

ПСИХОЛОГ В СОМАТИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Интервью с О.А.МАКСАКОВОЙ

Максакова Ольга Арсеньевна – вице-президент Ассоциации больничной психологической помощи, кандидат медицинских наук, врач-психотерапевт, старший научный сотрудник отделения реабилитации НИИ нейрохирургии им. Бурденко.

Вопрос: Ольга Арсеньевна, психолог в соматической клинике – явление у нас в стране весьма экзотическое. Не могли бы Вы немного рассказать, чем занимается психолог в соматической клинике, каков круг проблем, с которым ему приходится сталкиваться?

Ответ: Во-первых, в клинике, где все определяется высокотехнологичными подходами к больному, где пациент отделен от врача многими опосредующими приборами и инструментами, психолог нужен для создания человеческого отношения к больному. В каждой конкретной клинике перед психологом стоят разные задачи. Общей является необходимость создания благоприятной психологической атмосферы, но способы ее создания различны и зависят от профиля клиники, болезни пациента и лечащего персонала. Я работаю в нейрохирургической клинике, где оперируются опухоли и сосудистые аномалии головного мозга, где лечат больных после черепно-мозговых травм. В нашей клинике у психолога есть конкретные фазы работы с пациентом, связанные с лечебным процессом. Первый этап – работа в дооперационном периоде – психологическая подготовка к операции. Она пока чаще проводится с детьми и включает психодиагностику с использованием проективных тестов для определения уровня тревоги и психотерапевтическую работу, направленную на формирование позитивного отношения к операции, установки на восстановление и выздоровление. Мы применяем элементы НЛП, эриксоновского гипноза, процессуально-ориентированной терапии, работаем с детскими рисунками. Второй этап – ранний послеоперационный период – включает работу с такими симптомами, как тошнота, головокружение, нарушения сна, измененные состояния сознания, судорожные припадки др. Эта работа про-

водится в тесном контакте с другими специалистами – реаниматологами и реабилитологами. Используются методы телесно-ориентированной и процессуальной терапии, НЛП, ароматотерапии. И последний этап – психологическая реабилитация больного и частичная адаптация его к жизни вне клиники. Наряду с другими специалистами, мы занимаемся переобучением пациентов и восстановлением утраченных в результате болезни и операции функций: работаем с парезами, нарушениями мышечного контроля, речевыми расстройствами, нарушениями памяти, внимания, гнозиса, праксиса, схемы тела и т.д.

Важную роль в такой работе играют нейропсихологическая диагностика, когнитивный тренинг и поведенческая терапия. Особое место на этом этапе отводится семейной терапии: мы формируем у родственников понимание их роли в социализации и личностном развитии пациента, выстраиваем новый паттерн отношений в семье с учетом интересов каждого. Не менее важная задача – работа с персоналом клиники в плане преодоления «синдрома сгорания», формы которого весьма разнообразны: от соматических заболеваний до утраты чувства профессионального долга и жесточких конфликтов в коллективе.

Вопрос: На чем вы делаете акцент в своей работе – на психотерапии или психологической диагностике?

Ответ: Ответить не так просто. Ни в одной из аналогичных западных служб психологи не занимаются психотерапией. Это слишком дорогая помощь, которую государство не оплачивает. То, что в Институте мы начали с психотерапии, скорее, мой собственный исторический след. Я – врач-психотерапевт, психодиагностика не входит в мои профессиональные возможности, и, может быть, поэтому психологи, пришедшие в нашу клинику, ориентировались в значительной мере на психотерапию. Более того, из своего опыта общения с психологами, начинающими работать в соматической клинике, я делаю вывод, что чаще всего они хотят заниматься именно психотерапией. Но надо отдавать себе отчет, что такого рода помощь никогда не будет оплачиваться государством. Сейчас мы понемногу меняем свои ориентиры и довольно активно занимаемся диагностической работой. Это позволяет не только находить новые возможности в психотерапии, но и работать в более тесном контакте с врачами-специалистами, так как много психодиагностических исследований проводится в рамках научных тем Института. В силу специфики клиники большое внимание уделяется нейропсихологической диагностике; без этого инструмента психолог не в состоянии проводить психокоррекционную работу, не говоря уже о психотерапии. Целостное отношение к человеку должно включать знание о природе его дефектов, связанных с органическим поражением мозга: не критичности, навязчивостях, заторможенности и т.д.

Вопрос: Как к вам попадают пациенты? Их направляет врач, или вы сами определяете, с кем работать?

Ответ: Сейчас мы пытаемся исследовать эту проблему. Навязать ка-

кой-то механизм невозможно. В некоторых клиниках сложилась стандартная форма обращения к психологу через запрос от лечащего врача, где указывается проблема. У нас изначально так не сложилось, и сейчас мы пытаемся понять, каков естественный механизм запроса, который можно было бы шлифовать и использовать в качестве модели. Мы готовим специальные протоколы, фиксирующие запрос, его форму, источник и др. Все возможные источники запроса уже встречались в нашей практике: лечащий врач, родители пациента, любимая девушка, супруги... Или сам психолог, ставший свидетелем сложной ситуации. Это могли быть жалобы от медсестры на сложности при манипуляциях с пациентом. Правда, у нас довольно редко ситуации, когда сам пациент приходит к психотерапевту, я могу перечислить их по пальцам. Мне лично чаще приходится сталкиваться с таким запросом, так как я выступаю сразу в двух ипостасях – врача-реабилитолога и психотерапевта. Нередко происходит смешение профессий, и вот тогда, прочитав на моей карточке, что я – психотерапевт, больной обращается ко мне непосредственно. Никогда не путают меня с психиатром, хотя путаница четырех специальностей, имеющих корень «психо-», происходит у медперсонала. У нас есть психиатры, нейропсихологи, психологи и психотерапевты. Иногда запрос поступает от заведующего отделением, в таком случае он почти никогда четко не сформулирован. Впрочем, и лечащие врачи редко четко формулируют запрос. Они, скорее, говорят: «Пойди, посмотри, там что-то для тебя интересное». За этим интересным психолог и идет.

Вопрос: Кстати, по поводу запроса. Обычно, когда человек приходит на прием к психологу, психотерапевту, у него есть запрос, он мотивирован и настроен на работу с собой, своими проблемами. В клинику люди ложатся лечиться от болезней, а не решать психологические проблемы. Вы сейчас сказали, что случаи самостоятельного обращения пациента за психотерапевтической помощью можно пересчитать по пальцам. Складывается несколько странная для психотерапии ситуация: не клиент приходит к психотерапевту, а психотерапевт к клиенту. Да и можно ли в этой ситуации употреблять слово «клиент», поскольку нет запроса от самого пациента, а следовательно, можно ли рассчитывать на какой-либо успех в работе?

Ответ: Эта проблема – как сделать клиента из посетителя – довольно часто стоит перед психологами в психологических и психотерапевтических центрах при работе с детьми, подростками, тяжелыми психотическими больными, алкоголиками. Здесь мы мало отличаемся от психотерапевтов из других областей. Пожалуй, рано или поздно встанет этическая проблема – имеем ли мы право, в условиях платной медицины, навязывать свою помощь пациенту?

Вопрос: Бывают ли такие случаи, когда пациенты отказываются от посещения психолога, и как вы поступаете?

Ответ: В явном виде нет, но нужно учитывать специфику наших больных, связанную с нарушением высших корковых функций. С одной

стороны, для них характерны отсутствие спонтанности как один из ведущих симптомов после травм головного мозга, дефекты мышления и трудность принятия решений, ориентация на быстрое пассивное восстановление («Чем больше ко мне придет врачей, тем быстрее я поправлюсь»). С другой – они обделены вниманием, поэтому любой новый человек, да еще человек в белом халате, который эмпатичен, принимается пациентами. Если мы предлагаем какие-то стереотипные формы, например, проводим психодиагностическое обследование, то, как правило, наши больные, даже если они абсолютно не понимают, зачем им нужен психотерапевт, с удовольствием участвуют в такого рода процедурах, потому что для них это – игра. Для тех, кто более сохранен, это – времяпрепровождение или желание побольше узнать о себе. В отличие от наших больных, у пациентов других соматических клиник более надежные защитные механизмы отстаивания своего Я часто служат препятствием при работе с психологом, психотерапевтом. Хотелось бы заняться сравнительным исследованием причин отказа пациентов от психологической помощи в разных клиниках: где отказ является следствием ошибки терапевта, игнорирования трансформации личности под влиянием именно этой болезни, а где он вызван атмосферой клиники, которая создает большую или меньшую свободу выбора. Если атмосфера одной клиники выстраивается таким образом, что человек ощущает себя личностью, то психотерапевт может быть более настойчивым, даже если болезнь акцентуирует эгоцентричность больного, его «колючесть», агрессивность по поводу любого, кто хочет проникнуть сквозь его защитный барьер. Если клиника отличается жесткостью и авторитарностью, психотерапевт должен подчеркнута уважать свободу отказа. Интересно было бы сравнить дистанцию комфортного контакта при разных тяжелых заболеваниях. Такого рода исследования были бы эффективны в изучении защит, отказов, этичности внедрения психологов в работу лечебной команды. Сколь угодно долго можно рассуждать о морально-этических границах внедрения а лечебный процесс, но нужно изучить существующую реальность и учитывать ее при определении права психолога на «взламывание» барьеров, иначе приходится руководствоваться только собственными чувствами или установками, а не пользой пациента. Мне представляется, что психолог изначально должен считать, что если он не может найти контакт, это ошибка, непонимание происходящего. Можно попытаться проработать это с супервизором, либо, если таких возможностей нет, использовать лечащего врача в качестве ко-терапевта. Не нужно брать ко-терапевтом товарища по несчастью – психолога, у которого такие же проблемы. В любом случае при отказе нужно время, чтобы затянулась рана в отношениях между двумя личностями – терапевтом и пациентом. Нужно обеспечить новый ход, например, чтобы лечащий врач перед вашим следующим визитом к пациенту обязательно сказал пару фраз о вас как о человеке, необходимом для лечения. Я часто сталкиваюсь с этой проблемой у молодых психологов. Нередко это звучит как почти обида на па-

циента. Я наблюдала это не только в соматической клинике. У начинающих психотерапевтов в рассказах о клиенте часто звучит личностный отенок, контрперенос. В этом ничего страшного нет, можно пойти к своему коллеге и пожаловаться: «Какой противный больной! Я к нему всей душой, а он меня отвергает, не понимает своей пользы». Ну вот и все. А дальше это должно быть уже в инструментарии: как пробить брешь, как снова подойти к человеку, который высказал неприязнь. К этому нужно относиться не как к личностной проблеме, а как к проблеме арсенала навыков. «Сейчас я использую прием номер один, на такие случаи у меня прием номер два, на такие – номер три», – что-то в этом роде нужно иметь у себя в кармане. Я утрирую, но отказ – чаще всего недостаток профессионализма. Профессиональный терапевт нуждается для работы в соматической клинике еще и в специальных исследованиях в этой области – сравнительный анализ защит и агрессии в контакте терапевта и пациента. Этого знания еще нет, его нужно создавать.

Вопрос: Посвящается ли врач в то, что вы узнаете о пациенте, что происходит в ходе вашей работы с ним? И насколько он посвящается? Все-таки подразумевается некая конфиденциальность того, что мы узнаем.

Ответ: Вообще-то говоря, врач также должен быть конфиденциален. Существуют определенные запреты, правила, разрешения; врачебный цех не менее регламентирован, чем психологический. Мне попадались статьи по врачебной этике, в которых обсуждалось, можно ли говорить об откровениях пациентов коллеге. Например, больной лечится от соматического заболевания, являясь при этом носителем инфекции. Он доверился врачу, но врач должен предпринять какие-то шаги. Я думаю, что такая проблема существует не только у нас, но и у юристов, банкиров, учителей – и у всех профессионалов, работающих с людьми. Я бы по-другому поставила этот вопрос. Если психолог является членом лечебной команды, то этика команды должна быть устроена иначе. Все члены команды обмениваются полной информацией, но не «в воздух», а только в рамках выстроенного обсуждения пациента, потому что групповая работа, называемая «разбор лечебного процесса», придает другой смысл любой информации, поступающей от психолога. Иное дело, как другой специалист может усвоить и интерпретировать эту информацию. Важно проследить, чтобы искажения, интерпретации не ухудшили процесс лечения, чтобы информация не ушла за пределы группы, чтобы пациент не перестал доверять психотерапевту. Это зависит от морально-этических концепций каждого участника команды...

Вопрос: Что Вы называете лечебной командой? Кто туда входит и как она должна функционировать?

Ответ: Лечебная команда – название для меня очень содержательное и многозначное. На Западе лечебная команда существует как организационная структура в реабилитационных центрах. Там команда – коллектив специалистов, который занимается больным. В нее обязательно входят

врач-реабилитолог, врачи некоторых специальностей, соответствующих данной патологии, и – в зависимости от набора дефектов – мануальные терапевты, методисты лечебной физкультуры и др. В большинстве реабилитационных клиник на Западе есть также психологи.

Стратегия западного центра – это конвейер, на который пациент попадает с раннего утра, проходя последовательно через руки каждого специалиста, и заканчивает свой путь вечером, когда входящая в команду медсестра укладывает его спать, выключает свет и спрашивает: «Как вы себя чувствуете?» Отдельные операторы этого конвейера фактически никогда не встречаются. В моем понимании, технология реабилитации обязательно должна включать встречи участников восстановительного лечебного процесса. Именно на этих встречах из осознания общей цели выстраиваются последующие кусочки стратегии лечения. Задача психолога как участника огромного процесса реабилитации не только в том, чтобы помочь пациенту в интеграции себя на каждом этапе, но и в том, чтобы опосредовать это через осознание своей роли каждым из участников лечебной команды.

Вопрос: Врачи и психологи принадлежат к двум профессиональным сообществам с совершенно разной ментальностью, разным профессиональным языком. Возможно ли между ними взаимопонимание?

Ответ: На мой взгляд, это одна из глобальных целей внедрения психологов, как своего рода «секретной службы», в тело клиники. Когда я говорю о разборах лечебного процесса членами команды, слово «разбор» – из медицинского лексикона. Разборы больных происходят в клинике регулярно. Мы используем те же самые термины, но то, что разворачивается внутри такого разбора, есть следствие нашей инаковости, необходимой для медицины. На разборах возникает взаимопонимание. Оно возможно *только там*, а не в душещипательных беседах психолога с врачом в коридоре или ординаторской: «А ты знаешь, что такое душа? Сейчас я пришел поговорить с тобой о душе, о том, что к больному нужно относиться как к человеку». Это почти наверняка обреченная процедура, вызывающая раздражение и полное непонимание. У врача нет прямого запроса на подобный контакт. Потребность возникает, только если мы обсуждаем конкретного больного в конкретной фазе его болезни, и сам больной подсказывает нам понимание. Оно очень часто происходит на невербальном уровне, когда участник лечебной команды телесно воспроизводит свои манипуляции с больным и реакции больного. Если психолог интерпретирует то, что предьявляет специалист другого профиля, осуществляя внутренний перевод с языка своей профессии на общедоступный язык с включениями психологических понятий и смыслов, возникает зона понимания. Здесь очень важны два фактора. Первое, такой разбор динамичен. Участники лечебного разбора встречаются с больным ежедневно. Они живут внутри процесса. Второе, каждый из них существует во взаимоотношениях с пациентом по типу «стимул-реакция». Стимулом может быть любой из профессиональ-

ных навыков данного специалиста, на который он всегда имеет возможность получить ответную реакцию. Очень важно, как тот или иной специалист интерпретирует реакцию пациента: как некое качество, присущее данному больному, или ответную реакцию на свои действия, себя самого. Например, методист по ЛФК дает задание пациенту, которое тот не выполняет. Причина может быть не в самом пациенте, а в том, что инструкция была дана в неправильной форме: без учета нарушений высших корковых функций или личностных особенностей пациента. Здесь может помочь психолог, и, на мой взгляд, эта ситуация является естественным основанием для возникновения межпрофессионального языка. Ни в каком другом виде он не возникнет. Если мы будем заниматься переводом всех терминов и создавать психолого-медицинский и медико-психологический словарь, то обречем себя на неудачу.

Вопрос: У вас в Институте нейрохирургии есть опыт работы в такой команде?

Ответ: Создание реабилитационной команды как реального организма – одна из забот Ассоциации больничной психологической помощи в нашей клинике и меня как ее представителя в рамках отделения реабилитации. Это получается, мы видим практический эффект такой работы. Но сказать, что мы хотя бы одного больного от начала и до конца провели, руководствуясь принципами реабилитационной команды, нельзя. Когда удастся хотя бы отдельные элементы этого подхода вмонтировать в деятельность, сразу чувствуешь, насколько эффективнее становится работа, насколько больше понимания между отдельными специалистами, насколько меньше они начинают вредить работе друг друга, ведь каждый отстаивает свой метод, себя как главную фигуру в лечебном процессе. Наверное, очень нескоро мы наберем материал, который можно будет демонстрировать в академической аудитории.

Вопрос: Еще один важный вопрос, на котором мне хотелось бы остановиться – подготовка психолога для такого рода работы. Существуют ли специальные программы, участвует ли ваша Ассоциация в разработке таких учебных программ и подготовке психологов?

Ответ: Насколько я знаю, в России такой специализированной подготовки психологов для работы в соматических клиниках пока не существует. С одной стороны, медицинские психологи уже должны работать в соматических клиниках по приказу, вышедшему из стен Минздрава в 1995г., а с другой – где их готовить, кто конкретно этим будет заниматься? В Академии последипломного образования – организации, которая в Москве имеет право готовить медицинских психологов, – фактически не знают, как это делать, у них нет соответствующих рекомендаций, методичек и всего прочего. Тем более, что программы такой подготовки могут возникнуть только по запросам клиник. Только после опыта работы в соматических клиниках можно выбрать из безбрежного моря всех дисциплин, необходимых психологу, то, что прицельно нужно данной клинике. Я думаю,

что подготовка психологов в соматических клиниках должна включать курс общей медицинской психологии и курсы специальной психологии, соответствующей той или иной болезни. Психологи, работающие в нашей клинике, прошли подготовку на факультете психологического консультирования и психотерапии Международного образовательного и психологического колледжа. Мне представляется, что сейчас мы знаем потребность психологов, те курсы, которые хорошо было бы пройти, и именно в Ассоциации можно было бы сертифицировать дипломированных психологов, получивших психотерапевтическое образование или образование медицинского психолога для работы в соматической клинике. Я не вижу пока никакой другой инстанции в российском психологическом сообществе, кроме Ассоциации больничной психологической помощи, которая могла бы взять на себя ответственность разрешать психологу работать в соматической клинике.

Вопрос: Ассоциация существует почти полтора года. За это время удалось создать психологическую службу в Институте нейрохирургии им. Бурденко. Я знаю, что это было нелегко, у вас есть определенные трудности и сейчас. Но давайте помечтаем об идеальной ситуации. Какой должна быть психологическая служба в соматической клинике: ее роль и место, структура?

Ответ: Не существует никакой возможности регламентировать психологическую службу сверху. Даже если Минздрав решится на это, то, скорее всего, это будут нежизнеспособные структуры. Поэтому сейчас задача Ассоциации – накапливать банк возможных моделей психологической службы. То, как я себе представляю психологическую службу... Кстати сказать, ее создание еще не завершено в Институте нейрохирургии. Введение в штат трех психологов – большая победа нашего начинания, но это еще не служба. Создание психологической службы в штате Института нейрохирургии впереди. Структура, которую я вижу, задается условиями хирургической клиники, сравнительно недолгим стационарованием больных и связями психологической службы с муниципальными реабилитационными центрами и другими организациями, которые будут дальше заниматься этими пациентами. В Институте трансплантологии и Гематологическом центре, где больные лежат значительно дольше, чем у нас, форма проведения психологической работы, формы связи с внешним миром и – соответственно – модель психологической службы должна быть другой и создаваться специалистами, работающими в этих клиниках. Но Ассоциация будет принимать участие в этих проектах. Количество специалистов в психологической службе напрямую связано с числом больничных мест. Сейчас по форме, существующей в Минздраве, один медицинский психолог, по-моему, приходится на 20 больных. Тогда в нашем Институте, рассчитанном на 260 мест, должно работать 13 психологов, и это только психологов. На 20 стационарированных необходим один врач-психотерапевт, а на 25, если не ошибаюсь, – один социальный работник и т.д. Это огромный

штат сотрудников. Конечно, в ближайшем будущем денег у государства на это не будет. Соответственно, либо нужно придумывать способы финансирования, либо менять коечную привязку ставок, потому что пока я не представляю, что бы делали эти тринадцать психологов в Институте нейрохирургии – врачи со своей стратегией лечения к этому не готовы. У нас психологи входят в штат отделения реабилитации. Они также занимаются подготовкой больных к операции в детском отделении. На большее пока нас не хватает. Мы пытаемся заниматься социальной работой, так как она насуточно необходима, но тем самым обкрадываем себя как психотерапевтов. Хорошо было бы иметь оргконсультантов, которые будут давать рекомендации: как создать лечебную команду, как выстраивать деятельность подобных команд и т.д. Проблемы медицинской организации могут быть решены людьми со стороны, но при очень хорошей информированности о деятельности данной клиники. Структура оргконсультирования не должна существовать в рамках психологической службы, но должна иметь с ней очень тесные связи.

Вопрос: Наша встреча подходит к концу. В рамках одного интервью нельзя затронуть все проблемы, связанные с работой психолога в соматической клинике, но, может быть, есть какая-то тема, которой мы не коснулись, и о которой Вам хотелось сказать несколько слов?

Ответ: Каждый человек, работающий с тяжелыми больными, знает, что эта профессия опасна, это профессия повышенного риска, поэтому профессионала надо обучить, как иметь дело с риском. Обязательно должен существовать институт супервизии, и это тоже входит в задачи Ассоциации – поиск супервизоров для наших сотрудников. Кроме этого, раз в полгода психолог должен проходить цикл индивидуальной психотерапии. Без этого, только на волне энтузиазма мы через какое-то время как результат получим абсолютно искаженные отношения психологов и врачей, получим больных специалистов. Мы также не увидим полноценного служения в интересах пациентов, если не продумаем, где получать финансирование на переподготовку и обучение психологов, состоящих на государственной службе, без чего, кстати, российские психотерапевты не смогут на равных общаться со своими западными коллегами. Наш долг – соблюдать интересы своего «цеха» и стремиться выполнять все требования, которые предъявляются к нам мировым сообществом.

Интервью провела Н.С.Игнатьева