

Эти сложные пациенты: как с ними взаимодействовать?

Внутренняя картина болезни онкологического пациента

Пациент с онкологическим заболеванием – всегда особенный. Не только потому, что рак – это тяжелая патология, которая требует длительного лечения, сопровождающегося развитием серьезных побочных эффектов, и, несмотря на усилия врачей, зачастую приводит к смерти больного. А еще и потому, что такой пациент почти всегда одинок в своих переживаниях, даже если у него есть семья и близкие, ведь об онкопатологии в нашем обществе не принято говорить вслух. Мы стараемся избегать даже упоминания о раке, предпочитаем жить в мире, где нет места этому заболеванию. Именно поэтому, услышав диагноз в отношении себя или своих родных, человек испытывает шок и не знает, что с ЭТИМ делать. Задача врача – оказать пациенту психологическую поддержку и настроить его на конструктивное взаимодействие.

От того, как пациент воспринимает себя и свою болезнь, будет зависеть его настроенность на успешное излечение, выполнение рекомендаций лечащего врача, поведение в стационаре и даже прогноз заболевания. Отражение болезни в переживаниях человека принято определять понятием «внутренняя картина болезни», которое в настоящее время широко используется в медицинской психологии. Это понятие объединяет ряд составляющих: то, что чувствует и переживает пациент, его общее самочувствие, самонаблюдение, представления о своей болезни и причинах ее возникновения, формирующиеся в зависимости от типа личности, уровня интеллекта и образования больного, его образа жизни и предыдущего опыта.

Внутренняя картина болезни всегда субъективна. Для каждой возрастной группы существует своя градация тяжести заболевания. Так, в подростковом возрасте наиболее тяжелые психологические реакции могут быть вызваны не патологиями, которые являются объективно тяжелыми, угрожающими жизни с медицинской точки зрения, а теми, которые изменяют внешний вид человека, делают его непривлекательным. Лица зрелого возраста психологически тяжело будут реагировать на хронические и инвалидизирующие заболевания, которые ограничивают трудоспособность, формируют зависимость от окружающих людей. Лица пожилого и старческого возраста наиболее тяжело переносят болезни, которые приводят к ограничению свободы передвижения и смерти.

Таким образом, реакция пациента на заболевание зависит от темперамента, эмоциональности, возраста, способности переносить боль, мировоззрения и других личностных характеристик. Осведомленность врача в отношении типа реагирования больного позволяет подобрать адекватную стратегию взаимодействия с ним и его семьей, использовать соответствующие способы общения, мотивирования к лечению.

Типы реагирования на болезнь разделяют на адаптивные и дезадаптивные. Пациенты с адаптивными типами реагирования являются наиболее «легкими» для взаимодействия: они, как правило, адекватно воспринимают этапы своей болезни, с доверием

относятся к врачу, сотрудничают с ним и выполняют рекомендации. После установления диагноза и назначения лечения все их действия направлены на достижение скорейшего выздоровления. К адаптивным типам реагирования на болезнь относятся следующие.

- **Гармоничный.** Для этого типа реагирования характерна трезвая оценка своего состояния без склонности как преувеличивать, так и недооценивать его тяжесть. Пациенты с гармоничным типом реагирования стремятся активно содействовать успеху лечения. Как правило, они не любят обременять других тяготами ухода за собой и в результате часто оказываются в одиночестве. В случае инвалидизации их интересы переключаются на те области жизни, которые остаются доступными больному. При неблагоприятном прогнозе пациенты с таким типом реагирования сосредотачивают внимание на заботах, интересах, судьбе близких, своего дела. Таким больным следует объяснять особенности течения их заболевания и процессов, которые происходят в организме. Это уменьшает тревогу и дает ощущение контроля над заболеванием. Врач должен убедить больного в необходимости принимать помощь от близких и просить их о такой помощи. В противном случае у пациента происходит физическое и эмоциональное истощение, быстро присоединяются депрессивные симптомы, появляются ощущение безысходности.

- **Эргопатический.** Для этого типа реагирования характерен «уход от болезни в работу». Даже при тяжелом течении онкологического заболевания, интенсивном болевом синдроме, ограничении физической активности такие пациенты стараются во что бы то ни стало продолжать трудовую деятельность. Они работают с гораздо большим рвением, чем до болезни. Отдавая все время работе, они могут не уделять должного внимания лечению: на него просто не остается времени. В этом случае врач должен контролировать соблюдение пациентом рекомендаций: звонить ему, приглашать его на повторные посещения чаще, чем пациентов с другими типами реагирования на болезнь; разъяснять, чем чревато несоблюдение рекомендаций. Запрещать работать таким больным не следует: труд является для них своеобразной психотерапией, и в отсутствие активной трудовой деятельности они быстро впадают в депрессию.

- **Анозогнозический.** Для больных с таким типом реагирования характерно активное вытеснение мыслей о болезни и возможных ее последствиях, отрицание очевидных проявлений патологии. Чаще всего такие пациенты считают явную симптоматику онкологического заболевания «случайным совпадением» или объясняют ее наличием другой, менее серьезной проблемы со здоровьем. Чаще всего они отказываются от дополнительных обследований и лечения, а если и соглашаются, то нарушают режим и рекомендации лечащего врача. С такими пациентами врач должен проявить твердость, но не настаивать на окончательности диагноза. Отрицание онкологического заболевания для таких пациентов – защитная реакция, не стоит ее разрушать. Именно с этими пациентами следует употреблять «иносказательные» описания патологического процесса (использовать термины «предрак», «начальные изменения»), акцентировать внимание на том, что обследование и лечение помогут избежать трансформации заболевания в рак или его тяжелую форму.

Пациенты с дезадаптивным типом реагирования на болезнь, как правило, тяжело идут на контакт. С ними трудно взаимодействовать: они требуют дополнительного времени, внимания, зачастую конфликтны и агрессивны в общении с медицинским персоналом. Но знание психологических основ такого типа поведения пациента позволит

врачу лучше понять потребности больного, его ожидания, страхи и эмоциональные реакции, поможет оптимально организовать процесс взаимодействия с ним, использовать определенные инструменты влияния. К дезадаптивным типам реагирования на болезнь относятся такие.

- **Тревожный.** Для пациентов с этим типом реагирования характерно непрерывное беспокойство и мнительность: они боятся неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений и неэффективности лечения. В результате даже после того, как им был установлен диагноз, они склонны обращаться к другим специалистам, иногда даже к шарлатанам, искать альтернативные методы лечения. Таких пациентов более интересуют объективные данные о болезни (результаты анализов, заключения специалистов), чем собственные ощущения. Поэтому они предпочитают выслушивать мнения других, чем без конца предъявлять свои жалобы. Врачу при общении с такими пациентами следует вести себя авторитарно: подчеркивать свою профессиональную состоятельность и значимость, акцентировать внимание на большом врачебном опыте (участии в конференциях, наличии наград и ученых степеней, количестве излеченных больных и т. д.). Это способствует «передаче ответственности» со стороны пациента и, как результат, снижению тревоги.

- **Ипохондрический.** В отличие от пациентов с тревожным типом реагирования для больных этого типа характерна сосредоточенность на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях, о которых пациент постоянно рассказывает окружающим и прежде всего – врачу. Больные с таким типом реагирования склонны преувеличивать негативные ощущения от болезни, побочное действие лекарств, болезненность диагностических процедур. Как правило, именно эти пациенты отрицают больше всего времени у врача. В общении с ними эффективным бывает признание значимости их «страданий», при этом следует подчеркивать авторитет врача. Такие больные хорошо реагируют на плацебо, и назначение безвредных препаратов может купировать большинство их жалоб.

- **Неврастенический.** Для таких пациентов характерно поведение по типу «раздражительной слабости»: у них часто случаются вспышки раздражения, особенно при болях, неприятных ощущениях, неудачах лечения, неблагоприятных данных обследования. Негативные эмоции при этом нередко изливаются на первого попавшегося, после чего больной испытывает раскаяние. Именно эти пациенты тяжелее всего переносят боль, они нетерпеливы, не способны долго ждать эффекта от лечения, что негативно сказывается на результатах терапии, особенно при онкологических заболеваниях. В общении с такими пациентами для врача важнее всего сохранять спокойствие, не поддаваться на провокации со стороны пациента и одновременно с этим сохранять уверенность в благоприятном исходе и доброжелательный настрой, что способствует скорейшему завершению вспышки раздражения у пациента. В целом у больных с неврастеническим типом реагирования сохраняется хорошая приверженность к лечению.

- **Меланхолический.** Для пациентов с этим типом реагирования характерна удрученность болезнью, неверие в выздоровление и эффективность лечения, активные депрессивные высказывания вплоть до суицидальных мыслей. Пациенты обнаруживают пессимистический взгляд на свою болезнь и жизнь в целом, производят тягостное впечатление на окружающих и лечащего врача. Как правило, эти больные послушно выполняют рекомендации. Эффективным является

мягкое, неагрессивное общение с ними, в противном случае они «замыкаются» и часто отказываются от лечения.

- **Эйфорический.** Для пациентов с этим типом реагирования на болезнь характерно необоснованно повышенное настроение, нередко наигранное; пренебрежение, легкомысленное отношение к болезни и лечению, надежда на то, что «все обойдется». Такие пациенты легко нарушают режим, хотя это неблагоприятно сказывается на течении болезни, не выполняют рекомендаций врача, если те кажутся им слишком сложными. При общении с такими пациентами врачу следует быть авторитарным, жестким, допустимо преувеличение тяжести состояния. При невыполнении рекомендаций следует предупреждать об отказе врача продолжать лечение такого больного. Как правило, это отрезвляюще действует на пациента и способствует эффективному выполнению лечебных мероприятий.

- **Апатический.** Для таких пациентов характерно полное безразличие к своей судьбе, исходу болезни, результатам лечения. При настойчивом побуждении со стороны они могут пассивно подчиняться и получать необходимые процедуры и лечение.

- **Обессивно-фобический.** Для больных с этим типом реагирования характерна тревожная мнительность, причем опасения зачастую касаются не реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а также возможных (но малообоснованных) проблем в работе, семейной и общественной жизни, связанных с болезнью. Воображаемые опасности волнуют этих пациентов больше, чем реальные. Защитной реакцией при этом становятся приметы и ритуалы. Врач может усиливать этот эффект, подчеркивая: все будет хорошо, если выполнять определенные требования, соблюдать диету и т. д.

- **Сенситивный.** При этом типе реагирования характерна чрезмерная озабоченность возможным неблагоприятным впечатлением, которое на окружающих могут произвести сведения о болезни. Пациенты боятся, что окружающие станут их избегать, считать неполноценными, будут пренебрежительно или с опаской относиться к ним, распускать слухи или неблагоприятные сведения о причине и природе болезни. Этим пациентам врач должен разъяснять, что онкологическое заболевание – не приговор и не удел «избранных», это может произойти с каждым; одновременно следует предоставлять доказательства успешного излечения от рака.

- **Эгоцентрический.** Для таких пациентов характерен «уход в болезнь», выставление напоказ близким и окружающим свои страдания и переживания с целью полного завладения их вниманием. Эти больные требуют исключительной заботы от врачей, медсестер, членов семьи, а в других пациентах, также требующих внимания и заботы, видят «конкурентов» и относятся к ним неприязненно. С эгоцентричными пациентами врачу следует вести себя авторитарно, не поддаваться на провокации даже при агрессивной реакции.

- **Паранойальный.** Пациенты с таким типом реагирования уверены, что их болезнь – результат чьего-то злого умысла, «сглаза» и т. д. Для них характерна крайняя подозрительность к лекарствам и процедурам. При взаимодействии с такими пациентами сложности возникают из-за постоянного стремления последних приписывать возможные осложнения лечения и побочные действия лекарств халатности или злему умыслу врачей и персонала; отсюда обвинения в адрес медиков и требование «наказать виновных». Это один из самых неприятных типов реагирования. Эффективными во взаимодействии с этими пациентами будут авторитарность, спокойствие, письменное подтверждение сделанных процедур и наличие плана дальнейшего лечения.

Важно помнить, что пациент, даже демонстрируя полное безразличие к исходу лечения, больше всего хочет услышать от врача слова надежды, которые укрепили бы его веру в благоприятный исход болезни.

Подготовила Татьяна Спринсян

