

Подготовка студентов-психологов к работе с терминальными больными (в рамках специализации «Психологическая реабилитация»)

А. М. Щербакова,

кандидат педагогических наук, старший научный сотрудник, заведующий кафедрой психологической реабилитации, профессор факультета клинической и специальной психологии Московского городского психолого-педагогического университета (psy-rehab@yandex.ru)

В статье описывается одна из технологий подготовки психологов-реабилитологов: «семинар-погружение», нацеленный на лучшее понимание будущими психологами внутреннего состояния и проблем терминальных больных, а также их родственников и медицинского персонала. Этот способ обучения разработан на кафедре реабилитационной психологии Института психологии университета Альберт-Людвиг (Фрайбург, Германия) и передан кафедре психологической реабилитации МГППУ в рамках сотрудничества. Отмечается, что участие в семинаре позволяет студентам актуализировать собственный опыт и переживания, а также помогает понять проблему смерти и умирания с позиции больного и окружающих его лиц. Подчеркивается, что подобный формат работы требует внимания к эмоциональной безопасности участников и высокого уровня подготовки ведущих в области психотерапии. Показана структура семинара, приведены примеры обсуждаемых вопросов и заданий для практического выполнения. Особо подчеркивается, что обращение к проблеме смерти в достаточной мере табуировано в современной культуре, и обращение к этой теме является весомым вкладом в формирование профессиональной компетентности психолога-реабилитолога.

Ключевые слова: психологическая реабилитация, терминальные больные, проблемы смерти и умирания, подготовка психологов-реабилитологов.

Разработка в МГППУ направления «Психологическая реабилитация и коррекция» началась в 2007 году в рамках реализации национального инновационного проекта «Образование». Мероприятия проекта включали в себя, среди прочего, отбор эффективных методик и технологий психолого-реабилитационной работы; разработку (включая адаптацию зарубежных образцов) учебно-методических материалов; организацию стажировок профессорско-преподавательского состава. Одним из партнеров рабочей группы факультета клинической и специальной психологии по направлению «Психологическая реабилитация и коррекция» стала кафедра реабилитационной

психологии Института психологии университета Альберт-Людвиг (Фрайбург, Германия). Система подготовки психолога-реабилитолога на этой кафедре ориентирована на подготовку специалистов в области реабилитации пациентов с тяжелыми соматическими, в том числе онкологическими заболеваниями. Выбор именно этих групп пациентов продиктован научно-практическими интересами и возможностями сотрудников кафедры. Программа обучения нацелена на активное развитие практических навыков и готовит студентов к работе в междисциплинарной бригаде. Особенностью такой подготовки является акцент на оценке и коррекции социального функционирования пациента в рамках концепции *Recovery*.

Психотерапевтическая подготовка, в первую очередь в рамках когнитивно-поведенческой психотерапии, во Фрайбургском университете осуществляется на этапе постдипломного образования. При этом технологии поведенческой психотерапии, в частности ролевого тренинга, используются в основных обучающих программах. Несомненный интерес представляют тренинги-погружения, нацеленные на лучшее понимание будущими психологами внутреннего состояния и проблем клиентов. Подобные ворк-шопы, предлагающие студентам идентифицировать себя с определенной группой пациентов, например пациентов с онкологическими заболеваниями, помогают понять проблему «изнутри», одновременно повышая профессиональную компетенцию будущих специалистов. Однако такой формат работы требует внимания с позиции эмоциональной безопасности участников и высокого уровня подготовки ведущих в области психотерапии.

Стажировка на кафедре реабилитационной психологии во Фрайбурге в 2008 году позволила нам увидеть, что в процессе обучения будущих специалистов здесь большое внимание уделяется отреагированию эмоций самих студентов при общении с людьми с ограниченными возможностями здоровья, рефлексии собственных чувств по отношению к больным людям и их проблемам. Обучение студентов работе с терминальными больными вызвало у нас большой интерес, поэтому при подготовке ответного визита наших партнеров из Фрайбурга, запланированного в рамках сотрудничества с открытой на факультете клинической и специальной психологии кафедрой психологической реабилитации МГППУ, подробное рассмотрение этой технологии обучения было оговорено отдельно. В апреле 2010 года коллеги из Фрайбурга – зав. кафедрой профессор Ю. Бенгель и приват-доцент О. Миттаг – прочитали цикл лекций, отражающих основные подходы к психологической реабилитации соматических больных в Германии, а также продемонстрировали отдельные методики обучения студентов. Большой интерес представили лекция и семинар на тему «Обхождение с тяжело- и смертельно больными» (*Umgang mit Schwer- und Todkranken*), продемонстрировавшие авторскую модель подготовки студентов к работе с терминальными пациентами и их родственниками.

Важно отметить, что семинар проводится на выезде, для чего Фрайбургский университет имеет загородную базу, где студенты находятся в течение трех дней. Работа проводится в неформальной обстановке и предполагает максимальную открытость. Наряду с преподавателем-ведущим в нем принимают участие преподаватели-ассистенты, осуществляющие работу в малых группах и индивидуальное сопровождение.

Данный семинар имеет модульную структуру. Его план предусматривает:

- ◆ предварительное выяснение опорных знаний и представлений участников о проблеме;
- ◆ рассмотрение аспектов непосредственного общения со смертельно больными пациентами, роли родственников и членов семьи пациента;
- ◆ обсуждение психологических проблем медицинского персонала, ухаживающих за тяжело и смертельно больными пациентами.

Здесь студенты знакомятся с методом активного слушания К. Роджерса, осваивают ряд иных техник взаимодействия с субъектами реабилитационного процесса. В заключительной части работы семинара его материалы обобщаются и практически применяются в учебных проблемных ситуациях.

Семинар начинается с того, что с самого начала руководитель задает **правила общения участников** между собой. В частности, среди этих правил важное место занимают следующие:

- ◆ говорить для себя, а не для других;
- ◆ стремиться как можно более полно и наглядно описывать предмет сообщения, выясняя при этом, верно ли понимает аудитория высказывание;
- ◆ реагировать, т. е. не оставлять без внимания высказывания слушателей семинара.

Правила не только заявляются, но участникам обязательно объясняется их значение. Так, например, после выделения правил студентам объясняется следующее:

- ◆ когда участник семинара выражает свои мысли и эмоции и говорит это для себя, он демонстрирует, что не боится брать на себя инициативу в группе при выражении собственного мнения;
- ◆ если участник семинара полнее и нагляднее объясняет то, что хочет сказать, другим участникам семинара будет проще его понять. Там, где важную роль играют чувства, озвученная информация будет более доступна для аудитории;
- ◆ стремление выяснить адекватность понимания сообщения со стороны слушателей, а также обязательное реагирование на их реплики свидетельствуют об уважительном отношении к собеседникам,

заинтересованности во взаимопонимании и нахождении общих точек соприкосновения.

После работы с правилами ведущий семинара обращается к **личному опыту участников семинара**, переживших смертельную болезнь и/или смерть близких. Здесь необходимо учитывать, что тема смерти и умирания в современном обществе табуирована. Многие студенты впервые получают возможность открыто обсуждать ее, что актуализирует их собственные переживания, страхи и мифы, связанные с ней. Поэтому, с одной стороны, очень важно внимательно отслеживать состояние участников семинара, оказывать им необходимую помощь, чтобы испытываемые чувства не оказались для них разрушительными. С другой стороны, обсуждение должно быть четко структурированным, а вопросы и информация заранее подготовленными.

Так, например, обсуждая значение смерти и умирания в обществе, участники семинара получают следующую информацию и вопросы:

- ◆ число тех, кто умирает в больницах, в настоящий момент достигает в среднем по Германии 60 %. Как это влияет на уход и общение с тяжело или смертельно больными, находящимися дома?
- ◆ как изображаются тяжелые болезни и смерть в СМИ (в печати, на радио, по ТВ, в кинофильмах)?
- ◆ каким образом могут помочь сегодня религиозные убеждения человеку, столкнувшемуся с такой ситуацией?
- ◆ эвтаназия – аргументы за и против.

Далее участники семинара рассматривают **содержание** своего собственного **профессионального обучения** с точки зрения возможности получить знания о психологических аспектах умирания и смерти, дают ему оценку и высказывают свои пожелания. Уточнить свои представления, что и как происходит в стационаре в случае поступления туда терминального больного, студентам помогают специальные вопросы.

Проведенная работа создает основу для **попытки понять позицию врача**. В качестве задания по этому разделу участники семинара получают историю болезни пациентки и другие сведения, благодаря которым им становится понятен неблагоприятный прогноз. Ведущий предлагает участникам представить себя в роли лечащего врача, подумать, как каждый мог бы улучшить состояние пациентки. Студенты пытаются ответить для себя в немногих словах на следующие вопросы:

- ◆ сообщили бы вы пациентке N о всей серьезности ее заболевания? (1) – да; (2) – нет.
- ◆ коротко обоснуйте свой ответ: _____
- ◆ как бы вы начали такой разговор?

- ◆ как врач, сообщающий и разъясняющий пациенту его диагноз, я бы имел следующие трудности при этом сообщении: _____

Вслед за этим ведущий приводит аргументы и освещает правовые аспекты **проблемы сообщения диагноза**.

Вот как это выглядит.

1. Большинство пациентов даже незадолго до смерти бывают в состоянии разговаривать. Так, согласно результатам исследований, оказалось, что 70 % умирающих за 24 часа до смерти полностью ориентируются в пространстве и во времени, 25 % из них за 15 минут до смерти сохраняют возможность говорить.
2. Неизлечимо больные в большинстве случаев имеют потребность открыто говорить об их положении. Из исследования также видно, что от 67 % до 96 % опрошенных даже в случае смертельного заболевания изъявляют желание знать правду. Среди опрошенных были как здоровые, так и тяжело и смертельно больные, а также их родственники. В большинстве случаев онкологические больные позитивно реагируют на то, что им сообщили их диагноз. В качестве положительных сторон такой ситуации были названы: возможность планировать свое будущее, ясно отдавать себе отчет в том, что это за болезнь и не мешать проведению лечения.
3. Значительное число пациентов (согласно результатам исследования, от 50 % до 88 %) в тот или иной момент, раньше или позже понимают, что они смертельно больны, даже если никто и никогда не говорил им об этом.
4. Преодолеть суровую реальность, т. е. осознать, что «я неизлечимо болен», на практике получается эффективней, чем ожидалось. Опасность совершения самоубийства после сообщения пациенту диагноза, как сообщается во многих исследованиях, не возрастает. Также не наблюдается увеличения продолжительности депрессий и прочих психиатрических осложнений. Большинство смертельно больных пациентов, очевидно, приходят к тому, чтобы принять и осмыслить приближение скорой смерти, если у них еще остается на это достаточное количество времени, и им оказывается посильная помощь со стороны медицинского персонала в разрешении их внутренних конфликтов.
5. Бывают ситуации, в которых необходимо взвесить все «за» и «против», прежде чем решить, что должно стать известно пациенту: прогноз или диагноз, например, при только что произошедшем инфаркте или, если просматривается быстрое протекание заболевания, то с большой долей уверенности можно сказать, что вряд ли будет возможно полное понимание пациентом произошедшей с ним ситуации.
6. *Правовая сторона:* любые мероприятия, связанные с хирургическим вмешательством, являются увечьем, и сторона, их совершающая, не подвергается ответственности лишь в том случае, если пациент дал на них свое письменное согласие. Из этого следует, что пациенту известна цель и значение хирургического вмешательства, ему также известна его болезнь, он проинформирован о всех вариантах течения болезни и о шансах на выздоровление. Такая информация не предоставляется пациенту лишь в том случае, если она может серьезно повредить его здоровью, приведя к непоправимым последствиям. Другие юристы придерживаются точки зрения, что информация о болезни не должна предоставляться в том случае, если этим не предполагается достичь положительных результатов для здоровья пациента. Существует также положение, что врач в обязательном порядке должен информировать о его болезни, даже если она неизлечима; правда, в основном, это все-таки остается на усмотрение врача. Так или иначе, информирование пациента о его болезни лежит в компетенции его лечащего врача.

Полученная информация помогает участникам семинара оценить и уточнить

собственные представления об обязанностях и возможностях врача в общении с тяжело больным пациентом.

Далее ситуация рассматривается с **точки зрения** смертельно больного **пациента**. Ведущий предлагает участникам принять на себя роль пациента, которому еще неизвестны результаты обследования, и ответить на следующие вопросы:

- ◆ хотели бы вы, чтобы вас оповестили о вашей болезни? (1) – да; (2) – нет
- ◆ попросили бы вы врача или кого-нибудь еще сделать правильные выводы о вашем желании быть проинформированным о болезни в полной мере? (1) – да; (2) – нет
- ◆ попробуйте кратко обосновать ваше мнение: _____
- ◆ как вы думаете, что помогло бы врачу в вашем случае придти к верному решению?
- ◆ что является самым трудным, с точки зрения пациента, при разговоре о его болезни?
- ◆ как, по вашему мнению, врач должен вести диалог с пациентом?
- ◆ к чему вас приводят размышления о данной ситуации?

Обсуждение ответов на предложенные вопросы приводит участников к выводу, что общение с тяжелобольными пациентами требует владения особыми техниками.

Следующий модуль семинара посвящен **знакомству** с «**активным слушанием**» – диалоговой техникой, предложенной К.Роджерсом в рамках клиентцентрированной психотерапии, которая может оказывать помощь в проблемных ситуациях, связанных с переживанием болезни и умирания.

Использование «активного слушания» дает следующие преимущества *для пациентов*:

- ◆ пациент сам определяет суть беседы. Это значит, что он может, если у него есть в этом потребность, рассказать о своих представлениях о болезни, мыслях и чувствах, которые она в нем вызывает;
- ◆ слова пациента позволяют понять, насколько велика в данный момент его потребность получить объективную информацию о своей болезни. Соответственно, гораздо легче принять решение, что и в каком объеме сообщать ему;
- ◆ беседа с использованием техники активного слушания позволяет пациенту рассказывать о своих чувствах. Проявления ярости, грусти и других чувств могут стать для пациента психологической разрядкой. Если больной, выражающий свои чувства, видит, что его воспринимают всерьез, это важный

шаг к преодолению его изоляции.

Для медперсонала эта техника дает следующие преимущества:

- ◆ в профессиональных разговорах зачастую чувства отходят на второй план. Изучение «активного слушания» может содействовать «разрешению» эмоциональных проявлений и тем самым облегчать напряжение и тревогу врачей и медсестер;
- ◆ «активное слушание» помогает поступать в соответствии с мнениями и желаниями пациентов и при этом уменьшает опасения медработников по поводу того, что они неправильно отвечают на тот или иной вопрос пациента.

Студенты знакомятся с основными принципами и правилами «активного слушания», разбирают примеры, осваивают технику в тренинге и выполняют контрольное задание с последующим разбором его результатов.

В следующем модуле семинара участники рассматривают факторы, влияющие на переживания смертельно больного пациента:

- ◆ *нахождение в больнице*: концентрация на состоянии болезни, ограничение личного пространства, угроза чувству собственного достоинства, потеря общественного положения;
- ◆ *непосредственное влияние болезни и ее субъективной оценки*: пораженный орган и его практическое и символическое значение, стадия заболевания и соответствующий ей ущерб здоровью, прогноз;
- ◆ *вид и масштаб проведенного лечения*: операция, облучение, химиотерапия, отказ от лечения;
- ◆ *общение*: как и при каких обстоятельствах сообщается диагноз, отношение родных, друзей и медперсонала больницы;
- ◆ *значение надвигающейся смерти*: использующиеся на протяжении всей жизни пациента механизмы преодоления мыслей о смерти, разрыва с близкими, других утрат; религиозное/философское отношение к жизни (ее смысл), воспоминания о том, что уже не вернешь, и о том, что так и не сделал.

Не всегда сразу ясно, какой из перечисленных факторов является важнейшим в переживаниях пациента. Следует оценивать адаптационный и защитный потенциал переживаний каждого фактора, чтобы использовать эффективные опоры при работе с пациентом. Участникам семинара даются описания ситуаций, типичных в общении с тяжело и смертельно больными пациентами с предложением подумать о каждой из них и ответить на следующие вопросы:

- ◆ чем можно объяснить такое поведение пациента?
- ◆ как бы вы повели себя в такой ситуации? С какими сложностями вы бы

столкнулись? Что бы вы сказали пациенту?

- ◆ как, по вашему мнению, стал бы реагировать пациент на ваше поведение?

Далее участники семинара переходят к **рассмотрению психологической нагрузки на персонал**, т. е. тех, кто пребывает в непосредственном контакте с больными. Задается ситуация, например:

...Пересмена.

Все врачи и медсестры собрались в ординаторской. Самой последней пришла медсестра-стажерка.

Она настолько бледна, что один из присутствующих спрашивает: «Что с тобой?»

Она говорит сквозь слезы: «С меня хватит, я не могу этого больше выдерживать, за эту неделю уже третья смерть. Я очень любила фрау С».

Студенты обсуждают ситуацию, стремятся понять переживания персонала, предлагают возможные пути профилактики психической травматизации и эмоционального выгорания, а также помощи в подобных случаях.

В следующем разделе семинара рассматриваются **трудности, возникающие у родственников**, и о помощи, в которой они нуждаются. По мнению авторов семинара, включать родственников пациентов в процесс открытого общения необходимо как можно шире и глубже с самого начала. Они, конечно, лучше, чем кто-либо, знают больного и часто наиболее эффективно могут утешить его и помочь ему. Если больному обеспечено медицинское лечение и уход на дому, многие предпочтут провести свои последние дни в кругу семьи. Но часто бывает и по-другому, близкие испытывают значительные трудности и не в состоянии справиться с мыслью о смерти больного.

Среди типичных трудностей, возникающих у родственников, выделяют:

- ◆ конфликт с совестью (конфликт между желанием быть рядом с больным и желанием убежать от этих проблем);
- ◆ чувство вины (например, чувство вины за то, что живешь дольше, или за то, что не можешь достаточно сделать для больного);
- ◆ эмоциональная нагрузка из-за того, что родственник угасает морально и физически;
- ◆ мысли о неизбежности собственной смерти из-за приближения смерти родственника;
- ◆ ожидание утраты (разрушение надежд на совместное будущее);
- ◆ изменения в семейной иерархии (например, отцу, всегда и всех обеспечивавшему и от всего защищавшему, самому требуется помощь);
- ◆ проблемы в общении (можно ли говорить, и как часто, о болезни? Можно ли выражать перед больным свои чувства по поводу его состояния?).

Здесь выделяют следующие виды помощи родственникам больных:

- ◆ предоставление постоянного доступа к больному (расширение периода посещения);
- ◆ по желанию (и если это возможно) разрешение родственникам ухаживать за больным;
- ◆ обеспечение готовности к диалогу с родственниками со стороны врача;
- ◆ формирование готовности родственников к возможным эмоциональным проявлениям пациента в период осознания им того, что он смертельно болен;
- ◆ предложение психологической помощи.

Обобщая содержание семинара, участники обсуждают возможности и необходимость применения полученных знаний. Они приходят к выводу, что основной задачей психолога-реабилитолога является работа с медицинским персоналом?

Подготовка медперсонала к общению с тяжело и смертельно больными становится все более необходимой, так как ни в медучилищах, ни в мединститутах, ни в стационарах не существует специальных курсов, обучающих правильному общению с неизлечимо больными пациентами. Практика общения с тяжело и смертельно больными требует непрерывного повышения квалификации. Этому невозможно научиться за один раз. Требуется супервизия трудностей общения, постоянно возникающих в реальных ситуациях. Работа в стационаре, где находятся смертельно больные пациенты, будет успешной лишь в том случае, если самому медперсоналу будет предоставлена возможность реабилитации, например, будут устраиваться круглые столы или «пятиминутки» для всех сотрудников, где каждый сможет снять свой эмоциональный груз, рассказав о волнующих его проблемах, связанных с пациентами.

Насколько важна психологическая подготовка медицинского сотрудника, настолько же важно перераспределение рабочего времени медперсонала для больниц и домов престарелых. Рабочее время не должно быть ориентировано только на обеспечение соответствующего ухода (медикаментозного и др.) за больными, но также должно предоставлять возможность психосоциальной поддержки, например, проведение бесед с пациентами. При этом участники семинара приходят к очевидному выводу, что улучшение состояния тяжело и смертельно больных не может быть достигнуто только за счет усилий медперсонала, даже хорошо подготовленного. **В задачи психолога-реабилитолога помимо обучения и психологической поддержки медперсонала входит и непосредственная помощь как пациентам, так и их родственникам.**

Закреплению материала семинара отведен отдельный модуль, в котором участники разбиваются на малые группы и с помощью ассистентов ведущего включаются в ролевые ситуации, обсуждения, решают проблемные задачи и т. п.

Рассмотрим следующий пример проблемной задачи.

У пациентки возникают большие трудности с тем, чтобы поговорить с ее мужем о ее скорой смерти. Вы провели с ней беседу об этом ее страхе. Пациентка смогла преодолеть свой страх и обсудить «напоследок» некоторые вопросы.

Как вы считаете, какие ваши реплики после ее разговора с супругом будут удачными¹?

- Я нахожу прекрасным, что вы смогли побороть ваш страх перед разговором с мужем (выражением этой похвалы вы сигнализируете пациентке, что вы считаете ее разговор с мужем правильным, даже несколько запоздавшим поступком. Однако какое право вы имеете это оценивать? Неужели вы на самом деле знаете, каким был для нее разговор с мужем: облегчением или подтверждением ее опасений?).

- Какие ощущения вы испытываете в связи с тем, что осмелились на этот шаг? (этим вопросом вы предоставляете ей самой оценивать ее беседу с мужем. Если бы этот разговор вызвал у пациентки новые тревоги, то этот вопрос дает ей возможность в качестве ответа рассказать об этих тревогах).

Завершая описание технологии, разработанной на кафедре реабилитационной психологии Института психологии университета Альберт-Людвиг, отметим, что семинар «Umgang mit Schwer- und Todkranken», с которым нас познакомили наши коллеги из Германии, при его соответствующей модификации может явиться существенным вкладом в программу подготовки отечественных психологов-реабилитологов.

¹В скобках приведены комментарии к ответам.

Preparing Psychology Students to Work with Terminal Patients (within the Psychological Rehabilitation Specialization)

A.M. Shcherbakova,

PhD in Education, Senior Researcher, Head of the Psychological Rehabilitation Chair, Professor of the Clinical and Special Psychology Department at the Moscow State University of Psychology and Education (psy-rehab@yandex.ru)

The article describes the 'seminar- immersion' – one of the ways of recreation therapist's training. This seminar is aimed at helping students to better understand the inner state and problems of terminal patient as well as their relatives and medical staff. This training method was developed in the Psychological Institute, Albert-Ludwig University of Freiburg (Germany) and was handed to the Psychological Rehabilitation Chair at MSUPE as a part of the cooperation. Participation in the seminar helps students to actualize their own experience and affections as well as to understand the problem of death and dying from the patient and his relatives' point of view. Such way of work requires a special attention to participants' emotional safety and therapist's high quality level in psychiatry. The article presents the structure of the seminar, gives examples of practical exercises and questions to discuss during such seminar. The author stresses that touching the problem of death in modern culture is tabooed enough, and starting this problem is a significant contribution to the process of rehabilitational psychologist competency formation.

Keywords: psychological rehabilitation, terminal patients, problems of death and dying, rehabilitational psychologists' training.
