

Л.-О.І. Андрієшин

Особливості роботи психолога в закладах паліативної допомоги

Івано-Франківський обласний клінічний центр паліативної допомоги, Україна

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE.2015.2(2):39-42; doi 10.15574/IJRPM.2015.2.39

Психологічний супровід є надзвичайно важливим компонентом паліативної допомоги. Показано особливості роботи психолога у закладах паліативної допомоги та принципи організації психологічного супроводу невиліковних пацієнтів та їхніх родичів.

Ключові слова: паліативна допомога, медичний психолог, психічні проблеми паліативного пацієнта, психологічний супровід.

Вступ

Термін «Паліативна допомога» – широке поняття, що означає різнобічну допомогу і підтримку людини, яка захворіла на невиліковну хворобу. Комплексна кваліфікована паліативна допомога поєднує в собі різні компоненти: медичний терапевтичний контроль, паліативну медицину і лікування симптомів хвороби, якісний фізичний догляд і створення фізичного комфорту, психологічний супровід як пацієнта, так і членів його сім'ї, духовну опіку і підтримку душевного спокою, різні форми соціальної підтримки – усього того, що може забезпечити максимально можливу якість життя паліативного пацієнта. Така допомога надається від моменту встановлення хворому діагнозу і аж до останньої хвилини його життя. Окрім того, паліативна допомога передбачає психологічну підтримку страждаючих членів сім'ї, як у періоді тяжкої хвороби близької їм людини, так і в періоді скорботи.

Жодна людина не є готовою до будь-якої хвороби в плінні свого життя, як і немає доброго очікуваного часу для її виникнення. Невиліковна хвороба, тяжкий діагноз мають сильний вплив на психіку людини. Стрес, негативні емоції, нерозуміння, неспокій, тривога, страх, розгубленість, паніка, апатія, відчуття приреченості нерідко стають причинами психічного спустошення, глибокої депресії – аж до суїцидальних думок і спроб. Отже, психологічний супровід є надзвичайно важливим компонентом паліативної допомоги і покликаний полегшувати та попереджати психічні, душевні

страждання, пов'язані з невиліковною хворобою і відходом з життя.

Створення психологічного комфорту підвищує ефективність симптоматичного лікування паліативного пацієнта, дозволяє максимально використати потенційні можливості його психічної адаптації, забезпечує максимально можливу якість життя за таких негативних обставин.

Робота психолога в закладі паліативної допомоги має свої специфічні властивості, враховуючи різні точки прикладання його професійної діяльності: важко хворі пацієнти, їх страждаючі родичі та постійно навантажений чужим горем персонал.

Мета роботи – розкрити симптоми психологічних страждань, які найчастіше зустрічаються в онкологічних хворих у термінальному періоді життя, можливості психологічної підтримки пацієнтів, які відчують відсутність сенсу життя, так звану «кризу ідентичності», або екзистенціальну кризу, що може стати як додатковою причиною багатьох захворювань, так і погіршувати й обтяжувати вже існуючу хворобу.

Матеріали і методи

Дослідження проводилось з використанням клініко-анамнестичного та клініко-психопатологічного методів протягом 2013–2014 рр. і 6 місяців 2015 р. на основі ведення пацієнтів з різною локалізацією онкологічного процесу, аналізу записів спеціалістів у медичних картах та спостереження і створення психологічного портрету хворих стаціонару і виїзного відділення, за умови їх згоди (табл. 1).

Таблиця 1

Кількість пацієнтів та період спостереження

Період	Кількість пацієнтів стаціонару	Кількість пацієнтів виїзного відділення	Усього
2013 р.	54	59	113
2014 р.	62	78	140
2015 р. (6 місяців)	37	46	83
Усього	153	183	336

Результати досліджень та їх обговорення

У всіх онкологічних хворих спостерігалися психогенні реакції, які відрізнялися ступенем виразності, клінічними проявами і психологічним змістом. Основною проблемою для всіх пацієнтів стала їхня хвороба. Вони сприйняли свою хворобу як небезпеку, загрозу для життя. Це передусім викликало у них відчуття паніки, тривоги й страху, що, в свою чергу, призвело до дезорганізації поведінки, сплеску високого рівня емоційної напруги і широкої палітри проявів емоцій. Нерідко у пацієнтів на початку паліативного лікування спостерігалась замкнутість, самоізоляція. Оскільки серед населення побуває думка про фатальність раку, і сам діагноз зазвичай сприймається як вирок, майже у всіх пацієнтів, навіть на етапі сумнівів і підозр щодо діагнозу, виникала ціла серія психогенних реакцій, які змінювали одна одну залежно від особливостей особистості пацієнта, сили і змісту його переживань. Так, надія могла змінюватись на відчай і навпаки, що породжувало то апатію, то тривогу і депресію, то деяку ейфорію. Завжди при спілкуванні на перший план виходила тема приреченості, самотності у своїй хворобі і смерті.

Як видно з таблиці 2, у хворих виявилася неочікувано мала кількість випадків формування депресії – 8,6%, основними проявами якої були апатія, тривога, порушення сну, замкнутість і приреченість, втрата контролю над ситуацією, песимістичне бачення майбутнього, відчай. З них лише у чотирьох випадках спостерігалися суїцидальні думки й в одному – суїцидальна спроба. Водночас психологічний механізм сприйняття негативної інформації у всіх пацієнтів був приблизно однаковим, описаним Елізабет Кюблер-Росс. Після шоккової стадії, як правило, короткої й сильної, настає заперечення, витіснення інформації як захисна реакція, неготовність прийняти удар й адаптуватися до стресу. Після усвідомлення, що діагноз є дійсністю, стадія заперечення переходила в ста-

дію агресії, в основі якої лежить той самий страх, але його легше було пережити в пошуках причин або винних. Наступна стадія – депресія: переживання відчаю, безперспективності, туги, приреченості, самотності, власної вини перед кимось або за щось, відірваності від сім'ї, почуття втрати часу і сумніви щодо сенсу життя. У трьох випадках стадія депресії була глибокою, із суїцидальними думками. Через деякий час за допомогою різних психотерапевтичних впливів більшість пацієнтів переходили в стадію акцептації, примирення й прийняття.

Таблиця 2

Характеристика психоемоційного стану онкологічних хворих

Психологічна реакція	Кількість пацієнтів
Почуття небезпеки, паніка	336
Тривога	336
Страх смерті	336
Замкнутість	161
Самоізоляція	203
Безнадія	254
Відчай	98
Апатія	182
Депресія	29
Гнів	248
Почуття вини перед собою	302
Почуття вини перед іншими	259
Втрата сенсу життя	297
Втрата відчуття гідності	199
Втрата контролю над ситуацією	330
Відчуття непотрібності	234
Суїцидальні думки	4

Однак така динаміка реакцій на хворобу не завжди означала їх завершення. Вже на стадії примирення з долею, обговорення навіть бажаних подробиць завершення життя раптом спалахувало яскраво виражене бажання жити, і пацієнти ставили запитання: «А коли ви почнете мене лікувати?», «Знаєте про екстрасенса в горах, який все лікує?», «Можете покликати консультанта із столиці?».

Позиція психолога, як і всіх інших спеціалістів паліативної допомоги, повинна узгоджуватися з позицією пацієнта. Якщо йому потрібна надія, не слід її віднімати. Немає потреби обманювати чи видумувати щось, достатньо не заперечувати, залишати пацієнта з тими думками, з якими йому

в даний момент комфортніше жити. Урятувати від психологічних проблем хворого може тільки довірчий контакт з рідними і персоналом лікувального закладу. Таким чином, завоювання довіри, належне та якісне спілкування є потужним інструментом психолога і навченого персоналу паліативного закладу у питаннях психологічного супроводу. В основі створення сприятливого психологічного клімату лежать фізичний, емоційний, інтелектуальний і духовний види контактів. Детально ці види контактів описує засновник першого хоспісу в Росії професор А.В. Гнезділов у своїй роботі «Путь на Голгофу».

Фізичний контакт передбачає максимальну сумісність із пацієнтом з першої ж зустрічі, яка починається рукоштовпанням, до наступних легких дотиків рукою. Важливо перебувати з пацієнтом в єдиному часовому і просторовому полі. Тоді відпадає потреба в детальних поясненнях, відбувається обмін ситуаційною інформацією, коли персонал починає розуміти не тільки що, але і як говорить чи робить співбесідник. Легкий дотик руки може передати і почуття, і симпатію, і довіру, зменшити тривогу, переключити увагу. Особливого значення набуває такий тактильний контакт із людиною, яка помирає, в онкологічних клініках і хоспісах. У таких закладах поширене явище самоізоляції хворих, яке зумовлене неправильним уявленням про етіологію раку. А доторк знімає комплекси пацієнта про гидливість у навколишніх. В американських і європейських хоспісах закріпилася практика психологічної підтримки хворих у коматозному стані через погладження та потискання руки.

Емоційний контакт побудований на почутті симпатії. У цьому разі від пацієнта до лікаря слід прокласти психологічний місток. Необхідно налаштуватися на слухання і прийняття іншої людини, створити ґрунт для розмови і спонукати хворого до спілкування. При цьому належить поставитися з розумінням до ситуації пацієнта, виявляти співчуття і доброзичливість.

Література

1. Андрійшин Л. Догляд за пацієнтами госпісної служби : навчальний посібник для волонтерів і молодших медичних сестер / Л. Андрійшин, Н. Дацун, І. Кулікова. – Івано-Франківськ : Вид-во НВ, 2005.
2. Введенская Е. С. Паллиативная помощь: быть рядом с больным до конца / Е. С. Введенская. – Нижний Новгород : Изд-во НГМА, 2011.
3. Гнездилов А. В. Путь на Голгофу: Очерки работы психотерапевта в онкологической клинике и хосписе / А. В. Гнездилов. – Санкт-Петербург, 1995.
4. Литвиненко В. И. Основы самопомощи / В. И. Литвиненко. – Київ : ООО «Инжиниринг», 2006. – 244 с.
5. Миллионщикова В. Хоспис – последний приют на земле / В. Миллионщикова, Н. Плавунов // Врач. — 2005. – № 3. – С. 30–31.

Інтелектуальний контакт передбачає однакове з пацієнтом розуміння ситуації, однакове «прочитання» певних понять і слів. Контроль за тим, чи правильно співбесідники розуміють один одного, створює передумови для повноцінного контакту.

Духовний контакт включає почуття розуміння і любові. Кожна людина володіє духовністю, яка виражається через її систему цінностей. Основою духовного контакту є розуміння та прийняття цінностей і потреб пацієнта, повага до його права на власні погляди та переконання (не можна нав'язувати підопічному своїй волі). Духовний аспект підтримки недужої людини передбачає допомогу в екзистенціальних питаннях, у постановці і вирішенні світоглядних питань, у забезпеченні спілкування з духівниками, капеланами та участі в церковному житті.

Висновки

Враховуючи те, що стадії психологічних реакцій в кризових ситуаціях, аналогічну палітру емоцій і страждань переживають близькі родичі пацієнтів, завданням працівників, які надають паліативну допомогу, є навчитися реагувати на почуття хворої людини та її рідних так, щоб це давало максимальну користь. Отже, основним інструментом праці психолога закладу є спілкування, а основним продуктом таких комунікацій – вислуховування і відкрите обговорення будь-яких психологічних проблем, що виникають протягом надання допомоги пацієнту. Робота психолога з онкологічними пацієнтами закладів паліативної допомоги полягає у «присутності поряд», у вмінні слухати, а не вдавати, що слухаєш, у вмінні ставити відкриті запитання, які дозволяють пацієнту подолати бар'єр горя, що його оточує. Мета такої присутності психолога – допомогти важко хворому прийняти себе таким, яким він є, і сприяти примиренню помираючої людини з останнім неминучим конфліктом його земного життя.

6. Не заставляйте нас страдать: Доступ к обезболивающим средствам как одно из прав человека [Электронный ресурс]. – <https://www.hrw.org/ru/report/2009/03/03/255889>
7. Організація та діяльність груп взаємодопомоги при консультативних пунктах «Довіра» центрів ССМ: методичні рекомендації для фахівців, які працюють у групах взаємодопомоги / за ред. Б. П. Лазоренка. – Київ, 2005. – 88 с.
8. Полехина Л. Группы профессиональной поддержки для сотрудников хэсэдов : методическое пособие / Л. Полехина, Ж. Ремпель, И. Морозова. – Днепропетровск, 2002. – С. 30.
9. Рекомендація 1418 Ради Європи про захист прав людини і гідності термінальних хворих і помираючих (1999) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.eu.prostir.ua/catalogue/999.html>
10. Соціальна робота з людьми, які живуть з ВІЛ/СНІДом: Методичний посібник для проведення курсів підвищення кваліфікації / Семігін Т., Банас О., Венедиктова Н. [та ін.]. – Київ : ВД «Киево-Могилянська академія», 2006. – 620 с.
11. Шевченко О. Психологія кризових станів. Уроки життя крізь призму страждань : навчальний посібник / О. Шевченко. – Київ, 2005.
12. Doyle D. The Essence of Palliative Care – A Personal Perspective / D. Doyle // National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services, 2004.
13. Hill F. Caring for terminally ill / F. Hill // Nursing. – 1991. – Vol. 4 (34). – P. 9–22.
14. Kubler-Ross E. Rozmowy o smierci i umieraniu / E. Kubler-Ross. – Poznan, Copyright 2007.
15. Stjernswärd J. Palliative medicine – a global perspective / J. Stjernswärd // Oxford textbook of Palliative medicine edited by Derek Doyle, Geoffrey W. C. Hanks and Nell Makdonald. – Section 18. – P. 805–814.
16. World Health Organization. Cancer Pain relief and palliative care. Report of the WHO Expert Committee. – Geneva, 1990.

Особенности работы психолога в учреждениях паллиативной помощи

Л-О.И. Андришин

Ивано-Франковский областной клинический центр паллиативной помощи, Украина

Психологическое сопровождение является чрезвычайно важным компонентом паллиативной помощи. Показаны особенности работы психолога в учреждениях паллиативной помощи и принципы организации психологического сопровождения неизлечимых пациентов и их родственников.

Ключевые слова: паллиативная помощь, медицинский психолог, психические проблемы паллиативного пациента, психологическое сопровождение.

Features of the work of the psychologist in the palliative care institutions

L-O.I. Andriishin

Ivano-Frankivsk Regional Clinical Center for Palliative Care, Ukraine

Psychological support is a critical component of palliative care. The features of the work of the psychologist in palliative care institutions and the principles of psychological support organization of incurable patients and their relatives are shown.

Key words: palliative care, clinical psychologist, mental problems of palliative patient, psychological support.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА:

Андришин Людмила-Оксана Іванівна – лікар-медичний психолог, зав. виїзним/консультативним відділенням Івано-Франківського обласного клінічного центру паліативної допомоги «Хоспіс», головний позаштатний спеціаліст з паліативної допомоги ДООЗ ОДА. Адреса: м. Івано-Франківськ, вул. Новаківського, 8; тел. +38050-338-83-18; e-mail: hospice@optima.com.ua, hospice.iv@gmail.com

Стаття надійшла до редакції 15.10.2015 р.