

ФГУ НИИ онкологии
им. Н.Н.Петрова,
г.Санкт-Петербург

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В ОНКОЛОГИИ

В.А.Чулкова, В.М.Моисеенко

Онкологическое заболевание сопряжено с интенсивными и мучительными переживаниями больного, связанными с угрозой жизни, калечащим характером операции, тяжелым и длительным лечением, изменением социального статуса и материального положения.

Целостная картина любого заболевания, в том числе онкологического, возможна у врача лишь тогда, когда наряду с соматическим проявлением болезни учитывается ее психологический компонент, который, в основном, определяется отношением к болезни заболевшего человека и проявляется в виде различного рода его реакций на болезнь. Онкологическое заболевание несет в себе витальную угрозу. Как показывает опыт общения с онкологическими больными, неожиданность и непонятность возникновения и течения болезни способствуют восприятию ее больным как фатальное событие его жизни, его существования. Вследствие этого, у людей, как здоровых, так и больных, рак сопровождается такими предрассудками и мифами, которые усугубляют драматизм ситуации болезни. Онкологическое заболевание сопряжено с интенсивными и мучительными переживаниями больного, связанными с угрозой жизни, калечащим характером операции, тяжелым и длительным лечением, изменением социального статуса и материального положения. В этой связи системный подход к изучению и лечению рака требует обращения не только к соматическим, но и психологическим аспектам болезни. Иначе говоря, проблемы онкологии необходимо рассматривать во взаимосвязи с психологическими проблемами, которые присущи этому заболеванию. Можно выделить несколько психологических проблем, существующих в онкологии.

1. Психологические факторы, влияющие на возникновение рака

Разные современные теории развития злокачественных опухолей в сущности отражают лишь различные стороны единого процесса: свойственный любой живой клетке протоонкоген переходит при определенных условиях в активную фазу - онкоген, который и дает начало росту опухоли. Из этого делается вывод о генетической детерминации рака: он предопределен изменением генетического кода [12]. В этих теориях большое место в возникновении злокачественных заболеваний уделяется роли канцерогенных веществ и физических факторов, которые воздействуют на человека при неблагоприятных условиях жизни и приводят к развитию злокачественных опухолей. Однако весьма актуальным остается вопрос: достаточно ли только внешних, химических и физических, воздействий, какими бы мощными или продолжительно действующими они ни были, для изменения генетического кода? Играет ли патогенную роль в этих условиях психическое состояние самого человека и особенности его личности? Если не учитывать указанные психологические факторы, то во многих случаях трудно объяснить, почему одни люди болеют раком, а другие – нет. Ответ может дать психосоматический подход в медицине, который специально рассматривает влияние особенностей психического состояния или личностных особенностей на возникновение соматических дисфункций и болезней.

В настоящее время, согласно классификации ВОЗ, онкологические заболевания официально не имеют статуса психосоматических. Тем не менее, идеи влияния психического состояния или особенностей личности на возникновение рака витают в общественном, в том числе и медицинском, сознании. В психосоматической концепции возникновения злокачественных новообразований описывается следующий механизм влияния психологических факторов на возникновение рака: по мере невозможности разрешения человеком трудных жизненных

ситуаций, у него возникают чувства беспомощности, безысходности, отчаяния, которые запускают механизм депрессии. Длительно существующая депрессия оказывает влияние на работу иммунной системы, подавляя ее, что приводит к нарушению функций иммунного надзора. При этом нарушается и работа эндокринной системы: меняется гормональный баланс организма, увеличивается чувствительность к канцерогенным веществам. Нарушение гормонального равновесия, в свою очередь, вызывает рост атипичных клеток и снижает способность иммунной системы бороться с ними [7]. А.В. Гнездилов отмечает, что частым результатом депрессии бывает нежелание жить дальше и что сознательно каждый человек боится и не желает болезни, но подсознательное нежелание жить может запустить механизм болезни. Такой болезнью может быть и рак [2].

Практически любой обзор литературы о роли психологических факторов в возникновении онкологических заболеваний сообщает о наблюдениях и исследованиях, свидетельствующих о таком влиянии. Информация об этом содержится в работах Саймонтон К., Саймонтон С. [7], Greer S.[8], LeShan L. [9], Temoshok L. [10]. Выделим из них и обобщим несколько существенных, на наш взгляд, результатов исследований, которые указывают на существование связи психологического фактора и возникновения рака.

Обращают на себя внимание многочисленные клинические наблюдения, в которых указывается, что неприятные и тяжелые душевные переживания и страдания, неосуществившиеся желания или разочарования, переживания потери или утраты близких, лишения, длящиеся долгие годы, предшествовали возникновению онкологического заболевания у некоторых людей. Такие наблюдения, а позднее и специальные исследования, были известны давно: еще в XVIII – XIX веках о них сообщали врачи. В настоящее время отмечается также и то, что для людей, у которых впоследствии возникает рак, характерны не только более часто встречающиеся травмирующие жизненные события, но и более сильная психологическая реакция на них. Естественно, никто из людей в своей жизни не застрахован от сильных переживаний, например, в связи с утратой, горем. Однако не всегда такие переживания приводят к болезни, тем более к раку. Конечно, можно предположить, что это зависит от содержания такого рода переживаний, которые в настоящее время еще не достаточно изучены.

Следующим важным шагом в понимании связей между психологическими особенностями человека и вероятностью возникновения у него злокачественной опухоли явилась работа Э.Эванс «Исследование рака с психологической точки зрения». Несмотря на то, что ее исследование было проведено в 1926 году, оно не потеряло своего значения до сих пор, так как именно в ее работе впервые была предпринята попытка объяснения связи психологического фактора и возникновения рака. Э.Эванс полагала, что рак – это симптом наличия в жи-

зни больного неразрешенных проблем, связанных с отношением к себе и к другим людям. Так, в частности, она считала, что еще до начала развития болезни многие из обследованных ею больных относились к психологическому типу, склонному ограничивать и связывать себя лишь с каким-то одним человеком, объектом или ролью (например, с членом семьи, работой, домом), а не развивать собственную индивидуальную жизнь во всем ее многообразии. Когда такая ограниченная связь, на которой данный человек фиксирован, в силу разных причин разрушалась, то он, лишившись эмоционально значимой для себя связи, оказывался один на один с самим собой. При этом он не мог выстроить свою собственную жизнь вне связи со значимым человеком или объектом, так как у него отсутствовали навыки, позволяющие справиться с подобными ситуациями. Опасность таких особенностей интра- и интерперсональных отношений не только в том, что человек может лишиться своего «главного» отношения в жизни, но и в том, что даже если у него нет потери такого фиксированного, значимого отношения, то он, согласно нашим наблюдениям, еще задолго до болезни проживал «не свою жизнь», а «жил жизнью» других людей, чаще всего своих близких. Для онкологических пациентов характерно, что потребности других людей (членов семьи, друзей, интересы работы) они ставят на первое место, игнорируя при этом собственные, как не имеющие особой важности.

В дальнейшем появились работы, указывающие на роль ранней детской или юношеской, не пережитой психологической травмы у больных. В результате ее, психическая жизнь больных редуцировалась, что проявлялось в ограничении диапазона реагирования и способствовало созданию ригидных связей с окружающими, утрата которых приводила к отчаянию. Отчаяние не имело выхода: они переживали его «в себе», были не способны излить свою боль, обиду, гнев или враждебность на других. Присущая им ригидность, не позволяющая выйти за пределы стереотипов поведения, делала их зависимыми от окружающих и мешала строить отношения с ними на основе доверия к себе, признания ценности и уникальности своей собственной жизни. Описанные характерные особенности людей, для которых вероятность заболеть в дальнейшей жизни раком была выше, чем у других, определили тип личности «С» (в отличие от типа «А», свойственного кардиологическим больным): трудность в выражении негативных эмоций, особенно обиды и гнева, прилежность, конформность, социальная нормативность, согласие с авторитетами, забота о потребностях других людей.

И, наконец, указанные выше особенности личности больного формируют его повседневный образ жизни, его типичное и предпочитаемое поведение. При этом курение, злоупотребление алкоголем, переедание, нарушенные сексуальные отношения, которые относятся к факторам, способствующим возникновению онкологических заболеваний, являются подчас неконструктивными способами преодоления жизненных трудностей.

Таким образом, данных о том, что особенности психического состояния и личности человека сами по себе могут вызывать рак, в настоящее время нет, но имеются вполне убедительные подтверждения того, что они могут способствовать созданию и усилению неблагоприятных условий, при которых развивается онкологическое заболевание. В этой связи изучение психосоматических механизмов развития онкологических заболеваний расширяет представление об этиологии и патогенезе злокачественных опухолей. Оно позволяет рассмотреть и разработать новый подход к профилактике и лечению онкологических заболеваний, который будет учитывать роль психологических факторов и будет строиться на основе осознанного и ответственного отношения человека к своей жизни и своему здоровью.

2. Адаптация к заболеванию

Адаптация больного к онкологическому заболеванию состоит в возможности жить в условиях болезни. Проблема адаптации актуальна как для самого заболевшего, так и для тех, кто находится рядом с ним. Знание и понимание ситуации, в которой находится больной, особенностей его адаптации к ней позволяет врачу лучше понять то, что происходит с больным, его переживания и поведение в ситуации болезни для того, чтобы взаимодействие с больным было более эффективным и в полной мере соответствовало адекватному лечению.

Для понимания ситуации, в которой оказывается человек, заболевший раком, необходимо описать ее особенности. В настоящее время онкологическое заболевание, с точки зрения клинической психологии, относится к экстремальным и кризисным ситуациям, так как имеет свойственные таким ситуациям признаки: внезапность возникновения при наличии витальной угрозы, отсутствие контроля над ситуацией, стадийность протекания реакций на заболевание, неопределенность будущего, разрушение картины мира. Признаки, отличающие эти ситуации от других трудных жизненных ситуаций, создают совершенно особые переживания человека. Невозможно понять всю гамму и смысл переживаний онкологического больного, если не учитывать «заданность» этих переживаний самой ситуацией, которая квалифицируется как экстремальная и кризисная. По современным научным представлениям, экстремальные и кризисные ситуации определяются как внутренние психические состояния, сопровождающиеся переживаниями, предельными по своей интенсивности (то есть объему необходимой душевной работы). Общим для экстремальных и кризисных ситуаций является их опасность для личности человека, связанная с возможной психической травмой, следствием которой могут быть различные формы дезадаптации [1]. Вместе с тем, между экстремальными и кризисными ситуациями имеются различия.

Экстремальная ситуация возникает в ответ на чрезмерное давление на индивида внешних обстоятельств, которое превосходит его внутренние адаптационные возможности. При этом экстремальная ситуация не обязательно

бывает психотравмирующей. Чаще всего экстремальная ситуация воспринимается личностью как ситуация жизненного тупика, в котором привычные способы поведения, предшествующий опыт, жизненные цели и смысл обесцениваются, но в отличие от кризисной ситуации она не всегда носит личностный характер, требующий существенной перестройки системы отношений [1].

Психологический кризис - состояние индивида, возникающее вследствие ощущения внутреннего тупика, который блокирует привычное течение жизни. Кризисная ситуация представляет собой такой переломный момент в развитии личности, который связан с фрустрацией не только и не столько витальных потребностей, сколько с блокированием духовных потребностей и, прежде всего, в самоактуализации. При психологическом кризисе происходит утрата субъективного смысла жизни, важнейших ориентиров и ценностей, восстановление которых невозможно без коренной реконструкции личности [1].

Адекватным разрешением экстремальных и кризисных ситуаций является постепенное восстановление психического баланса. При этом человек не только восстанавливает душевный баланс, но и, интегрируя новый опыт, имеет шанс расширения идентичности и роста личности. Кроме того, при адекватном разрешении кризиса происходит переоценка и переосмысление жизненных ценностей, приоритетов, целей и жизненного смысла [4]. Невозможность адекватного выхода из этих ситуаций приводит к самым различным формам психической дезадаптации.

Такое деление переживаний человека, находящегося в чрезвычайно трудной жизненной ситуации, на экстремальные и кризисные состояния весьма условно. В действительности при описании переживаний человеком подобных ситуаций могут присутствовать элементы и экстремального, и кризисного состояний [4].

Онкологическое заболевание вызывает и обуславливает экстремальное и кризисное состояние заболевшего человека, разрушает привычное существование его и его семьи. Внезапность обнаружения заболевания, характерная для онкологического заболевания, пронзает все существо человека и вызывает шок. В связи с резко изменившейся ситуацией – был здоров, стал смертельно больной – у заболевшего возникает ощущение растерянности, тупика, обесценивания прежнего жизненного опыта. Известие об онкологическом диагнозе - это всегда информация о том, что человек смертен. Принятие такой информации сопровождается переживаниями, которые являются мучительными и предельными по своей силе. Страдания не позволяют человеку видеть выход из сложившейся ситуации, и у больного могут возникнуть мысли о суициде как о возможном «выходе» из тупика. Для определенной части больных такие мысли являются попыткой контроля своей жизни, который утрачивается в связи с болезнью: человек сам определяет, когда прекратить мучения. Онкологическому больному никто и никогда не может дать гарантии окончательного выздоров-

ления, вся его дальнейшая жизнь проходит под знаком неопределенности. Невозможность контролировать свою жизнь в болезни может приводить к потере жизненной перспективы, смысла жизни. При заболевании актуализируются экзистенциальные проблемы (конечность жизни, одиночество, смысл жизни), которые здоровыми людьми часто не осознаются, и в обычной жизни, до болезни, им нередко не уделяется внимание. Переживание экзистенциальных проблем придает душевным страданиям больного тягостный характер. Они проявляются в виде душевной боли, которую трудно описать словами. Экзистенциальное одиночество переплетается с социальной изоляцией: окружающие часто не знают, как себя вести, хотя и имеют готовность оказать помощь заболевшему. При этом сам больной порой не хочет принять предлагаемую ему помощь, поскольку находится в состоянии погруженности в свои переживания.

Сверхсильные и мучительные переживания разрушают представления человека о безопасном существовании и являются психологической травмой для него, которая может длиться долгие годы и носить разрушительный характер для психики и здоровья человека. Медикаментозное излечение не избавляет от страданий, душевные переживания не дают полноценно жить. После шока, вызванного сообщением о диагнозе, больному, чтобы существовать в изменившемся для него мире и принять болезнь, необходимо пройти несколько стадий: отрицание, агрессию, депрессию, попытку «сговора» с судьбой, принятие [5]. Каждая из стадий способствует продвижению больного в принятии болезни и при этом наполнена разными переживаниями. Темп продвижения по стадиям индивидуален для каждого больного.

Больные, переживающие ситуацию заболевания как экстремальную, отмечают изменение жизни в связи с заболеванием, им требуется напряжение всех внутренних сил, чтобы «удержать эту жизнь». При этом жизнь часто воспринимается как рутинная последовательность событий с неизвестным концом, значение которого прояснится с течением времени, лечебная терапия «еще одна из проблем», свалившаяся извне, «но жизнь продолжается». Больные живут надеждой, что «все образуется, главное перетерпеть», надо «полечиться, решить проблемы со здоровьем, и все нормализуется». Находясь в экстремальной ситуации, человек ощущает ее как чрезвычайно сложную и трагичную, которую нужно «перетерпеть, пока что-нибудь не изменится». Попытки жить привычной жизнью, удержаться за «старое» в изменившейся в связи с заболеванием жизненной ситуации приводят к увеличению напряжения, которое люди не всегда могут выдержать. Это может проявляться в «сломе», дезадаптации, выражающейся в фиксации на болезненных переживаниях, депрессии, суициде.

Другая часть больных переживает ситуацию заболевания как кризис. Для кризиса характерны те же ощущения, но при этом имеется чувство «переломности» момента, который открывает возможность, зачастую болезненную, пересмотра представлений о себе, «не могу жить

так, как жил, но как жить иначе, не знаю». Больные понимают, что уже не могут быть теми, кем были до болезни. У больного возникает острое ощущение Я, своей жизни. Все это проявляется болезненным переживанием внутренней разобщенности, отчуждением от окружающих. Вся предыдущая жизнь оказывается не конгруэнтной той реальности, в которой находится заболевший человек. Суть переживаний в кризисе состоит в том, что больной осознает: «Мне самому принадлежит главная роль, ситуация изменится, если я сам смогу измениться». Однако, чтобы появилось новое видение в кризисе, чтобы дать жизнь новому Я, надо расстаться с прежним, поэтому поиск мучителен и не всегда приводит к успеху: может не хватить сил, терпения, поддержки. Конструктивное разрешение кризиса возможно у тех, кто имеет мужество быть открытым для жизни: принимать ее такой, какая она есть. Человек, который преодолевает заболевание, достигает новой здоровой идентичности. Даже те, кому не суждено поправиться физически, по-другому начинают воспринимать жизнь. Больной постепенно строит свою жизнь, но уже с учетом заболевания. При этом происходят размышления о болезни, о ее месте и роли в жизни человека, переосмысление жизни. В этом процессе формируется ответственность человека по отношению к самому себе, к своему здоровью, возникает более реалистичное восприятие жизни, которое дает человеку перспективу.

В адаптации онкологического больного к заболеванию огромное значение имеет его отношение к болезни. На это отношение оказывает влияние экстремальность и кризисность самой ситуации, в которой оказывается человек в результате онкологического заболевания. Оно формируется в течение болезни и лечения. Можно сказать, что это процесс, имеющий определенную устойчивость и одновременно изменчивость, длящийся во времени, уточняющий и расширяющий представление самого больного о болезни.

Отношение к онкологическому заболеванию определяется восприятием и принятием диагноза, его значением для больного, ожидаемыми результатами и побочными эффектами (осложнениями) лечения, субъективной ценностью анатомической области тела. Оно оказывает влияние на отношение к лечению, на качество жизни после лечения и, по некоторым данным, на продолжительность жизни [6].

Отношение к болезни зависит от внутренней картины болезни заболевшего человека, в которой отражаются самые разнообразные компоненты, составляющие субъективную сторону заболевания.

Чувственный (телесный) компонент внутренней картины болезни онкологического больного представлен в виде ощущений физического дискомфорта и неблагополучия, болевых ощущений, их интенсивности. Обычно в течение жизни, до болезни, человек «отчуждается» от своего тела, игнорируя его, обращая на него мало внимания, сосредотачиваясь на других потребностях личности. Момент заболевания нередко становится для онколо-

гического больного «открытием» своей телесности. Ипохондричность, обеспокоенность состоянием своего тела отражает процесс освоения больным пространства болезни и является закономерной реакцией в ситуации заболевания, связанного с витальной угрозой. В отсутствие доступной для больного информации о заболевании, учитывая непредсказуемое течение болезни, любая физическая симптоматика, тем более болевые ощущения воспринимаются онкологическим больным угрожающими его жизни.

Интеллектуальный компонент внутренней картины болезни онкологического больного содержит представления и знания о болезни, размышления о ней больного. Рак для больного – это одна из самых сложных, непонятных, таинственных и неопределенных болезней. Возможность осмысления онкологического заболевания ограничена может быть еще и тем, что у людей всегда присутствует страх перед раком. Этот страх нередко приводит к тому, что люди не хотят ничего знать об этом заболевании и бессознательно защищаются от него с помощью «отрицания» и «вытеснения». Однако большинство онкологических больных хотят иметь информацию о заболевании, чтобы контролировать свою жизнь. Наблюдается некоторое противоречие: «желание знать» и «страх знать», которое разрешается таким образом, что больной «желает знать» только «благоприятную» для себя информацию. Заболевание имеет такую сложную природу, что отличить «благоприятную» информацию от «неблагоприятной» довольно трудно. На интеллектуальный компонент внутренней картины болезни оказывают влияние установки общества на онкологическое заболевание и информация о болезни, полученная из самых различных источников, включая средства массовой информации, литературу и общение с другими людьми. На основе такой информации происходит оценка больным своего заболевания как опасного, угрожающего или нет. Отсутствие адекватной информации создает неопределенность, которая усиливает тревогу.

Эмоциональный компонент внутренней картины болезни онкологического больного включает в себя прежде всего страх смерти, боли и всех тех разнообразных потерь и изменений в жизни, которые влекут за собой заболевание раком. Эмоциональный компонент внутренней картины болезни включает также и другие негативные эмоции: беспокойство, тревогу, обиду, гнев, чувство вины и стыда и эмоциональные состояния агрессии и депрессии. Эти эмоции и эмоциональные состояния возникают в ответ на интеллектуальную оценку заболевания и могут быть обусловлены как отдельными симптомами, так и заболеванием в целом, его продолжительностью и осложнениями. Тревога и депрессия, часто испытываемые онкологическим больным, являются показателями душевной боли, они всегда усиливают физическую боль.

Мотивационный-волевой компонент внутренней картины болезни онкологического больного играет ведущую роль во всей внутренней картине болезни, так как от это-

го компонента зависит то, как больной будет строить свою жизнь в контексте своего заболевания. Он проявляется как через бессознательное человека, так и в его осознанном поведении, направленном на выздоровление, избавление от страданий, восстановление физического и душевного здоровья или не способствующее ему. Мотивационный-волевой компонент внутренней картины болезни выражается в надежде и терпении в условиях как ожидания положительного результата лечения, так и негативного проявления болезни и лечения. Нередко вербально выражаемые мотивы выздоровления и преодоления болезни не соответствуют реальным установкам больного. В начале болезни контроль ситуации больной передает врачу, но чтобы действительно поправиться, внешнего контроля недостаточно, необходим внутренний контроль, то есть собственный. Указанное обстоятельство приводит больного к необходимости обдумывать значение болезни, ее смысл и смысл своей жизни, чтобы в соответствии с этим жить в условиях болезни. Это трудно, непривычно, так как требует душевной работы. Влияние болезни на личность почти всегда отрицательное. Однако отрицательное влияние можно преодолеть путем придания своему заболеванию личностной значимости: творческая переработка экзистенциальной ситуации заболевания может сделать личность более глубокой [3].

Совокупность компонентов внутренней картины болезни формирует широкий спектр психологических реакций онкологического больного на заболевание. Психологические реакции на заболевание меняются в зависимости от стадий принятия болезни (см. выше), на каждой из них больным решаются свои психологические задачи, и каждая из стадий характеризуется преобладающим типом реагирования. На стадии отрицания наблюдается в основном анозогнозический тип реагирования, который является психологической защитой для больного. Стадия агрессии характеризуется дисфорическим, обвиняющим типом реагирования. Стадия депрессии свойственен депрессивный, тревожный тип реагирования. На стадиях агрессии и депрессии больной испытывает сильные чувства, страдает. Только после проживания страдания, когда сильные чувства проявились и были выражены, у него снижается психологическое напряжение. Все реакции необходимы, так как, благодаря им, происходит переживание и принятие болезни. На стадии принятия формируется новая идентичность личности: заболевший человек идентифицирует себя с «больным», что свидетельствует об интеллектуальном, которое происходит раньше, и об эмоциональном, наступающим позже, принятии болезни больным и что позволяет ему активно и ответственно лечиться. Эта идентичность личности больного может сохраняться до обострения или рецидива заболевания. При их наступлении адаптационные механизмы личности больного начинают снова работать в поиске новой идентичности. Иначе говоря, прохождение стадий принятия болезни запускается вновь.

Таким образом, болезнь изменяет окружающий и внутренний мир онкологического пациента, разрушая его картину мира. Человек оказывается в каком-то новом для себя пространстве. Пространство болезни – это часть жизни онкологического больного, которая влияет на течение его жизни в других сферах и нередко определяет качество жизни и даже количество прожитых лет [6].

Существенные психологические проблемы у онкологического больного связаны с его семьей. Именно семья во многом способствует адаптации больного к онкологическому заболеванию. Члены семьи могут поддержать больного в его стремлении поправиться, а могут и, наоборот, усугубить тяжесть его психологического, а вследствие этого, и физического состояния. Диагноз «рак» является психотравмирующим как для больного, так и для его семьи. Жизнь рядом со страдающим человеком вызывает у родственников разные и часто противоречивые чувства: надежда и желание спасти сменяются чувствами беспомощности и безысходности, за которыми могут следовать чувство вины, отчаяние и даже злость. Родственники больного, полностью сосредоточенные на проблеме болезни своего близкого, часто не осознают эти чувства и их противоречивость. При этом за невниманием родственников больного к своим собственным психологическим проблемам стоит страх утраты и страх собственной смерти. Обесценивая собственные чувства, родственники больного также не позволяют страдать и выражать сильные чувства ему, хотя больной в этом нуждается. Нередко близкие строят отношения с онкологическими пациентами (особенно молодого возраста) на основе гиперопеки, которая лишает больного ответственности за свою жизнь и порождает ссоры. Больные часто чувствуют вину перед близкими за то, что заболели, которую усиливает давление со стороны родственников, заключающееся в подчеркивании ими слабости и несостоятельности больного. Иногда в семье формируются эмоционально-созависимые отношения, сглаженные в обычной жизни и ярко проявляемые во время болезни.

Таким образом, онкологическое заболевание ставит под угрозу уклад и стиль жизни всей семьи, обостряет внутрисемейные конфликты, в том числе проблемы сепарации и автономии.

Отношения врача и больного при онкологическом заболевании даже больше, чем при любом другом, имеют существенное значение для лечения больного и его адаптации к заболеванию. Это обусловлено тем (о чем уже было сказано выше), что онкологическое заболевание создает экстремальную и кризисную ситуацию для больного, которая наполнена его мучительными и сверхсильными переживаниями, требующими огромной душевной работы для разрешения экзистенциальных и

других психологических проблем. Врач оказывается тем человеком, который наиболее компетентно и в наибольшей степени адекватно может помочь больному существовать в этой ситуации. От его слов и действий во многом зависит сама жизнь больного.

Однако новые, высокотехнологичные методы диагностики и лечения онкологических больных сосредотачивают внимание врача на проводимом лечении, и он чувствует ответственность только за результат лечения. При этом психологическая сторона заболевания: личность самого больного, его переживания и психоэмоциональное состояние, оказывающие влияние на лечение, учитываются врачом не в достаточной степени [11].

Кроме того, онкологический больной, конечно же, нуждается в своевременной и качественной медицинской помощи, но ему необходима также и психологическая помощь врача, которая состоит в понимании эмоционального состояния и переживаний онкологического больного и в оказании ему эмоциональной поддержки.

Одной из самых сложных психологических проблем взаимодействия врача с онкологическим больным является информирование больного, особенно в тех случаях, когда больной действительно хочет иметь информацию о болезни. Наличие достаточной информации помогает больному (об этом указывалось выше) в формировании адекватного отношения к болезни. Скучная информация о заболевании (например, больному сообщается только диагноз), избегание вопросов, касающихся лечения и состояния больного, усиливают его тревогу, порождают страхи и могут создавать или усиливать симптомы болезни. По нашим данным, практически все больные признают руководящую роль врача в лечении – это и есть признак того, что больные сами не контролируют ситуацию заболевания и лечения. Обсуждение врача с больным плана лечения, информирование о целях проводимых исследований и процедур создает у больного ощущение контроля над ситуацией, он чувствует, что и сам участвует в лечении.

Адекватное, с учетом личности и эмоционального состояния больного, информирование о заболевании способствует формированию ответственного отношения онкологического больного к лечению и к своей жизни и дает ему почувствовать свою психологическую силу и свое значение в решении важных для него проблем.

Таковы некоторые психологические проблемы в онкологии. Для их практического решения необходимо создание специализированной психологической службы, предназначенной для психологической помощи онкологическим больным и их родственникам, и также необходимо создание специальной системы психологической подготовки врачей-онкологов.

Литература

1. Бочаров В.В., Карпова Э.Б. Психодинамика профессионального взаимодействия при оказании помощи в кризисных и экстремальных ситуациях // Актуальные проблемы клинической психологии и психофизиологии: Анальские чтения – 2004: матер.научно-практ. конф. СПб университета. – 2004. – С. 54-59.

2. Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь // СПб: «Речь». – 2002. – 237 с.
3. Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. Психология отношений. Концепция В.Н.Мясищева и медицинская психология // СПб: «Сенсор». – 1999. – 76 с.
4. Карпова Э.Б., Чулкова В.А. Онкологическое заболевание как психологический кризис // Ананьевские чтения – 2007: матер.научно-практ. конф. СПб университета. – 2007. – С. 556-557.
5. Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании: пер. с англ. // К.: «София». – 2001. – 320 с.
6. Моисеенко В.М., Чулкова В.А. Психоонкология // Пособие для врачей. – СПб. – 2007. – 38 с.
7. Саймонтон К., Саймонтон С. Психотерапия рака: пер. с англ. // СПб: «Питер». – 2001. – 286 с.
8. Greer S. Psycho-oncology: its aims, achievements and future tasks // Psycho-Oncology. – 1997. – Vol. 3. – № 5. – P. 87-101.
9. LeShan L. Psychological states as factors in the development of malignant disease: a critical review // J. Natl. Cancer Inst. – 1959. – 22. – P. 1-18.
10. Temoshok L. Personality, coping style, emotion and cancer: towards an integrative model // Cancer Surv. – 1987. – Vol. 6. – №3. – P. 545-567.
11. Thome S.E., Bultz B.D., Baile W.F. Is There a Cost to Poor Communication in Cancer Care?: A Critical Review of the Literature // Psycho-Oncology: special issue: Patient-Professional Communication. – 2005. – Vol. 14. – № 10. – P. 875-884.
12. <http://www.niioncologii.ru>