

Психологическая помощь на отделении трансплантации костного мозга для взрослых

Ушакова Ольга Васильевна, медицинский психолог
отделения восстановительной медицины клиники
НИИ ДОГиТ им. Р.М. Горбачёвой,
ассистент кафедры общей и клинической психологии
ПСПбГМУ Им. акад. И.П. Павлова,
медицинский психолог Городского центра
для больных с рассеянным склерозом

"Практические аспекты работы медицинских психологов в гематологической клинике.

Использование методов медицинской психологии на этапах диагностики, лечения и реабилитации пациентов гематологической клиники. Особенности работы с родственниками таких пациентов."

Диагностика.

Психологический диагноз служит для того, чтобы оценить индивидуальные стрессоры и идентифицировать стратегии регулирования, доступные для больного и его окружения.

Адекватная реакция на заболевание.

- поведение больного и внутренняя картина болезни соответствуют имеющейся у больного информации о тяжести болезни и её ВОЗМОЖНЫХ ПОСЛЕДСТВИЯХ;
- больной соблюдает режим, следует предписаниям врача;
- больной в состоянии контролировать свои ЭМОЦИИ.

Переживание горя и утраты (Э. Кюблер-Росс)

1. Шок (оцепенение) и отрицание (отказ поверить в реальность произошедшего) – длит. 7-9 дней.
 2. Протест (агрессия).
 3. Просьба об отсрочке (торг).
- 1-3 – стадии острого горя, длит. до 6-7 недель.
4. Депрессия – длит. до 1 года.
 5. Принятие – эмоциональное принятие болезни.

Комплексы симптомов горя:

- 1) эмоциональный – печаль, гнев, тревога, беспомощность, безразличие;
- 2) когнитивный – навязчивые мысли, неверие в происходящее;
- 3) поведенческий – нарушение сна, бессмысленное поведение, уход от социальных контактов, потеря интереса к чему бы то ни было.

Внутренняя картина болезни

Оценка болезни и психологическое отношение к ней.

- Вероятность летального исхода.
- Вероятность инвалидизации и хронификации.
- Болевая характеристика болезни.
- Необходимость радикального или паллиативного лечения.
- Влияние болезни на возможность поддерживать прежний уровень общения.
- Социальная значимость болезни и традиционное отношение к заболевшим в микросоциуме.
- Влияние болезни на семейную и сексуальную сферы.
- Влияние болезни на сферу развлечений и интересов.

Конечный и Боухал, «Психология в медицине», 1983 г.

Реакции на информацию о заболевании (Z.J. Lipowski)

(зависят от «значения болезни» для больного):

- **болезнь – угроза или вызов**, а тип реакции – противодействие, тревога, уход или борьба (иногда паранойяльная);
- **болезнь – утрата**, а соответствующие типы реакций – депрессия или ипохондрия, растерянность, горе, попытка привлечь к себе внимание, нарушения режима;
- **болезнь – наказание** и при этом возникают реакции типа угнетённости, стыда, гнева;
- **болезнь – выигрыш или избавление**, а типы реакций при этом – безразличие, жизнерадостность, нарушения режима, враждебность по отношению к врачу.

Внутренняя картина болезни.

Понятие «внутренняя картина болезни» (ВКБ) – возникающий у больного целостный образ своего заболевания – введено **Романом Альбертовичем Лурия**.

В 1935г. вышла его книга «Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания», чаще цитируется 4-е издание — М.: Медицина, 1977г.

4 уровня ВКБ.

- 1) чувственный – комплекс болезненных ощущений;
- 2) эмоциональный – переживание болезни и её последствий;
- 3) интеллектуальный – знание о болезни и её реальная оценка;
- 4) мотивационный – выработка определенного отношения к заболеванию, изменение образа жизни и актуализация деятельности, направленной на выздоровление.

Особенности 1-го уровня ВКБ.

- 1) дискомфортный компонент (неприятные ощущения различной степени выраженности с неопределенной локализацией являются ранними симптомами угрозы соматической болезни; состояние дискомфорта — ранний психологический признак морфофункциональных изменений);
- 2) алгический компонент (дискомфорт может перерасти в болевые ощущения);
- 3) дефицитарный компонент (переживание чувства собственной неполноценности, ограничения возможностей).

Влияние на ВКБ медицинских факторов.

- взаимоотношения врача и больного;
- роль медицинского персонала;
- воздействие обстановки лечебного учреждения;
- влияние на больного других больных, с которыми ему приходится общаться во время пребывания в лечебном учреждении.

Беседа с пациентом.

- Знакомство (как правило, психолога представляет лечащий врач), сбор социально-демографических данных.
- Рассказ пациента о своей болезни: что заставило обратиться к врачу, какие жизненные события предшествовали болезни, осуществлял ли пациент поиски дополнительной информации до и после сообщения диагноза.
- Рассказ пациента о лечении, опыт прохождения негативных моментов, связанных с различными медицинскими процедурами и манипуляциями. Особое значение имеет опыт прохождения цитопении (снижение лейкоцитов вплоть до $0 \cdot 10^9/\text{л}$, снижение тромбоцитов вплоть до $0 \cdot 10^9/\text{л}$, снижение гемоглобина до 70 и ниже г/л).

- Рассказ пациента о себе, своей семье, а также о родительской семье. Оценка семейных отношений самим пациентом.
- Рассказ о работе и оценка самим пациентом возможности продолжения работы в прежнем качестве.
- Выявление нарушений социальной адаптации из-за болезни.
- Рассказ о доноре, о своих взаимоотношениях с ним на протяжении жизни и сейчас, если донором является брат или сестра пациента (в случае аллогенной родственной ТКМ), или же кто-либо из родителей (в случае гапло-ТКМ).

Беседа с родственниками пациента.

1. В случае если беседа состоялась с родителями пациента, то психолог выясняет, желанным ли был ребёнок, как проходили роды, особенности его развития в разные периоды жизни, способы совладания с трудностями в различных ситуациях.

2. В случае беседы с супругом психолог проясняет историю создания семьи, развитие семейных отношений, распределение семейных обязанностей, и какую роль играет заболевший в семье (до болезни и сейчас).

3. Что знает супруг (или родители) о болезни пациента, как он оценивает его шансы на выздоровление. Как супруг (или родитель) видит себя в роли ухаживающего.

ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ПАЦИЕНТЕ

ФИО пациента _____

День рождения пациента « ____ » _____ г. (полных лет ____)

Дата поступления в клинику « ____ » _____ 201__ г.

Поступил: первично, повторно. История болезни № _____

Диагноз _____ установлен _____

Чувствовал(-а) себя больным (-ой) с _____

Инвалидность (если оформлена) _____ группа.

Осведомленность о болезни полная, частичная, отсутствует.

Источники информации о заболевании: беседы с врачами, интернет-источники, медицинская литература, другое - _____

Источники информации о ТКМ: беседы с врачами, интернет-источники, медицинская литература, другое - _____

Тип отношения к болезни _____

Ведущая психологическая защита _____

Лечащий врач _____

ОТКМ для взрослых, ОТКМ для _____

ТКМ родственная, неродственная, гапло-, ауто- « ____ » _____ 20__ г.

Сведения о доноре (со слов пациента) _____

Только ВПХТ; забор клеток « ____ » _____ 201__ г.

Место основного проживания _____

Образование пациента: начальное, незаконченное среднее, среднее, средне-специальное, незаконченное высшее, высшее, два высших образования.

Профессия пациента _____

Работа сейчас: работаю постоянно; работа временная (сезонная); работа без официального оформления; временно не работаю; б/л; пенсионер (-ка).

Место работы (учёбы) _____

Если не работает, то как долго _____

Выполняемая работа или должность _____

Семейное положение: холост, не замужем, обручены (есть жених или невеста), официальный брак, гражданский брак, официальный развод, фактический развод, вдовец, вдова; второй брак.

Состав своей семьи, особенности семейной ситуации: _____

Сколько детей (и возраст) _____

Состав родительской семьи _____

Увлечения, хобби _____

Ухаживающие.

Кто за пациентом ухаживает: _____

Эмоциональное состояние ухаживающего _____

Осведомлённость ухаживающего о болезни пациента _____

Источники информации о заболевании пациента: беседы с врачами, интернет-источники, медицинская литература, другое - _____

Отношение к болезни пациента у ухаживающего _____

Характер контакта пациента с ближайшим окружением _____

Пожелания о степени и содержании психологического сопровождения:
пациент _____

ухаживающий _____

Контактные телефоны:

пациент _____

ухаживающий _____

Дата первой встречи « ____ » _____ 201__ г.

Цели и области ответственности.

Поддержка в совладании с болезнью:

- консультирование и поддержка пациента и его семьи в ситуации длительного стресса;
- поддержка функциональной и соответствующей возрасту развития адаптации к болезни;
- усиление ресурсов, компетентности и автономии пациента и семьи;
- поддержка в острых кризисных ситуациях и в паллиативной ситуации;
- поощрение соблюдения рекомендуемого врачом режима жизни для пациента и здорового образа жизни всех членов его семьи.

Обеспечение терапии и сотрудничества:

- продвижение согласия с выполняемым лечением;
- укрепление семейной компетентности
в эмоциональной и социальной заботе о пациенте;
- информационная помощь для организации
заботы о пациенте дома.

Коррекция специфических симптомов:

- симптом-ориентированное вмешательство
в случае эмоциональных, поведенческих и других проблем.

Психологическое консультирование и поддержка

в ситуации долечивания (отделение дневного стационара):

- консультирование нацелено на обеспечение реабилитации в условиях стационара (отделение восстановительной медицины);
- помощь в получении выгод или прав;
- советы, нацеленные на реинтеграцию пациента в учебное заведение/рабочий коллектив, организацию его досуга.

Факторы стресса и ресурсы.

Стрессоры, связанные с болезнью.

Соматические стрессоры:

- диагностические процедуры (пункции, взятие образцов крови и т.д.);
- терапевтические процедуры (таблетки, обработка полости рта, круглосуточные капельницы и т.д.);
- побочные эффекты лечения (инфекции, рвота, потеря волос и т.д.);
- высокодозная ПХТ, процедура ТКМ/ТСК и т.д.;
- серьёзное физическое ухудшение (интенсивная терапия, боль, кахексия и т.д.);
- тяжёлые степени реакции «трансплантант против хозяина»;
- поздние эффекты болезни и лечения (нарушение мыслительной деятельности, быстрая астенизация и т.д.);
- рецидивы опухоли, прогрессирование болезни;
- паллиативная ситуация лечения.

Психологические и социальные стрессоры:

- «диагностический шок» (эмоциональное состояние, связанное с реакцией на диагноз и прогноз);
- прохождение болезненных или пугающих процедур;
- опасения, связанные с неизлечимостью болезни и её поздних последствиях;
- ограничение образа жизни из-за режима лечения;
- потеря физических и умственных способностей;
- изменение физического образа;
- потеря автономии и самоуважения, чувство вины;
- истощение родственников, вовлеченных в заботу (ситуация хронического стресса);

- высокие требования к заботе по отношению к ухаживающим за пациентом родственниками;
- организационные проблемы (например, забота о детях, расстояние от клиники до дома);
- отделение от семьи, друзей, одноклассников и однокурсников;
- нарушение сексуальных отношений;
- увеличение финансовых расходов, например, на поездки в клинику, на анализы, на дорогие лекарства, не входящих в квоту, аренда квартиры для иногородних пациентов;
- серьёзные финансовые затруднения, из-за невозможности продолжения активной рабочей деятельности по причине инвалидности и плохого самочувствия.

Не связанные с болезнью психосоциальные стрессоры:

- социально-экономические факторы стресса (отсутствие работы, финансовые трудности, проблемы с жильём и т.д.);
- языковые и культурные проблемы, сомнительное юридическое положение;
- неблагоприятное состояние здоровья пациента (отягощённый анамнез) или того, кто за ним ухаживает;
- устойчивые личностные черты и поведение, способствующие дезадаптации;
- разрушение семьи или одиночество на момент болезни.

Личные и социальные ресурсы.

- семейное единство,
- социальная интеграция семьи,
- надежные эмоциональные связи (друзья, родственники, коллеги),
- открытая коммуникация, в том числе о болезни,
- оптимистическое отношение, доверие,
- благоприятные концепции болезни,
- со-активность в решении проблемы,
- открытость и доступность информации,
- стратегии отвлечения,
- поощрение себя,
- умение видеть себя в будущем,
- религиозность,
- поиск более глубокого значения болезни:
«Зачем это мне?»
- экзистенциальные поиски.

**Симптомы,
требующие
психологической
коррекции.**

- проблемы изменения поведения;
- эмоциональные проблемы (признаки беспокойства, депрессивные признаки и т.д.);
- катастрофизация будущего;
- проблемы согласия (например, исполнение медицинских требований)
- проблемы образа тела из-за видимых и невидимых его изменений;
- нарушения познавательной деятельности;
- расстройства аппетита, нарушения сна;
- социальная изоляция из-за особенностей лечения;
- ситуация конфликта, проблематичные обстоятельства жизни;
- проблемы коммуникации между членами семьи;
- неблагоприятные индивидуальные и семейные механизмы для того, чтобы справиться с болезнью.

**Методы
психологической
коррекции.**

- информированность,
- психосоциальная диагностика,
- поддержание доверительного контакта,
- консультирование семьи, консультирование родителей взрослого ребёнка,
- методы расслабления (например, дыхательные упражнения, релаксация по Джекобсону, направленное воображение),
- различные направления арт-терапии, которая способствует выражению чувств, проявлению сил и способностей (в нашей клинике мы используем следующие методы: музыкотерапия, тематическое рисование, написание рассказов о пребывании в больнице, написание сказки для ребёнка, занятия лоскутной техникой, творческие поделки),



- поддержка при паллиативном лечении пациента, поддержка членов семьи в разрешении опасений, связанных с потерей,
- кризисная интервенция,
- поддержка членов семьи после гибели близкого,
- планирование и инициирование амбулаторного и стационарного долечивания и реабилитации,
- организация реинтеграции в институт/на работу,
- встречи с интересными людьми, экскурсии.



Освобождение сознания от болезни с помощью отвлекающей деятельности.

- Когда мысли о раке полностью занимают сознание.
- Когда не получается справиться с тревогой и пугающими мыслями.
- Когда хочется чувствовать себя обычным человеком.
- Когда жизнь кажется бессмысленной.

Отвлекающая деятельность

Цель: получить удовлетворение (я могу!),
расслабиться, улучшить настроение.

- Физическая активность (может ограничена или даже запрещена лечащим врачом) – требует значительных энергозатрат.
- Интеллектуальная активность (чтение книг, написание рассказов и т.п.) – не требует больших энергозатрат.

Планирование дня.

Цель: поменять привычный уклад
больничного дня
(«Когда я болею – я лежу»).

- Планируя свой день, пациент должен здраво оценивать свои силы и возможности.
- Необходимо оставить время не только для отдыха, расслабления, но и для беспокойства (времени, когда **МОЖНО И НУЖНО** говорить о болезни).

Резюме

1. Осознание проблемы.
2. Оценка собственных возможностей в контроле над ситуацией.
3. Отслеживание негативных мыслей.
4. Осознание тех ситуаций, когда они возникают.
5. Понимание того, насколько они основаны на реальных фактах.
6. Решение – перемены необходимы.
7. Формулирование желаемых изменений.
8. Выбор стратегии.
9. Анализ сильных и слабых сторон.
10. Поиск информации.
11. Отвлекающая деятельность.
12. Изменение своего образа мыслей.
13. Расслабление.

Комплаенс

(англ. compliance — **согласие**, соответствие;

происходит от глагола to comply — соответствовать)

— буквально означает (см. Оксфордском словаре английского языка) действие в соответствии с

запросом или **указанием; повиновение** (англ.

compliance is an action in accordance with a request or command, obedience).

<https://ru.wikipedia.org/wiki/Комплаенс>

Комплаенс в медицине

С 1974 года под данным термином понимают **«информированное согласие»** больного на лечение, готовность подчиняться, следовать инструкциям, соответствовать предъявляемым требованиям, т. е. это некое внутреннее пространство больного, в пределах которого можно говорить о совпадении действий пациента с медицинскими рекомендациями.

Факторы, повышающие согласие с лечением.

(Врач)

- установление доверительных отношений с пациентом,
- продолжительность их беседы (особенно первой),
- заинтересованность врача в получении согласия на лечение от больного,
- заинтересованность врача в выздоровлении пациента,
- энтузиазм врача,
- его возраст.

Адекватная реакция на заболевание и лечение (1).

- поведение больного и внутренняя картина болезни соответствуют имеющейся у больного информации о тяжести болезни и её ВОЗМОЖНЫХ ПОСЛЕДСТВИЯХ

Информированность о заболевании и лечении методом ТКМ

- недостаток информации;
- нормальный уровень информированности (с опорой на знания, полученные от лечащего врача нашей клиники);
- гиперинформированность (преобладание различных источников информации, например: знания из интернет-источников, от врачей других специальностей и других клиник преобладают над информацией от лечащего врача нашей клиники).

Адекватная реакция на заболевание и лечение(2).

- больной соблюдает режим, следует предписаниям врача (поведенческий аспект).

Факторы, повышающие согласие с лечением. (Пациент)

- осознание им серьезности своего заболевания,
- возможности его контроля с помощью лечения,
- включение медикаментозной терапии в стиль жизни,
- поддержка со стороны членов семьи.

Соблюдение правил клиники/отделения и всех назначений лечащего врача **пациентом и тем, от кого он в той или иной степени зависит.**

- знание и принятие ограничений;
- соблюдение и исполнение вовремя всех назначений;
- понимание и разделение степени ответственности между медперсоналом клиники и пациентом, а также тем, кто осуществляет за пациентом уход и заботу.

Адекватная реакция на заболевание и лечение (3).

- Умение контролировать свои эмоции и умение справляться с эмоциональными вспышками как у **пациента** так и у **ухаживающего за ним родственника**.

Имеет значение:

- характерологические особенности субъекта,
- наличие или отсутствие опыта совладания с трудностями (степень стрессоустойчивости),
- наличие или отсутствие собственных ресурсов для совладания со стрессовой ситуацией, например: физическая слабость и нервно-психическая усталость лишают человека доступа к ресурсам (в частности, из-за реакции торможения в нервной системе).

ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ

Группы препаратов:

- АНТИДЕПРЕССАНТЫ,
- АНКСИОЛИТИКИ.

60-70% из нуждающихся пациентов, находящихся на лечении, соглашаются с предложенными препаратами.

Главный аргумент, продвигающий согласие:

- нужны силы, чтобы справиться с предлагаемыми обстоятельствами.

ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ ДЛЯ РОДСТВЕННИКОВ ПАЦИЕНТОВ

Основным эмоционально стабилизирующим фактором для родственников пациентов является присутствие другого человека, которому они доверяют: врач, медсестра, медицинский психолог.

Из тех, кто нуждается в фармакокоррекции только **7-10%** родственников соглашаются на терапию.

Причины отказа:

- самоназначения в период неопределённости (афобазол, корвалол и т.п.),
- нежелание быть пациентом,
- желание пройти через страдания в полном объёме как наказание за прямую или косвенную вину в происходящем,
- страх потерять контроль над ситуацией,
- менталитет: «если принимаешь ТАКИЕ таблетки – значит, ты – псих».

Модели взаимоотношений врача и пациента.

1. Техническая. В данной модели пациент является «неисправным механизмом, который нуждается в починке». Личность пациента не учитывается. Есть только физическая проблема, которую нужно устранить. – Автор подхода французский врач и философ Ж. Ламетри (1709-1751). – **Хирургия.**

2. Патерналистская. «Pater» (лат.) – отец. Врач здесь рассматривается как «родитель», а пациент как «неразумное дитя». Врач сам определяет, что является благом для пациента. Здесь уделяется внимание личности пациента, но лишь с точки зрения моральной поддержки. – Авторство приписывается Гиппократу (5 век до н.э.)

3. Коллегиальная. Данная модель в своем крайнем варианте является пациент-центрированной.

Пациент здесь играет активную роль, с ним согласовываются все решения врача. Врач и пациент действуют на основе взаимных обязательств, договоренностей и ожидаемой взаимной выгоды.

– Обе модели (3 и 4) пришли из США, оформившись там в 50-60-е годы 20 века.

4. Контрактная. Взаимоотношения врача и пациента базируются на договоре (в некоторых случаях оформляемом процессуально-юридически) о взаимном уважении прав друг друга. Пациента оповещают о том, как проходит лечение, от него не скрывают информацию, но решение принимает врач, обосновывая его для пациента.

Информированное согласие направлено на преодоление навязывания пациенту воли и представлений врача о методе лечения и защиту пациента от экспериментально – испытательных намерений специалиста.

Информированное согласие учитывает существование принципа автономии больного, подчеркивая не только его определенный правовой статус, в границах которого должно осуществляться лечение, но и право пациента на решение, соответствующее его собственным ценностям и представлениям о жизни и смерти.

(Автор – Роберт Витч.)

**Врачу при беседе с больным необходимо
придерживаться двух параллельных
принципов:**

- **никогда не обманывать пациента;**
- **избегать бездумной откровенности.**

Процесс управления согласием

- понимание необходимости применения лекарственных препаратов,
- контроль за исполнением рекомендаций врача,
- независимость пациента (некая автономность)
— как ответственность.

Цели преодоления несогласия с некоторыми аспектами лечения:

- образовательная - улучшение взаимопонимания между врачом и больным при повышении уровня знаний последнего о своем заболевании и лечении;
- полезность назначаемого лечения для сохранения жизни и здоровья пациента;
- угроза ухудшения состояния при отсутствии согласия с лечением, при этом анализируются когнитивные и эмоциональные реакции пациента.

Схема ежедневного взаимодействия в паре врач-пациент:

1. Приветствие.
2. Выслушивание жалоб.
3. Сообщение анализов.
4. Обсуждение текущей ситуации, озвучивание планов на текущий день.
- 5. Ответы на вопросы пациента и его родственника.**

ВЫВОДЫ

1. Знание личностных реакций на болезнь, понимание ценности жизни и значение смерти для больного помогают врачу выбрать верную стратегию ведения больного к согласию с проводимым лечением.

2. Наиболее эффективной моделью достижения согласия является образовательная модель, что заставляет уходить в прошлое техническую и патерналистскую модель взаимоотношений в паре врач-пациент.

3. Коллегиальная и контрактная модели взаимоотношений врача и пациента становятся более эффективными, т.к. врач и пациент действуют на основе взаимных обязательств, договоренностей и ожидаемой взаимной выгоды, уважая права друг друга.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!