

ИНТЕРВЬЮ СО СПЕЦИАЛИСТАМИ: РОЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ И ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

На вопросы редакции отвечали Г.А. Новичкова,
Н.В. Мякова, Д.Ю. Комаров, Е.Н. Гетманская.

Галина Анатольевна Новичкова, д-р мед. наук, профессор, заместитель директора по лечебной работе (главный врач) ФГБУ «ФНКЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России

1. Могли бы Вы, исходя из своего опыта, оценить, какой процент пациентов, проходящих лечение от онкологических заболеваний, и членов их семей, нуждается в психологической/психиатрической помощи? Насколько востребована работа с персоналом?

Г.А.: Я считаю, что в психологической помощи нуждаются сто процентов пациентов и их родителей. Не было ни одной семьи, в которой бы «ждали» этой страшной болезни. Родители — все без исключения — сначала не хотят верить и принимать этот диагноз, затем осознав, что ошибки в диагнозе нет, а ребенку предстоит длительное, сложное и не всегда эффективное лечение, испытывают огромный стресс. Жизнь ребенка и его родителей с этого времени кардинально меняется. Дети привязаны к больнице, месяцами живут вне дома, вне привычного окружения, одно это — тяжелое испытание. А самое страшное, о чем они не забывают ни на одну минуту, — это то, что не 100 % детей выздоравливают. Поддержка психологов в этот момент критически необходима.

Что касается психиатрической помощи, я думаю, нельзя ставить в один ряд психологическую и психиатрическую помощь. Психиатрическая помощь пациентам и членам их семей требуется реже. В большинстве случаев необходимость в ней возникает тогда, когда уже была предшествующая психиатрическая проблема или есть определенная

склонность к декомпенсации как со стороны детей, так и со стороны родителей.

Если говорить об индивидуальной психологической помощи сотрудникам, то она, конечно, востребована, но, безусловно, необходима не всему нашему персоналу. Психологическая помощь может быть нужна в случаях, когда мы видим, что у врачей или медицинских сестер возникают проблемы в коммуникации с пациентами или их родителями. Иногда нашим сотрудникам не хватает чувства сострадания, выдержки, такта. Кстати сказать, при наборе персонала мы всегда затрагиваем эту тему и объясняем нашим будущим сотрудникам, что дети, которые поступают к нам в клинику на лечение, очень тяжело больны, нет ничего страшнее в жизни, чем услышать, что твой ребенок смертельно болен. Семья в этот момент переживает настоящую трагедию и находится в тяжелой жизненной ситуации в целом. Медицинский персонал должен принимать это во внимание, быть вежливым, тактичным, терпимым, хотя, конечно, нередки и случаи, когда родители ведут себя, мягко говоря, не совсем адекватно. Иногда бывает очень сложно выстроить с ними правильные отношения. Мы стараемся им объяснить, что ребенка можно лечить только в условиях полного взаимопонимания врачей и родителей, семья должна помогать врачам, это должна быть единая команда, иначе пройти этот тяжелый и длительный путь лечения будет просто невозможно. В подавляющем большинстве случаев мы находим взаимопонимание. Хотя иногда помощь психологов здесь становится необходимой и крайне важной.

Кроме того, может потребоваться отдельная психологическая работа с врачами и медицинскими сестрами в целях профилактики «профессионального выгорания». Это нередко случается, особенно у молодых докторов, которые часто начинают жить исключительно работой, «умирать» с каждым пациентом. Есть риск, что через какое-то время они просто не смогут дальше профессионально работать и помогать другим пациентам. Начинающие врачи и медсестры не всегда это осознают и самостоятельно редко решаются обратиться к психологу. Здесь важна помощь более опытных врачей, заведующих отделениями, которые, скорее всего, и сами переживали подобную ситуацию. Они могут и самостоятельно помочь добрым советом, добрым словом и вовремя предложить обратиться к психологу, иначе «синдром выгорания» может настолько сильно поразить молодого сотрудника, что он предпочтет сменить профессию, чем продолжить заниматься любимым делом.

Я думаю, что профилактика «профессионального выгорания» медицинского персонала должна быть одной из важных составляющих работы медицинских психологов в детской клинике, где лечат детей, боль-

ных раком. Это должны быть и лекции, и практические занятия, и индивидуальные беседы для всего медицинского персонала, включая врачей, медицинских сестер, регистраторов в поликлинике и всех остальных сотрудников. Важно, чтобы сотрудники знали о такой проблеме и могли понимать, в какой момент следует обращаться за помощью. Подходящая форма психологической работы не должна быть навязчивой, формальной, частой, долгой, скучной или сложной. Для наглядности можно приводить примеры, разбирать проблемные ситуации, обсуждать переживания, состояния, мысли, с которыми сталкиваются пациенты и медицинский персонал в процессе работы.

2. На каких этапах лечения психологическая/психиатрическая помощь наиболее востребована?

Г.А.: Можно выделить основные «болевыe точки» в процессе лечения, когда необходима психологическая помощь. Это, конечно, начало заболевания, когда родителям и ребенку сообщают о болезни. Важно, чтобы с самого начала врач установил хороший контакт с ребенком и его семьей. Другие «болевыe моменты» — это время, когда в процессе лечения развиваются тяжелые осложнения. Нам бывает сложно объяснить, а детям и родителям понять, зачем мы продолжаем эту тяжелейшую химиотерапию, после которой развиваются тяжелые, иногда смертельные осложнения, если ребенок уже чувствовал себя хорошо и была достигнута ремиссия заболевания. Мы объясняем десятки раз, что именно такая терапия и является эффективной, иначе будет рецидив или болезнь перестанет отвечать на лечение и примет рефрактерный характер. Тяжелыми с психологической точки зрения и являются эти моменты, когда развиваются рецидивы или заболевание приобретает рефрактерный характер. Здесь очень важна работа психологов, в таких ситуациях очень важно правильно информировать родителей и сохранить с ними контакт. Иначе родители теряют надежду, из-за чего перестают верить врачам и быть их соратниками в лечении.

3. С какими психологическими проблемами, по Вашему опыту, наиболее часто сталкиваются пациенты, члены их семей и персонал онкологических центров?

Г.А.: Как я уже сказала, пациенты и члены их семей помимо психологических проблем, связанных с тяжелым заболеванием ребенка, иногда сталкиваются с непониманием, а иногда и с грубостью со стороны персонала. Персоналу, в свою очередь, приходится иметь дело с разными родителями, с их индивидуальными реакциями, которые становятся наиболее острыми как раз на самых сложных этапах лечения, о которых сказано

ранее. В своей работе мы сталкиваемся с тем, что некоторые родители детей со сложными врожденными, генетическими заболеваниями могут считать всех окружающих виноватыми в болезни ребенка. В первую очередь с обвинениями приходится иметь дело врачам, которые лечат ребенка. Такие родители во чтобы то ни стало хотят, чтобы ребенка вылечили, оказывают давление на врачей, иногда в грубой и нелюбезной форме. К сожалению, не всегда можно вылечить ребенка, не для всех заболеваний имеются эффективные лечебные технологии. Здесь грамотная тактичная помощь психологов крайне необходима. Перед врачами и психологами стоит сложная задача — с одной стороны, семье нужно все объяснить про диагноз, про проблемы, связанные с возможностями терапии, а с другой стороны, «не перегнуть палку» и поддержать родителей.

Наталья Валерьевна Мякова, д-р мед. наук, профессор, зав. отделения онкогематологии ФГБУ «ФНКЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России

1. Могли бы Вы, исходя из своего опыта, оценить, какой процент пациентов, проходящих лечение от онкологических заболеваний, и членов их семей нуждается в психологической/психиатрической помощи? Насколько востребована работа с персоналом?

Н.В.: В психологической помощи нуждаются три четверти пациентов точно, а в психиатрической — меньше: наверно, где-то одна четверть. Работа с сотрудниками нужна, особенно в условиях, когда персонал работает на износ, потому что в основном люди приходят мотивированные, с пониманием, что они пришли работать в тяжелое место и, как я могу судить по нашему отделению, в основном проблемы могут возникать из-за усталости. Официально в онкогематологии должно быть, к примеру, 5 человек на одну медицинскую сестру, у нас десять человек, и эти десять человек нуждаются в круглосуточном внимании. Что касается врачей, мне кажется, здесь многое зависит от коллектива отделения, от того, насколько складывается поддерживающая атмосфера между врачами. Консультирование же врача относительно психологических особенностей и состояния пациента, его родителей — это идеальная вещь, потому что даже опытный доктор не всегда может увидеть проблему.

2. На каких этапах лечения психологическая/психиатрическая помощь наиболее востребована?

Н.В.: Может быть по-разному. Теоретически это должно быть больше востребовано в начале, потому что у всех шок. Но в это время мно-

гие семьи отказываются от всего. Потом могут быть проблемы в процессе лечения — реанимация, осложнения в лечении. Потом, надо ехать домой или просто переводят в амбуланс, а страшно — «как же я уеду, мне страшно, не хочу уезжать отсюда никогда». Таким образом, на любом этапе лечения может потребоваться психологическая помощь.

3. С какими психологическими проблемами, по Вашему опыту, наиболее часто сталкиваются пациенты, члены их семей и персонал онкологических центров?

Н.В.: Каждый со своей. Но на самом деле самая основная проблема — это страх. В самом начале, потом во время лечения, каждое обследование — страх, что что-то может выскочить, чего не ждем, и потом на протяжении многих лет страх рецидива у родителей и у взрослых детей тоже. Потом проблема, если случился рецидив, это очень тяжело. Это все с начала, по новому кругу, все надежды рушатся. Другая проблема, особенно у подростков, это то, что очень сильно нарушается привычный уклад жизни, все планы сметаются напрочь. Это и для многих родителей проблема.

4. Как Вы оцениваете доступность и качество предоставляемой психолого/психиатрической помощи пациентам, проходящим лечение от онкологического заболевания, и членам их семей в нашей стране? В чем, на Ваш взгляд, заключаются основные трудности/проблемы, препятствующие развитию интеграции психолого/психиатрической помощи в лечебный процесс?

Н.В.: В нашей стране в целом практически ничего еще не сделано в этом направлении. В некоторых больших центрах есть штатные психологи, но в основном один психолог на всю огромную больницу. К психиатру вообще редко люди обращаются в регионах, просто боятся такого слова. В основном, глядят по голове, травками какими-нибудь поят. Большая проблема -финансирование, потому что если у главного врача есть деньги и выбор — потратить их на таблетки или на психологов, конечно, он потратит на таблетки. Еще одна причина -не всегда у врачей есть понимание, для чего нужна психологическая помощь и какой она может быть.

5. Знакомы ли Вам какие-либо отечественные и зарубежные центры, где психолого/психиатрическая помощь оказывается эффективно? В чем, по Вашему мнению, залог эффективности этой работы?

Н.В.: Знакомы. Помимо нашего центра, знаю, что в Екатеринбурге, Санкт-Петербурге, в Нижнем Новгороде, в Якутске есть отдельные

психологи, в зарубежных центрах есть, конечно, целые службы. Насчет эффективности не знаю, трудно оценить такую эффективность со стороны, не в своем центре.

6. Каковы, по Вашему мнению, основные принципы продуктивного взаимодействия онкологов и психиатров/психологов в работе мультидисциплинарной команды специалистов?

Н.В.: Основной принцип — это тесное общение и донесение информации друг другу, с каждой из сторон. И не перекалывание проблем и ответственности друг на друга.

7. Что бы Вы могли пожелать / от чего предостеречь специалистов психологов/психиатров, начинающих свою работу в онкологической клинике?

Н.В.: Во-первых, конечно, успеха! А предостеречь? — Это, конечно, тонкая область, как мне кажется, и психология и психиатрия, поэтому очень хочется, чтобы взаимодействие с врачами было сразу, с первых шагов. То есть даже если вам поступает какая-то официальная заявка — прийти и посмотреть такого-то пациента, всегда вы должны сначала пообщаться с его лечащим врачом. Бывает, что какой-либо специалист пришел, посмотрел ребенка, а ты потом только его запись «ловишь». Для каких-то специалистов это, наверно, допустимо, но не для психолога и психиатра. Разговаривать надо со всеми, такая уж у вас работа — со всеми разговаривать, и с врачом не в последнюю очередь. И не пугаться никого!

Дмитрий Юрьевич Комаров, медицинский сотрудник ГКУЗ Хоспис № 1 им. В.В. Миллионщиковой, выпускник факультета консультативной и клинической психологии Московского городского психолого-педагогического университета

1. Могли бы Вы, исходя из своего опыта оценить, какой процент пациентов, проходящих лечение от онкологических заболеваний, и членов их семей нуждается в психологической/психиатрической помощи? Насколько востребована работа с персоналом?

Д.Ю.: Ответ дан мною на основании опыта оказания помощи онкобольным на последней стадии заболевания в условиях хосписа (на дому или в стационаре). Если иметь в виду помощь, которую оказывает профессионал психолог или психиатр, то примерно 35—50 % пациентов и их родственников нуждаются в подобной помощи (важно уточнить, что лишь 3—5 % из них сами обратятся за подобной помощью).

2. На каких этапах лечения психологическая/психиатрическая помощь наиболее востребована?

Д.Ю.: В хосписе лечение получают пациенты, находящиеся, как правило, на последних стадиях заболевания, т. е. это паллиативный этап лечения, и на нем психологическая помощь очень актуальна.

Думаю, что психологическая помощь была бы так же полезна для пациентов на этапах постановки диагноза и активного лечения.

Что касается работы с персоналом, то запрос от сотрудников на получение профессиональной психологической помощи в нашем учреждении (хоспис № 1 им. В.В. Миллионщиковой) скорее факт очень редкий.

3. С какими психологическими проблемами, по Вашему опыту, наиболее часто сталкиваются пациенты, члены их семей и персонал онкологических центров?

Д.Ю.: Опять повторюсь, что отвечаю на вопрос о психологических проблемах, возникающих на этапе лечения в хосписе, а это последние стадии заболевания.

Наши пациенты сталкиваются со следующими проблемами:

высокий уровень тревоги (страха), связанной с неэффективностью лечения, прогрессом заболевания, предстоящей смертью, тревога за судьбу близких; депрессивное настроение (преобладание аффекта грусти, апатии, печали, отчаяния, тоски); высокий уровень агрессии (который может выражаться в агрессивном поведении); высокий уровень безнадёжности; высокий риск суицидального поведения, в том числе отказ от поддерживающего лечения, пищи; тяжёлое переживание утраты различных возможностей в жизни в результате прогресса заболевания;

проблемы, связанные с утратой значимых отношений (сужение круга общения); ощущения себя «обузой» для семьи; нехватка общения на значимые темы из-за избегания разговоров на тему о прогрессе заболевания, его прогнозе (в том числе сознательное сокрытие родственниками части информации о диагнозе, прогрессе заболевания и прогнозе); чувство вины (например, «Я сам виноват в своём заболевании, и теперь из-за меня страдает моя семья»).

Родственники пациентов сталкиваются со следующими проблемами:

высокий уровень тревоги (страха), связанной с неэффективностью лечения, прогрессом заболевания, предстоящей смертью пациента; депрессивное настроение (преобладание аффекта грусти, апатии, печали, отчаяния, тоски); высокий уровень агрессии (может выражаться в агрессивном поведении); высокий уровень безнадёжности; высокий риск суицидального поведения; переживание утраты различных возможностей в жизни в результате заболевания пациента; проблемы, связанные с

утратой значимых отношений (сужение круга общения); чувство вины за болезнь близкого и неуспешность лечения; нехватка общения на значимые темы из-за избегания разговоров на тему прогресса заболевания, его прогноза (в том числе сознательное сокрытие от пациента части информации о диагнозе, прогрессе заболевания и его прогнозе); ощущение хронической усталости из-за забот, связанных с уходом за пациентом (в том числе проблемы нарушенной адаптации к изменившимся условиям жизни); переживание утраты после смерти.

Для персонала характерна проблема эмоционального выгорания.

4. Как Вы оцениваете доступность и качество предоставляемой психолого/психиатрической помощи пациентам, проходящим лечение от онкологического заболевания, и членам их семей в нашей стране? В чем, на Ваш взгляд, заключаются основные трудности/проблемы, препятствующие развитию интеграции психолого/психиатрической помощи в лечебный процесс?

Д.Ю.: Доступность и качество предоставляемой психологической и психиатрической помощи оцениваю как недостаточное.

Основные трудности связаны с отсутствием стандартов оказания таковой помощи (например, разработанной программы, обязательной к исполнению в каждом учреждении, где оказывается помощь онкологическим больным) и недостаточной осведомлённостью общества (в том числе персонала клиник) о сути и возможностях данной помощи.

5. Знакомы ли Вам какие-либо отечественные и зарубежные центры, где психолого/психиатрическая помощь оказывается эффективно? В чем, по Вашему мнению, залог эффективности этой работы?

Д.Ю.: Один из таких центров находится в Нью-Йорке. Это Мемориал Слоан Кеттеринг Канцер Центр. Насчет эффективности ответить затрудняюсь, так как сложно судить об эффективности центра, в котором лично не работал.

6. Каковы, по Вашему мнению, основные принципы продуктивного взаимодействия онкологов и психиатров/психологов в работе мультидисциплинарной команды специалистов?

Д.Ю.: Основными принципами продуктивного взаимодействия онкологов и психиатров/психологов в работе мультидисциплинарной команды специалистов являются наличие взаимного уважения, понимание специфики работы каждого из специалистов, понимание возможностей друг друга (здесь опять хотелось бы упомянуть о необходимости стандартов психиатрической и психологической помощи в онкологиче-

ской клинике), а также распределение ответственности за результаты работы.

7. Что бы Вы могли пожелать / от чего предостеречь специалистов психологов/психиатров, начинающих свою работу в онкологической клинике?

Д.Ю.: Психологам и психиатрам, начинающим свою работу в онкологической клинике, я бы пожелал перед трудоустройством подробно ознакомиться со спецификой данной деятельности, желательно поработав волонтером в данной клинике; понимать, что работать будет очень сложно; иметь большой запас терпения, энергии и желания помогать; заранее обсудить, чем конкретно вы будете заниматься; работать, не забывая о собственном здоровье (в том числе психическом).

Гетманская Елизавета Николаевна, медицинский психолог психотерапевтического отделения ГКБ № 5, выпускница факультета консультативной и клинической психологии Московского городского психолого-педагогического университета

1. Могли бы Вы, исходя из своего опыта оценить, какой процент пациентов, проходящих лечение от онкологических заболеваний, и членов их семей нуждается в психологической/психиатрической помощи? Насколько востребована работа с персоналом?

Е.Н.: Нуждаются, на мой взгляд, около 40 % пациентов, если говорить о людях, которые испытывают затруднения личного и семейного характера именно в связи со своим заболеванием. Здесь мы можем столкнуться с целым спектром личных переживаний пациента по поводу диагноза и лечения (как страх за свою жизнь, так и дисфункциональные установки относительно заболевания и лечения, выраженные реактивные эмоциональные состояния, сам процесс переживания горя и осмысления происходящего); с рядом семейных проблем, непосредственно касающихся вопроса онкологии (например, реакция близких на диагноз и назначенное лечение, их отношение к пациенту в связи с его актуальным состоянием, семейные ситуации, препятствующие получению пациентом полноценной помощи). Процент нуждающихся в психологической/психиатрической помощи значительно возрастет (могу предположить, в два раза), если говорить о более широком спектре проблем, с которыми сталкиваются люди, в том числе и болеющие раком. Это означает, что помимо актуального заболевания онкологические пациенты имеют свою историю, неизбежно связанную с другими проблемами, не касающимися заболевания вообще или связанные с

ним косвенно (например, психиатрические диагнозы, психологические затруднения интрапсихического и межперсонального уровней в связи с жизненными ситуациями).

Разумеется, такое разделение условно. В каждом конкретном случае следует говорить о вкладе и влиянии на индивидуальную ситуацию множества факторов и рассматривать ее сложный рисунок системно, осознавая при этом источник и уровень тех или иных затруднений.

Что касается работы с персоналом, то она востребована чрезвычайно — на все 100 %. Медицинским сотрудникам требуется регулярная психологическая разгрузка и сопровождение психолога в сложных случаях.

2. На каких этапах лечения психологическая/психиатрическая помощь наиболее востребована?

Е.Н.: Психологическая помощь наиболее востребована на этапе образования комплаенса между врачом и пациентом, на этапе сообщения пациенту и родственникам диагноза, на этапе повторных анализов и сообщения о предстоящем лечении (если оно оказывается необходимым), в случаях терминальных стадий и смертей пациентов.

3. С какими психологическими проблемами, по Вашему опыту, наиболее часто сталкиваются пациенты, члены их семей и персонал онкологических центров?

Е.Н.: На каждом из этапов внутренние переживания пациента по поводу своих перспектив и настоящего, а также возможные затруднения персонала и родственников меняются.

Примерно можно обозначить следующие этапы.

1) Подозрение на онкологию, подтверждение диагноза и порой чудовищная больничная волокита для получения лечения. Все это вызывает тревогу у пациента и родственников, иногда озлобленность, а также острую потребность в большом количестве информации по теме. Персоналу приходится выполнять не им придуманные правила и сообщать страшные новости, что предъявляет высокие требования к психологической устойчивости и чувству такта, а также компетентности в вопросе.

2) Постоперационные состояния, появление физических дефектов после операции. Здесь пациенту и его близким предстоит адаптироваться к новым условиям жизни.

3) Назначение и получение длительного неоперативного лечения с тяжелыми побочными эффектами. На этом этапе измотанным пациентам и родственникам нередко нужны от врачей слова определенности, каких, к сожалению, они часто не могут дать.

4) Ремиссия и страхи рецидива во время нее.

5) Рецидив (если вдруг произошел). Пациенты и родственники могут терять веру в лечение, так как болезнь вернулась, несмотря на прошлые усилия. От персонала требуется масса терпения и умения мотивировать пациента.

6) Терминальные состояния. Умирание.

7) Смерть. Родственники и врачи могут нуждаться в поддержке.

Кроме переживания пациентами и их родственниками самого факта смертельного заболевания и тяжести процесса его течения и лечения, важно сказать, что и пациенты, и их близкие, и персонал сталкиваются со сложностями организации эффективной коммуникации друг с другом. Нередко врачам не хватает навыков, чтобы наладить не только сухой и ориентированный на назначения, но и поддерживающий диалог с пациентом и его родственниками. Пациент и его близкие сталкиваются в том числе с осложнением внутрисемейного общения, что связано, конечно, и с тем, как самому пациенту с учетом его актуальных возможностей удастся организовывать свою внутреннюю и внешнюю жизнь.

4. Как Вы оцениваете доступность и качество предоставляемой психолого/психиатрической помощи пациентам, проходящим лечение от онкологического заболевания, и членам их семей в нашей стране? В чем, на Ваш взгляд, заключаются основные трудности/проблемы, препятствующие развитию интеграции психолого/психиатрической помощи в лечебный процесс?

Е.Н.: Доступность психологической помощи низкая, так как такие службы есть далеко не везде. Качество помощи варьируется от учреждения к учреждению и зависит от того, какое место занимает психологическая служба в медицинском учреждении, потому как ее возможности и внутренний авторитет важны для качества и организации процесса работы (я здесь не учитываю возможную низкую квалификацию специалиста).

5. Знакомы ли Вам какие-либо отечественные и зарубежные центры, где психолого/психиатрическая помощь оказывается эффективно? В чем, по Вашему мнению, залог эффективности этой работы?

Е.Н.: Такие центры мне знакомы и, полагаю, там, прежде всего, есть дружная команда психологов, поддерживающих друг друга, действия сотрудников скоординированы, а также положение самой службы относительно медицинского сервиса не считается второстепенным, поэтому ее участие на всех этапах лечения пациентов в самом широком спектре ситуаций приветствуется и начальством и персоналом.

6. Каковы, по Вашему мнению, основные принципы продуктивного взаимодействия онкологов и психиатров/психологов в работе мультидисциплинарной команды специалистов?

Е.Н.: Что касается принципов эффективного взаимодействия, думаю, с одной стороны, это четкое разделение полномочий, с другой стороны, тесная интеграция подходов, с третьей — согласованность действий, с четвертой — последовательность в реализации совместно составленного плана лечения.

7. Что бы Вы могли пожелать / от чего предостеречь специалистов психологов/психиатров, начинающих свою работу в онкологической клинике?

Е.Н.: Могу сказать, что не стоит ожидать высокой мотивации к участию в процессе лечения как со стороны персонала, так и со стороны пациентов. Однако не стоит это приписывать их плохим качествам, нужно запастись терпением и методично приносить пользу и тем, и другим. Когда польза станет очевидной, в вас начнут нуждаться открыто. И только после этого можно претендовать на полноценное место в команде помощи онкологическим пациентам. Вероятно, в этом можно увидеть некоторую долю несправедливости, но работа в этой сфере на сегодняшний день организована достаточно однобоко, и такой ее образ прочно засел в головах у тех, кто не имел возможности узнать об ином.

INTERVIEW WITH EXPERTS: THE ROLE OF PSYCHOLOGICAL AND PSYCHIATRIC TREATMENTS IN CANCER PATIENTS