

ПРИНЦИПЫ ОБЩЕНИЯ С БОЛЬНЫМИ

Плохие новости. Медицинская
этика. Правда о диагнозе

Вагайцева Маргарита Валерьевна, мед.психолог

ГКУЗ «Хоспис №1», Лахта

научный сотрудник ФГБУ «НИИ онкологии им.Н.Н.Петрова» МЗ РФ

Санкт-Петербург

Мне повезло. Тут тихо и спокойно.
И персонал заботлив, и врачи.
Твержу себе: веди себя достойно,
И по ночам от боли не кричи.

Дождись рассвета. В шесть утра – таблетка,
Отстанет боль и понесется день:
Компьютер, телек, мне звонят нередко,
Визиты и прогулки – все не лень.

Я днем живу активно и привычно:
Сижу, брожу – лишь только б не лежать,
Проход свободен – можно убежать,
Да вот – зачем? Тут все идет отлично,
Прекрасно кормят, гасят боль к рассвету.

Лишь только выписки отсюда – нету...

Евгений Семенович



Существует две модели
взаимоотношений сотрудника и
пациента

В *патерналистской модели*
взаимоотношений врача и пациента
всю *ответственность* за лечение
болезни и ее исход берет на себя
сотрудник, принимая обязанность
действовать во благо пациента

Антипатерналистская модель
взаимоотношений сотрудника и
пациента основана на признании
автономии личности пациента, *его*
права принимать решения
относительно своего здоровья

Ядром психологических переживаний
онкологического больного является
страх смерти,
который связан с разрушением
иллюзии «бессмертности»

Нет более одинокого человеческого переживания, чем переживание умирающего.

Ирвин Ялом

***Основная цель паллиативной
медицины –
обеспечить комфорт и
улучшить качество жизни пациента***

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ –

субъективное удовлетворение,
испытанное и/или выраженное
индивидуумом

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

включает в себя

все параметры личности:

- физические
- психологические
- социальные
- духовные

В результате исследований

- не выявлено каких-либо связей между стратегиями совладания и выживаемостью
- «давить» на пациентов с целью повышения «позитивного мышления» является ошибкой
- результаты современных исследований в Англии, Австралии и США практически полностью разведали миф о стрессе как о причине рака

Смещение «профессионального» и «личного пространства»

приводит к тому, что сотрудник общается с больным не с **профессиональной позиции, а личной,**
свойственной ему в обычной, непрофессиональной, жизни,
что повышает
эмоциональное напряжение
во взаимодействии врача с больным и создает «почву» для конфликтов

СНИЖЕНИЕ НАПРЯЖЕНИЯ

подразумевает коррекцию
эмоционального и физического
состояния пациента
в условиях заболевания

КОРРЕКЦИЯ СОСТОЯНИЯ

Включает направленное воздействие на пациента с целью

- Адаптации к текущим изменениям
- Воссоздания картины жизни
- Поиска ресурсов
- Контроля над травмой

**Снижение психоэмоционального
напряжения
пациента возможно
при проявлении и выражении сильных
чувств**

**В результате происходит
принятие болезни не только
на когнитивном, но и на эмоциональном
уровне, что находит свое выражение и
на поведенческом уровне**

С помощью различных психологических
методов (спонтанно или с помощью)
пациент
обучается жить в условиях болезни

При этом используются как **внешние**, так и
внутренние ресурсы личности пациента

Онкологическое заболевание актуализирует экзистенциальные проблемы:

КОНЕЧНОСТЬ ЖИЗНИ,
ОДИНОЧЕСТВО,
ОТВЕТСТВЕННОСТЬ,
ПОИСК СМЫСЛА ЖИЗНИ

ПАЛЛИАТИВНАЯ СТАДИЯ

- ***Физические изменения – боль, слабость, тошнота***
- ***Страдание - состояние тяжёлого дистресса***

ПРИНЦИПЫ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ

1. Не навреди
2. Доверяй пациенту
3. Узнай пациента
4. Соблюдай границы личности
5. Профессиональная позиция

Паллиативная стадия

- Заказчик: родственники пациента, пациент
- Проблема: Отказ в лечении
- Особенности периода: Истощение физических и психических ресурсов, обида, отрицание очевидного, отчаяние, обвинение окружающих, агрессия, депрессия, мысли о суициде
- Методы: все поддерживающие, краткосрочное планирование, логотерапия, работа с семьей
- Не эффективны: КПТ, позитивная, межличностная терапии

Терминальная стадия

- Заказчик: пациент, родственники пациента
- Проблема: Умирание
- Особенности периода: истощение, интоксикация, осознание умирания, чувство вины, отчаяние
- Методы: все поддерживающие, краткосрочное планирование, логотерапия, работа с семьей, информирование, терапия горя
- Не эффективны: КПТ, межличностная терапия, позитивная терапия

Тотальная боль

- физическая
- эмоциональная
- психологическая
- социальная
- духовная

Психологические аспекты боли

- *Боль связана с эмоциональным состоянием*

Человека.

- *Депрессия и тревога* увеличивают *физическую боль*, которая в свою очередь, усиливает *депрессию и тревогу*.

Причины страдания

- сожаление о прошедших событиях,
- текущие семейные проблемы,
- низкий уровень социальной поддержки
- пессимистический настрой

Страдание может быть непереносимым состоянием переживаемым как

- разлад между собой и своим ставшим непослушным телом,
- потеря идентичности,
- чувство изоляции от общества,
- страх продолжительной или некупируемой физической или психологической боли,
- чувство сепарации от трансцендентной истины.

Недооценка *психического*
компонента *боли*,
недооценка *психологических*
страданий больного
приводит
к *непоправимым последствиям*

Коморбидные психические расстройства:

- *тревога*
- *депрессия*
- *нежелание жить и суицидальное поведение*
- *утомляемость*
- *делирий*

Потеря надежды является важным индикатором для суицидальных тенденций и депрессии.

На терминальной стадии 37% пациентов высказывают безнадёжность, среди них чаще встречаются депрессии и желание раньше закончить жизнь.

Надежды, высказываемые умирающими пациентами

- Я надеюсь, что выздоровление возможно и скоро я буду чувствовать себя лучше
- Я надеюсь, у меня ещё будет приятные переживания в жизни
- Я надеюсь, что люди будут со мной честны
- Я надеюсь, что люди будут замечать, когда я не захочу обсуждать тему умирания
- Я надеюсь, что мне разъяснят всё про моё лечение, и я буду включен в процесс принятия решений

- Я надеюсь, что моя жизнь имеет смысл
- Я надеюсь, что я ещё смогу достигнуть некоторых важных для меня целей
- Я надеюсь, что я получу помощь в практических вещах, которые будут мне необходимы перед смертью
- Я надеюсь, что кто-нибудь выслушает мои страхи и поможет мне с ними встретиться
- Я надеюсь, что меня будут помнить мои друзья и моя семья

Сознание предстоящей личной смерти побуждает человека к переходу на более высокий модус существования

М. Хайдеггер (1962 г.)

ПСИХОТЕРАПИЯ РАКА

не гарантирует выживание
на любом этапе заболевания

Самоосмысление, свобода,
ответственность за принятие жизненно
важных решений – вот ценности
психотерапевтического воздействия в
условиях психической травмы,
связанной с онкологическим
заболеванием



ТРИ ЦЕЛЕВЫЕ ГРУППЫ

людей, подверженных коморбидным расстройствам в связи с сверхсильным психоэмоциональным напряжением , нуждающихся в психологической поддержке

- 1) пациенты
- 2) родственники пациентов
- 3) медицинские работники онкологических клиник

ТРЕВОГА

Реактивное состояние или диагноз

- Причина есть/причины нет
- Тревожные расстройства: преморбид

• Способы купирования:

информировать, переключить внимание,
занять

БЕСПОКОЙСТВО

- Реактивное и преморбидное

- Признаки:

суетливость, нервозность, напряжение

Способы купирования:

помочь проговорить, утилизировать,
нормализовать, дифференцировать

ЦЕЛЬ РАБОТЫ С СОТРУДНИКАМИ

ПРОФИЛАКТИКА

- вторичной психотравмы,
профессионального выгорания

Целевая группа

- Врачи
- Средний мед.персонал
- Младший мед.персонал

Освоение базовых принципов общения

1. Профессиональное (четко знать)
2. Искреннее (двойное послание)
3. Доброжелательное (хоспис)
4. Заинтересованное (личность)
5. Дозированное (не увлекаться собственными эмоциями)
6. Экологичное (забота о себе)

ВЫРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

психологической поддержки пациентов

- Базовая эмоциональная поддержка и информирование - эффективное информирование, сочувствие, общение и общая психо-эмоциональная поддержка
- 2. Распознавание тревоги и беспокойства, купирование этих состояний

ЭФФЕКТИВНОЕ ИНФОРМИРОВАНИЕ

- Информация нейтральна
- Фактор оценки: важен при информировании
- Истоки негативного оценивания:
 - Страх
 - Присоединение к пациенту
 - Эмоциональный резонанс



СОЧУВСТВИЕ

- Вербальное и невербальное
- Не словом а делом
- Прикосновение, взгляд, интонация
- СОБЛЮДАЙ ДИСТАНЦИЮ

ОБЩЕНИЕ

- Вербальное и невербальное

Правила Вербального общения:

- Слушать а не говорить
- Принимать а не оценивать
- Задавать проясняющие и уточняющие вопросы
- Профессиональная позиция: говорю не о себе, слежу за временем
- Искренность

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА

На всех уровнях:

- Прикосновение
- Интонация
- Эмоциональный настрой
- Демонстрация модели совладающего поведения

*Только перед лицом смерти
по-настоящему рождается человек.*

Св. Августин (354 – 430

гг.)

Спасибо
за
внимание