студентов 6-го курса (более 50 %).

Безусловно, будущий врач нуждается в идеале, к которому ему важно стремиться для того, чтобы быть принятым профессиональным сообществом. При этом у студентов возникает произвольная идентификация обычного реального врача с собирательным образом идеализированного врача, то есть уже реальный врач для студента (а потом и врача) является носителем в максимальной степени выраженности всех перечисленных выше качеств.

Таким образом, происходит присваивание этих качеств: если я врач, а врачи имеют некие качества, то и я обладаю этими качествами, потому что я врач. В этом проявляется, на первый взгляд, завышенное требование студентов к себе как будущих врачей. Однако за этим может скрываться низкая личностная самооценка будущего врача, которая компенсируется его принадлежностью к профессии, повышающей его самооценку.

Компенсаторный механизм в дальнейшем проявляется в том, что врач воспринимает и оценивает себя только через профессиональную роль и принадлежность к профессии.

Исследование формирования представлений студентов-медиков об образе врача помогает понять компенсаторные механизмы, мешающие становлению адекватной профессиональной позиции врача в его дальнейшей деятельности, а также указывает на существование психологических защит у врача, препятствующих его овладению навыками профессиональной психологической подготовки для общения с больным.

У врача возникает ощущение, что, если он врач, то он знает, как правильно общаться, и может общаться с больными. Таким образом проявляется сопротивление новому знанию, которое характерно как для начинающих, так и для опытных врачей.

Для эффективного взаимодействия с пациентом врачу необходимо знать особенности своей личности (например, высокая тревожность, педантизм как следствие ригидности, медлительность, вспыль-



чивость и т.д.), которые сами по себе не являются ни плохими, ни хорошими, но, проявляясь в определенных ситуациях, они могут создавать трудности и ограничения в общении.

Кроме того, у врача, как у любого человека, могут существовать свои неразрешенные личные и профессиональные проблемы, мало того, не все из них могут быть разрешены в силу различных обстоятельств. Наличие этих проблем может также проявляться и влиять на взаимодействие с пациентом, поэтому врачу важно осознавать свои нерешенные проблемы.

## Заключение

В настоящее время все чаще звучат призывы о необходимости внедрения в медицинские ВУЗы курсов по коммуникативной подготовке врача. Однако это может иметь свои сложности и опасности, заключающиеся в формальном использовании врачом приобретенных приемов и техник коммуникации.

С другой стороны, излишняя психологизация лечебного процесса, особенно основанная на знаниях, почерпнутых из популярной психологической литературы, некий своеобразный энтузиазм в использовании психологических приемов приводит к извращению понятия о профессиональном психологическом взаимодействии.

Более того, неумелое использование врачом психологических приемов может привести к тому, что врач усиливает травматизацию больного или подвергает себя травматизации во взаимодействии с больным. Психологически грамотное взаимодействие с пациентом обуславливается пониманием врачом своей профессиональной позиции.

Таким образом, профессиональная позиция, основанная на осмыслении врачом-онкологом своей профессиональной деятельности и понимании им смысла профессионального взаимодействия в сочетании с пониманием врачом эмоциональных реакций и психологических трудностей пациента в ситуации онкологического заболевания и владение врачом коммуникативными навыками, является профилактикой его эмоционального выгорания и способствует успешной профессиональной реализации.

## Тестовые задания для самоконтроля

*Выберите один правильный ответ:*

### 1. ОБ ЭМПАТИИ ВРАЧА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ФРАЗА

- а) все будет хорошо;
- б) мне жаль вас;
- в) вы мне симпатичны;
- г) я знаю, что вам сейчас тяжело;
- д) с моим родственником недавно было то же самое, и я вас понимаю.

### 2. ЕСЛИ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ БОЛЬНОЙ ОТКАЗЫВАЕТСЯ ОТ ЛЕЧЕНИЯ, ТО ВРАЧ В ЭТОЙ СИТУАЦИИ

- а) долго и настойчиво уговаривает больного на лечение, считая это своим долгом;
- б) пугает больного тем, что если он не будет лечиться, то умрет;
- в) говорит больному, что это его личное дело;
- г) должен понять, что стоит за отказом больного лечиться, признать его право сделать выбор, но при этом сохранить контакт, которым больной может воспользоваться;
- д) отругать больного за неверно принятое решение.

### 3. ЕСЛИ ВРАЧ В РАЗГОВОРЕ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ ИСПОЛЬЗУЕТ ФРАЗЫ «ВСЕ БУДЕТ ХОРОШО», «НАДО НАДЕЯТЬСЯ, НЕ ОПУСКАТЬ РУКИ», «У ВАС ЕСТЬ ШАНСЫ», «НЕ ПЕРЕЖИВАЙТЕ», ТО ЭТО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

- а) об оптимизме врача;
- б) о желании врача эмоционально поддержать больного;
- в) об избегании врачом сильных негативных чувств больного;
- г) о готовности и способности врача помочь больному;
- д) об уверенности врача в излечении больного.

### 4. О РЕАЛЬНОМ ОПТИМИЗМЕ В ВЫСКАЗЫВАНИЯХ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПО ОТНОШЕНИЮ К ЛЕЧЕНИЮ, КОТОРЫЕ ЧАЩЕ ВСЕГО НОСЯТ ЗАЩИТНЫЙ ХАРАКТЕР, СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ФРАЗА

- а) у меня все будет хорошо, главное – выполнять все рекомендации врача;
- б) стало легче, когда произошел душевный перелом: поняла, что

могу умереть, но надо заботиться о себе и жить;

в) не надо думать о плохом, предаваться унынию, и все будет хорошо;

г) я лечусь в хорошей клинике, у хороших врачей, поэтому должно быть все хорошо;

д) у меня же не такая страшная ситуация, как у женщины из соседней палаты.

5. В ситуации онкологического заболевания на этапах диагностики и начала лечения психологические проблемы, как правило, превалируют над проблемами, вызванными физическим состоянием больного.

**УСТАНОВЛЕНИЮ КОНТАКТА ВРАЧА С БОЛЬНЫМ В ДАННОЙ СИТУАЦИИ СПОСОБСТВУЕТ И ЯВЛЯЕТСЯ БОЛЕЕ КОНСТРУКТИВНОЙ ФРАЗА**

а) не волнуйтесь, ваше заболевание возникло уже давно, и сейчас уже неважно, начнется лечение на неделю раньше или позже;

б) вы не единственный, есть случаи успешного лечения пациентов с таким же, как у вас, заболеванием;

в) вам сейчас, возможно, страшно, но после проведенного исследования мы выберем точную тактику лечения: если у вас «Х», то будем действовать так, а если «У», то другим способом;

г) не волнуйтесь, вы еще лет 10 проживете;

д) не волнуйтесь, волноваться вредно, особенно в вашем состоянии.

6. Молодой врач, вооруженный знаниями и принимающий на себя обязанность действовать во благо больного, лечит пациента, который благодарен врачу и выражает ему свою признательность. Со временем потребность пациента во внимании и заботе врача нарастает, но удовлетворить ее становится труднее, так как у врача, кроме этого пациента, появились другие больные. В ответ на попытку врача распределить внимание между всеми больными, пациент стал обращаться к врачу с разнообразными вопросами, порой незначительными. Нередко, чтобы прервать тягостные отношения, врач стал резко разговаривать с больным. В результате оба испытывают дискомфорт.

**РАЗВИТИЮ ДАННОЙ СИТУАЦИИ СПОСОБСТВОВАЛИ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА, КОТОРЫЕ МОЖНО ОХАРАКТЕРИЗОВАТЬ КАК**

а) патерналистские;

- б) нейтральные;
- в) антипатерналистские;
- г) дружеские;
- д) коллегиальные.

7. Больным является врач, который в последние годы был крупным административным работником здравоохранения. Он стремится сам руководить своим лечением, контролировать действия лечащего врача.

**ЛЕЧАЩЕМУ ВРАЧУ В ЭТОЙ СИТУАЦИИ СЛЕДУЕТ**

- а) подчиняться требованиям и контролю больного;
- б) советоваться с больным по поводу его лечения, так как он обладает большими возможностями, являясь авторитетным работником здравоохранения;
- в) отказаться от ведения этого больного;
- г) воспользоваться ситуацией и добиться определенных поощрений для себя;
- д) определить для себя, кем является в данной ситуации административное лицо, и обозначить границы взаимодействия.

8. Молодая врач (окончила медицинский университет с красным дипломом) уделяет много времени своим пациентам. Она внимательно выслушивает их жалобы, которые относятся не только к ситуации заболевания (к семейным обстоятельствам, интимным обидам), старается помочь советом. Постоянно задерживается на работе, домой приходит поздно, но чувствует себя счастливой. В выходные дни больные звонят ей домой, она считает, что ее помощь может понадобиться в любой момент.

**ДОМИНИРУЮЩЕЙ ПОТРЕБНОСТЬЮ ВРАЧА В ПРОЦЕССЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- а) потребность быть нужной и значимой;
- б) потребность во власти;
- в) потребность в общении;
- г) потребность в уважении со стороны коллег;
- д) потребность в выполнении чувства долга.

9. Онкогинекологическая больная только что узнала свой диагноз. Она спрашивает у врача: «Могу ли я ехать лечиться в другую страну, у меня есть такая возможность?».

**О ПОНИМАНИИ ВРАЧОМ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ**

## БОЛЬНОЙ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ОТВЕТ

- а) конечно, если есть возможность, то вы можете уехать;
- б) наши клиники не хуже, в других странах только лучше обслуживание;
- в) зачем вам ехать? Здесь вам также могут помочь;
- г) вам страшно? Чего именно вы боитесь?
- д) как хотите, это ваш выбор.

10. Больной пропустил очередной курс химиотерапии. Он объяснил врачу-химиотерапевту это тем, что с момента последнего курса химиотерапии в его семье произошло несколько несчастных случаев.  
**БОЛЕЕ УМЕСТНОЙ В ЭТОЙ СИТУАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ФРАЗА ВРАЧА**

- а) вы решили, что несчастные случаи в вашей семье являются поводом пропустить очередной курс химиотерапии?
- б) но вы же должны понимать, что речь идет о вашем здоровье!
- в) врач-химиотерапевт в этом не виноват;
- г) все мы ходим под Богом;
- д) я вам сочувствую, будем продолжать лечение дальше.

*Эталоны ответов:*

- 1 – г;
- 2 – г;
- 3 – в;
- 4 – б;
- 5 – в;
- 6 – а;
- 7 – д;
- 8 – а;
- 9 – г;
- 10 – д.

## Рекомендуемая литература

1. Амиров А. Ф., Денисова О. В. Роль психологической компетентности в деятельности медицинских работников // Ярославский психол. вестник. – 2008. – Вып. 11. – С. 26-29.
2. Маслоу А. Мотивация и личность. – СПб.: Питер, 2013. – 352 с.
3. Мещеряков Б. Г., Зинченко В. П. Большой психологический словарь. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2009. – 816 с.
4. Микиртчян Г. Л., Чулкова В. А., Пестерева Е. В., Ольховский К. А., Кошелева А. Н. О формировании профессионального самоопределения будущих врачей // Педиатр. – 2014. – Вып. 2. – Т. 5. – С. 95-101.
5. Серова И. А., Ягодина А. Ю. Проблема формализации информированного согласия // Сборник «Развитие системы паллиативной помощи: опыт регионов». – Пермь, 2007. – С.119-121.
6. Холланд Дж., М. Ватсон М. Новый международный стандарт качества ухода за пациентами с онкологическими заболеваниями Международного общества психо-онкологии (IPOS): интеграция психо-социального аспекта в ежедневный уход // Материалы Международной школы психо-социальной онкологии «Психо-социальный подход в клинической онкологии: от науки к практике». Москва, 8-10 апреля 2013 г. – М., 2013. – С. 8-14.
7. Чулкова В. А. Информирование онкологического больного: учебное пособие. – СПб.: Ладога, 2013. – 68 с.
8. Чулкова В. А., Комяков И. П. К исследованию эмоционального выгорания врачей-онкологов // Вопросы онкологии. – 2010. – № 1. – Т. 56. – С. 79-82.
9. Чулкова В. А., Комяков И. П., Карелов А. Е., Демин Е. В., Донских Р. В. Эмоциональное выгорание врачей-онкологов и медицинских сестер онкологической клиники: учебное пособие – СПб.: СЗГМУим. И.И. Мечникова, 2012. – 30 с.
10. Чулкова В. А., Пестерева Е. В. Врач и медицинский психолог: взаимодополняющие подходы при оказании психологической помощи онкологическому пациенту // Вопросы онкологии. – 2014. – № 2. – Т. 60. – С. 94-98.
11. Чулкова В. А., Пестерева Е. В. Онкологическое заболевание как психологическая проблема // Материалы XIII научно-практической конференции «Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике». Санкт-Петербург, 15 ноября 2013 г., СПб.: Виктория плюс, 2013. – С. 271-275.

## Оглавление

Введение.....	3
1. Понятие о профессиональной позиции врача.....	5
2. Осознание врачом значения взаимодействия с пациентом и своей роли в этом взаимодействии .....	11
3. Знание врачом эмоциональных реакций и психологических трудностей больного .....	14
4. Осознание и разделение ответственности между врачом и пациентом.....	19
5. Владение врачом профессиональными коммуникативными навыками .....	23
6. Осознание врачом собственных трудностей и ограничений во взаимодействии с пациентом.....	30
Заключение.....	34
Тестовые задания.....	35
Рекомендуемая литература.....	39