

УДК: 159.97, 616-052

Основные подходы к оказанию психологической помощи пациентам с онкологическими заболеваниями

Л. М. Махнач, соискатель*

В статье рассматриваются современные подходы к оказанию психологической помощи онкологическим пациентам и представляется разработанная автором программа, включающая в себя пять последовательных этапов — стимуляцию эмоционального реагирования на стрессовую ситуацию, принятие болезни и выработку адаптивных копинг-стратегий, работу с неадаптивными когнициями, закрепление новых навыков, перестройку мотивационно-потребностной сферы. Эффективность программы продемонстрирована на примере работы пациентки с раком молочной железы.

Ключевые слова: копинг-стратегии, психологическая помощь, адаптация, реабилитация.

The Main Approaches to the Provision of Psychological Support to Patients With Cancer

L. M. Makhnach, Postgraduate student

The paper reviews current approaches to the provision of psychological help for cancer patients. Author is proposed a program, which includes five consecutive stages — the stimulation of emotional response to a stressful situation, acceptance of the disease and the development of adaptive coping strategies, working with maladaptive cognitions, fixing new skills, the adjustment need-motivational sphere. The effectiveness of the program is demonstrated by the example of a patient with breast cancer.

Key words: coping strategies, psychological intervention, adaptation, rehabilitation.

Известно, что уровень стресса и выраженность состояний дезадаптации у онкологических пациентов определяется тем, какова их личностная реакция на болезнь. Наш практический опыт работы с этой категорией больных показывает, что важнейшие задачи, которые они должны решить в ситуации болезни, таковы:

- 1) развитие навыков саморегуляции психических состояний;
- 2) поиск адаптивных стратегий совладания со стрессом;
- 3) контроль искажающих когнитивных процессов;
- 4) разрешение внутренних психологических конфликтов;
- 5) разрешение проблем в отношениях с родными и близкими;
- 6) перестройка мотивационно-потребностной сферы в связи с фактом болезни.

Разработкой стратегий психологической помощи онкобольным занималось большое количество специалистов. Методы, которые они предлагают использовать, обычно направлены на улучшение качества жизни, уменьшение эмоциональной напряженности, ослабление болевых синдромов, создание так называемых «ресурсных состояний», ак-

туализирующих возможности адаптации человека к стрессовым ситуациям. Особую актуальность психологическая коррекция приобретает в связи с высоким риском суицидального поведения онкологических пациентов. С этими целями используются аутогенная тренировка и нервно-мышечная релаксация, гипноз, нейролингвистическое программирование, гештальт-терапия, экзистенциальная, семейная, музыка- и арттерапия. Если говорить о формах оказания помощи, то, наряду с индивидуальной и групповой психотерапией, все большую популярность приобретают консультации в режиме онлайн и по телефону [1; 2; 3; 4].

Одним из эффективных направлений работы с онкологическими пациентами является когнитивная психотерапия, в ходе которой пациент учится управлять своими чувствами и поведением, усваивает модели мышления, отличные от тех, которые вызвали болезненные переживания. Обучение пациента приспособительным умениям, необходимым при столкновении со сложными жизненными ситуациями (выявлению негативных мыслей, нахождению более рационального объяснения произошедшему), ведет к улучшению его самочувствия, выработке конструктив-

* Соискатель кафедры психологии ФФСН БГУ. Научный руководитель — кандидат психологических наук, доцент Ю. Г. Фролова.

ных стратегий в преодолении болезни, формированию способности организма сопротивляться заболеванию, повышению стрессоустойчивости.

В целом можно заметить, что в настоящее время совершенствование методов психологической помощи онкологическим пациентам связано с исследованиями стратегий совладающего поведения. Было показано, что групповая и индивидуальная психотерапия, направленная на выработку у пациента более адаптивных способов реакции на стресс, влияет на качество и продолжительность жизни (см., напр., Г. Айзенк [6]; Т. З. Биктимиров [7]; В. А. Чулкова [8] и др.). П. Паглиезе и др. разработали интегрированную стратегию психологической помощи пациентам с колоректальным раком (с акцентом на выработку адаптивных копинг-стратегий). Результаты показали, что после четырех месяцев лечения больные, получавшие психологическую помощь, имели более высокие показатели субъективного благополучия. У них понизились показатели тревоги и эмоционального дистресса, улучшились межличностные отношения [9]. В исследовании Д. Шпигель и других обнаружено, что продолжительность жизни у пациентов с метастатическим раком груди, которые в течение года проходили тренинг копинг-умений, была в два раза выше, чем в контрольной группе. К копинг-умениям эти авторы относят умение справляться с болью, навыки эмоциональной экспрессии [10].

Широко известен метод, который С. Грир и другие, по аналогии с адьювантной (вспомогательной, поддерживающей) химиотерапией, назвали адьювантной психологической терапией (АПТ). АПТ представляет собой краткосрочную, проблемно-фокусированную структурированную когнитивно-поведенческую групповую программу. Авторы исходят из предположения, что психологические проблемы пациентов связаны не только с наличием рака, а еще с двумя важными факторами: восприятием своего заболевания и способностью пациента справляться с проблемами, связанными с болезнью [11]. По мнению К. Петри и Р. Мосс-Моррис, успешный копинг основан на адекватных способах оценки стрессоров, связанных с хронической болезнью; выработке умений справляться со стрессорами; устранении несоответствия между оценкой ситуации и выбираемыми копинг-стратегиями [цит. по: 12]. Н. А. Русина проанализировала результаты исследования онкологических пациентов, которым были выполнены тяжелые калечащие операции. Она считает, что, в зависимости от имеющихся у больных ресурсов совладания со стрессом, психотерапия должна включать в большей степени экзистенциальный (недостаточные ресурсы совладания) либо пове-

денческий (имеются ресурсы совладания) компоненты [13].

Что касается комплексных программ, разработанных специально для онкологических больных, то их не слишком много. Наиболее известная из них — программа американских онкологов-радиологов К. и С. Саймонтонов. Предлагаемые авторами методы направлены на улучшение физического и эмоционального состояния пациентов, повышение их способности решать эмоциональные проблемы и усиление веры в возможность выздоровления. Во многом это методы самопомощи. Программа включает в себя несколько психологических этапов:

- осознание стрессовых ситуаций для поиска эффективных способов борьбы с болезнью;
- определение неосознанных «преимуществ» болезни для выявления потребностей, удовлетворению которых может способствовать факт болезни, и нахождение альтернативных способов их реализации;
- релаксацию и визуализацию своего выздоровления для уменьшения выраженности негативных эмоций;
- создание положительных мыслительных образов (представление в воображении возвращения здоровья, жизненной силы и энергии);
- преодоление затаенных обид с целью приобретения способности адекватно выражать свои чувства и управлять своей жизнью, освобождения от стресса;
- постановку целей для преобразования своих эмоциональных, интеллектуальных и физических потребностей в жизнеутверждающее поведение;
- разработку системы семейной поддержки, в результате чего близкие больного могут как разобратся в собственных переживаниях по поводу недуга, так и научиться с терпением и пониманием относиться к пациенту [4].

На основе ключевых принципов этой программы позже разрабатывались другие подходы. Так, А. А. Шутценбергер дополнила ее использованием методов психодрамы и геносоциогаммы (генеалогическое дерево, содержащее важные жизненные события членов семьи из поколения в поколение), помогающих больным лучше понять свой жизненный сценарий, осознать повторяемость некоторых ситуаций в кругу семьи, обнаружить динамику создания семейных мифов и легенд, семейные секреты. Например, работая над геносоциогаммой, пациент видит, как из поколения в поколение повторяются примеры крепкого или слабого здоровья [5].

Обобщив вышеизложенные данные, представляется целесообразным включить в программу

психологической помощи онкологическому пациенту пять последовательных этапов:

1) стимуляции эмоционального реагирования на стрессовую ситуацию — состоит из установления контакта с пациентом, провокации эмоциональной реакции на болезнь, а также выработки навыков управления собственными эмоциями;

2) принятия болезни и выработки адаптивных стратегий борьбы со стрессами, которые она вызывает;

3) работы с неадаптивными когнициями и формирования установки на активную борьбу с болезнью;

4) закрепления новых поведенческих и когнитивных навыков;

5) осмысления болезни и перестройки мотивационно-потребностной сферы, которая включает в себя выработку новых целей и смысла жизни; восстановление общения с друзьями, родственниками, коллегами по работе, стимуляцию социальной занятости.

Занятия с пациентами могут проводиться в индивидуальном и групповом вариантах в зависимости от сложности психологических переживаний. Каждый этап включает в себя по три сеанса, длительностью один-два часа. Всего программой предусмотрено поэтапное проведение 15—20 занятий.

Как можно заметить, содержание психологической помощи изменяется в зависимости от стадии развития заболевания, характера назначенной биологической терапии, психического состояния и личностных особенностей пациента.

Планирование работы с онкологическим пациентом целесообразно начинать с консультаций со специалистами — врачами, средним медицинским персоналом (тип болезни, особенности ее течения, специфика терапии, поведенческие и эмоциональные проблемы), а также с диагностики особенностей личности, копинг-стратегий и типов реакции на болезнь, характерных для пациента.

На этапе стимуляции эмоционального реагирования на стрессовую ситуацию устанавливается контакт с пациентом, выявляется присутствие суицидальных мыслей и одновременно ведется поиск компенсаторных ресурсов психики пациента, способствующих преодолению сложившихся у него проблем, созданию позитивных представлений и выработке наиболее целесообразной линии поведения в сложившихся условиях. Наличие определенных качеств личности может быть рассмотрено как ресурс для преодоления стресса, связанного с болезнью. Затем проводится присоединение одного или нескольких ресурсов к тематике проблемного состояния, специфике психической травмы. Например, актуализация чувства стыда может быть полезной в преодолении повышенной раздражитель-

ности в ситуации отрицательной эмоциональной реакции. Даются ответы на возникшие у пациента вопросы. От результатов этих сеансов зависит не только успешность последующей психокоррекционной работы, но и сама вероятность того, что пациент захочет продолжить контакты с психологом. Также на этом этапе важную роль играет психологическое просвещение, в частности, с опорой на принципы когнитивно-бихевиоральной терапии. Таким образом, пациент узнает о наличии связи между эмоциями и физиологическим состоянием, о влиянии мыслей на эмоции и поведение, об особенностях механизмов психологической защиты и копинг-стратегий. Помимо этого, на данном этапе пациент может получать информацию об особенностях проводимой противораковой терапии.

На этапе принятия болезни и выработки адаптивных способов борьбы со стрессорами работа психолога должна быть направлена на обучение пациента управлению эмоциями, выработку у него адаптивных копинг-стратегий. Для этого используются техники когнитивно-поведенческой психотерапии. Пациент в процессе ролевого тренинга проигрывает в воображении предстоящие стрессовые события и свою реакцию на них, пробует использовать различные копинг-стратегии и выбирать наиболее эффективные из них.

Третий этап посвящен работе с неадаптивными когнициями и формированию установки на активную борьбу с болезнью. Помимо сугубо когнитивных техник (например, сократического диалога), здесь также используется техника планирования поведения, позволяющая пациенту достичь чувства контроля над собственной жизнью, а также метод позитивных психотерапевтических метафор по Н. Пезешкяну.

Четвертый этап посвящен закреплению и проверке в реальных условиях выработанных когнитивных и поведенческих навыков. На этом этапе можно дополнительно задействовать релаксационный и другие виды тренинга в зависимости от психологических проблем конкретного пациента. Во время релаксации пациент получает инструкции по представлению в воображении разрушения раковых клеток. Хотя данная техника неспособна прямо повлиять на динамику онкологического заболевания, многие авторы отмечают ее высокую эффективность при решении задач нормализации эмоционального состояния пациента и повышения чувства самоэффективности.

Наконец, на пятом этапе перед пациентом ставится задача осмысления болезни, изменения системы ценностей в связи с новой жизненной ситуацией. Здесь активно используются методы экзистенциальной психотерапии. Поскольку это за-

вершающий этап психотерапии, важно также оценить достигнутые положительные изменения и степень удовлетворенности клиента проведенной терапией. Кроме того, психолог помогает клиенту выбрать наиболее эффективные стратегии управления эмоциональным состоянием для самостоятельного использования.

Не менее полугодом после завершения программы психологической помощи один-два раза в месяц проводятся сеансы поддерживающей терапии. В качестве примера приведем описание работы с онкологической пациенткой (С., 45 лет, диагноз — рак молочной железы). В связи с болезнью С. испытывала чувства одиночества, страха перед будущим, вины и безысходности, страдала от депрессии и невозможности отвлечься от мыслей о своем недуге. Помимо этого, было выявлено отсутствие у пациентки близости с детьми и плохие отношения с супругом, обнаружены низкие уровни самоэффективности и самооценки, эмоциональная лабильность, неверие в положительное отношение других людей. Совместно с пациенткой был проведен поиск ресурсов совладания с кризисной жизненной ситуацией. С. в качестве таких ресурсов назвала волю и интеллект. Затем проводилось присоединение этих двух ресурсов к проблемному состоянию, связанному с наличием тяжелого заболевания, проходило представление в воображении и обсуждение с психологом того, как данные качества будут использоваться для борьбы со стрессом. В данном случае были использованы методы поддержки депрессивных и тревожных пациентов в преодолении стресса, предложенные Н. П. Захаровым [14]. Затем на основе когнитивно-бихевиоральной психотерапии пациентка была проинформирована о характере взаимосвязи негативных эмоций и процессов переработки информации, а также обучалась навыкам выявления автоматических негативных мыслей и точной квалификации своих эмоциональных состояний. Наконец, на этом этапе пациентка овладевала навыками релаксации (по методу Джекобсона). Так стимулировалось адекватное эмоциональное реагирование на стрессовую ситуацию.

На этапе принятия болезни С. при помощи психолога осуществляла позитивную реинтерпретацию ситуации болезни. Существующим в обществе отрицательным установкам относительно рака противопоставлялась система положительных представлений, например: «Собственные внутренние ресурсы организма могут бороться против рака, чем бы он ни был вызван», «Онкологическое заболевание не обязательно смертельно», «Лечение может быть союзником внутренних ресурсов организма». Для формулировки этих представлений были

заимствованы идеи К. и С. Саймонтон, а также притчи Н. Пезешкяна [4].

Содержанием третьего этапа явилась когнитивно-бихевиоральная терапия. Велась работа с неадаптивными когнициями, также формировалась мотивация к конструктивному поведению. Для этих целей был использован метод дневников. Анализ записей показал, что у пациентки часто возникают негативные мысли, связанные с физиологическими нарушениями (постоянная слабость, выпадение волос в результате химиотерапии), а также относительно нового, по ее мнению, социального статуса — «онкологической больной». Она часто испытывала чувства беспомощности и безнадежности, страхи возврата болезни, одиночества, потери работы. Оценивая свои чувства по 10-балльной шкале, С. оценила свое состояние как шоковое, с максимальной выраженностью негативных эмоций. Проводилась работа по модификации когниций, по замене их на более позитивные и в то же время реалистичные, например: «я ставлю перед собой ряд целей, позволяющих изменить ситуацию в мою пользу»; «я обладаю необходимыми для преодоления стресса ресурсами». Также на данном этапе С. обсуждала с психологом адаптивные и неадаптивные стратегии преодоления стресса. В частности, выяснилось, что типичной для пациентки неадаптивной копинг-стратегией является избегание, т. е. уход как от проблем, так и от контакта с окружающим миром.

На четвертом этапе внимание направлялось на повышение стрессоустойчивости, закрепление выработанных копинг-стратегий поведения в реальных психотравмирующих условиях, поддержание мотивации пациентки лечиться с верой и надеждой на хороший результат, знание способностей своего организма сопротивляться заболеванию. Закрепление адаптивных копинг-стратегий происходило в ходе многократного зрительного представления возможных стрессов и вариантов позитивного реагирования на них. Проводились ролевые тренинги, в которых разыгрывались различные психотравмирующие ситуации, во время которых пациентка реализовала отработанные модели адаптивного поведения.

На завершающем этапе терапии осуществлялась работа с мотивационно-потребностной сферой, включающая помощь пациентке в выработке новых целей и смысла жизни, в формировании новых жизненных планов в связи с фактом болезни. Теперь С. описывала свои планы на будущее в позитивном аспекте (приобретение уверенности в себе, отношение к болезни как к вызову судьбы, ценность жизни в окружении близких и родных).

Занятия с пациенткой проводились индивидуально, в виде сеансов продолжительностью один час. Всего потребовалось 16 встреч. Данные камамнеза свидетельствуют об устойчивых положительных результатах терапии. В частности, показатели по шкалам тревоги и депрессии после терапии существенно снизились и оставались такими длительное время, были сформированы новые, адаптивные навыки поведения, повысилась субъективная оценка качества жизни. Произошло переключение внимания пациентки на те области, активность в которых в настоящее время обеспечена большими ресурсами. Больная поняла, какие именно действия улучшают ее эмоциональное состояние. В дальнейшем С. может сознательно использовать эту информацию для управления своими эмоциями.

Таким образом, описанная нами программа, как представляется, будет способствовать улучшению качества жизни и повышению эффективности терапии онкологических пациентов.

Список цитированных источников

1. Володина, Л. Н. Типы отношения к болезни и возможные пути психокоррекции у пациенток с раком молочной железы / Л. Н. Володина, Б. Ю. Володин // Организация онкологической службы, лечение и реабилитация больных злокачественными опухолями основных локализаций: Материалы межрегион. науч.-практ. конф. — Рязань, 1996. — С. 28—30.
2. Бажин, Е. Ф. О медико-психологической работе в онкологических учреждениях: метод. рекомендации / Е. Ф. Бажин, А. В. Гнездилов, Г. П. Цейтина. — Л., 1987.
3. Зотов, П. Б. Суицидальное поведение онкологических больных / П. Б. Зотов, Г. А. Новиков, С. М. Уманский // Паллиативная медицина и реабилитация. — 1997. — № 4. — С. 25—29.
4. Саймонтон, К. Психотерапия рака / К. Саймонтон, С. Саймонтон. — СПб., 2001.
5. Шутценбергер, А. А. Тяжелобольной пациент (15-летний опыт применения психодрамы для лечения рака) / А. А. Шутценбергер // Вопр. психологии. — 1990. — № 5. — С. 94—106.
6. Eysenck, H. J. Cancer, personality and peptides / H. J. Eysenck // Cytobiol. Rev. — 1986. — Vol. 10, № 3.
7. Бихтимиров, Т. З. Медико-психологические и социокультурные основы онкологической клиники и паллиативной медицины: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Т. З. Бихтимиров. — СПб., 1999.
8. Чулкова, В. А. Психологические исследования личностных реакций на болезнь при раке молочной железы: автореф. дис. ... канд. психол. наук / В. А. Чулкова. — СПб., 1999.
9. An integrated psychological strategy for advanced colorectal cancer patients / P. Pugliese [et al.] // Health and Quality of Life Outcomes. — 2006. — Vol. 4. — P. 9.
10. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer / D. Spiegel [et al.] // Lancet. — 1989. — № 2. — P. 888—891.
11. Greer, S. Psychooncology: its aims, achievements and future tasks. / S. Greer // Psychooncology. — 1994. — Vol. 3, No 2. — P. 87—101.
12. Manne, Sh. L. Coping with Breast Cancer / Sh. L. Manne, J. S. Ostroff. — Oxford, 2008.
13. Русина, Н. А. Диагностика и коррекция онкологических больных с калечащими операциями / Н. А. Русина // Психология: современные направления междисциплинарных исследований. — М., 2003. — С. 236—250.
14. Захаров, Н. П. Психотерапия пограничных психических расстройств и состояний зависимости: практическое руководство для психотерапевтов / Н. П. Захаров. — М., 2004. — С. 53—58.

Дата поступления в редакцию: 05.04.2014 г.