

# 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  
умирания.*

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 развенчали 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***