



Творчески
предизвикателства
в психологията

ПСИХОЛОГИЧЕСКА
ПОМОЩ НА ТЕРМИНАЛНО
БОЛНИ: БОЛЕСТТА КАТО НЕОЧАКВАНА
КРИЗИСНА СИТУАЦИЯ

Теодора Стоева*

PSYCHOLOGICAL HELP
FOR TERMINALLY ILL PATIENTS:
ILLNESS AS AN UNEXPECTED CRISIS

Teodora Stoeva

Abstract. The article deals with an extremely serious personal and socially significant problem related to the difficulties and psychological experiences of terminally ill individuals and their treatment. The psychological features of terminally ill individuals who are expecting death, thinking about it, are considered, which is undoubtedly a painful period of life change and personal transformation. Psychological support tools and therapy and counseling approaches are discussed to make the experiences of these individuals for themselves and those who will leave more bearable.

Keywords: terminally ill individual; counseling; therapy, terminally ill children.

**Психологическа характеристика
на терминално болния пациент**

Една от най-големите трудности, които могат да срещнат консултантите в своята дейност в лечебни заведения, е психологическата работа с пациенти, които са терминално болни. С адекватни средства и психологическа подкрепа тези болни биха могли да имат по-поносими преживявания за себе си, както и за онези, които обичат, но ще напуснат.

Узнаването на терминалната диагноза с летален изход може да бъде ужасяващо – особено ако индивидът не е разсъждавал за

* Теодора С. Стоева – доц. д.пс.н., катедра „Социална, организационна и клинична психология“, СУ „Св. Климент Охридски“ e-mail: tdrstoeva@gmail.com

това как и кога ще почине. При подобна ситуация индивидът не разполага с „наличен“ отговор, няма нито грешен, нито правилен начин за реакция. Първоначалното му усещане е на вцепененост, на неспособност за храносмилане, като с течение на времето е възможно той да преживее широка гама от емоции, като например:

- шокиране след получаване на новината за терминалното заболяване;
- страх от смъртта;
- негодувание и гняв, свързани с мисълта, че тази ситуация е несправедлива;
- отричане на това, което се случва;
- безпомощност поради неспособност да се контролира ситуацията;
- облекчение и евентуално приемане след момента на примиряване със ситуацията.

Въпросът с откровеността с неизлечимо болни е изключително труден и спорен. Съществуват различни мнения по въпроса. Според някои пациента трябва да се каже истината, а други акцентират върху необходимостта от прекалено внимателно отношение към болния и „спестяване“ на всякаква информация, която навежда на мисълта за приближаваща смърт. Както справедливо отбелязва Р. Кочунас (2014), болният има право да знае истината за реалното положение и на никого не е позволено да узурпира това негово право, като не се забравя, че „правото да се знае“ не е тъждествено на „задължението да се знае“.

В действителност терминалното заболяване неизбежно повишава осъзнатостта за реалността на смъртта. То същевременно изменя човешкия живот, като по един парадоксален начин се появяват признаци на „израстване на личността“ (Ялом 2000). По сходен начин е мислил и св. Августин: „Само пред лицето на смъртта се ражда същността на човека“. Независимо че смъртта се възприема като абсолютно зло, без мисълта за нея животът загубва своята интензивност (Кочунас 2014). Нейното приближаване предизвиква психологически проблеми, свързани с:

- оценяване на приоритетите в живота, като дребните неща губят смисъл;

- общуване с близките, което става по-дълбоко и пълноценно;
- намаляване на страха от отхвърляне за сметка на увеличаване поемането на риск в социални ситуации;
- засилване на усещането за живеене на принципа „тук и сега“;
- възникване на чувството на освободеност (обратно на чувството за задълженост, свързано с „трябва“ и „не трябва“);

Консултантът трябва да има предвид тези психологически промени и конкретните изисквания, които те имплицират, в своята работа с терминално болни пациенти. В тази връзка една от задачите на консултанта може да бъде свързана със съдействие на болния да препореди своите жизнени приоритети.

Психологически реакции на неизлечимо болните

Диагнозата за терминално заболяване рядко се посреща с чувство за умиротвореност и приемане, като индивидите преминават през 5 отделни стадия на страдание (Кюблер-Рос 1996). Разпознаването на тези стадии на страдание е важно за консултанта, за да изгради адекватна консултативна стратегия. По-долу представяме описанието на тези стадии:

Стадий 1. Отрицание. Психологическият механизъм на отричане им дава възможност да виждат несъществуваща възможност за оздравяване. Смята се, че стадият на отричане и изолация е подходящ период за обучението на индивида за спецификата на неговото състояние и различните видове лечение, които съществуват. Наблюдава се известен оптимизъм, който е свързан с отричането, и в тази връзка се препоръчва оползотворяване на енергията, която съпровожда това оптимистично състояние (Sanders 1989).

Bird (1975) смята, че най-важният стадий, свързан с преодоляване на страха от смъртта, е отрицанието. По негово мнение отрицанието действа като морфин – не отстранява причината за болестта, но облекчава болката. Според Р. Кочунас (2014), използването на защитата на отрицанието не означава, че болният не знае за приближавашата смърт. По-скоро той предпочита да остане в неведение. На несъзнателно равнище пациентът чувства каква е ситуацията в действителност, но я игнорира.

Стадий 2. Гняв. Пациентът е склонен да си задава въпроси като: „Защо това се случва точно на мен?“, „Защо Бог не чу мол-

бата ми?“. Най-ефикасната реакция на този стадий е консултантът да приеме гнева на пациента, да му позволи да бъде злобен, като го увери, че той е винаги на разположение при нужда (Sanders 1989).

Стадий 3. Спазряване или компромис. На този стадий пациентите се стремят да отложат участта си, като се „договарят със съдбата си“, изменяйки своето поведение, начина си на живот, отказвайки се от различни удоволствия, смятани за грях и т.н.

Този стадий може да се прояви в две форми. Някои индивиди рефлектират върху миналото с разсъждения от типа „Ако аз не бях правил така, сега нямаше да бъда болен“. В зависимост от ситуацията подобно чувство на вина би се уталожило с даването на информация. Възможно е действително индивидът да има вина за своето заболяване. В този случай консултантът е целесъобразно да му помогне да прости на себе си и да измоли прошка от своето семейство за състоянието си и евентуалната смърт.

Други индивиди могат да се „спазряват“ със своето бъдеще, отправяйки молитви към Бог. Това обикновено е свързано с разсъждение от типа: „Само ако ме излекуваш, аз ще се моля по цял ден в черквата“. Независимо дали обаче болният „се пазари“ по отношение на своето минало или бъдеще, този стадий лесно води до депресия. Индивидите, които се чувстват отговорни за своето състояние, независимо дали това е реално, или въображаемо, могат да се депресират въз основа на вината, която преживяват.

Стадий 4. Депресия. Осъзнавайки неизбежността на своето положение, болните постепенно губят интерес към заобикалящия свят, като изпитват мъка и тъга. Уместно е консултантът да покаже на пациента, че е винаги на негово разположение и че не се страхува от болестта му. Също така той трябва да увери пациента, че е нормално да бъде тъжен, без да го окуражава да не „пилее“ остатъка от жизнения си път в депресия (Sanders 1989).

Стадий 5. Приемане/Адаптация. На този стадий настъпва смирение като готовност спокойно да се посрещне смъртта.

Някои индивиди може никога да не преминат през стадиите след „отричането“ или след „гнева“. Уместно е консултантът да се разграничи от „целево ориентираното мислене“ и да не смята, че всички индивиди достигат до стадий на „приемане“ преди смъртта.

Ритуали за облекчаване процеса на страдание на терминално болните

Ритуалите са обичайна част от средствата, които индивидът може да извърши, да използва, за да се справи с жизнените промени.

В най-голяма степен ритуалите могат да се използват, за да се облекчи преживяването на вина за състоянието. Например болният с рак на белите дробове – резултат на пушенето му, може да спонсорира образователна програма, обезкуражаваща другите хора да пушат.

Други ритуали могат да включват дейности, свързани със съхраняване на индивида в родовата памет:

- видео- и аудиозаписи, писмени истории, предназначени за децата и внуците;
- записки до семейните членове;
- подготвяне на семеен фотоалбум.

Цел на тези ритуали е да се създаде чувство у индивида, че ще продължи да живее в съзнанието на своите близки, което е облекчаващо чувство.

Консултиране и терапия с умиращи пациенти

Цели на психологическата помощ

Цели на консултирането и терапията с умиращи пациенти са (по Culkin 2014):

1. Да се осъществи отворена комуникация с терминално болния, като му се осигури честна фактическа информация за неговото състояние.
2. Да се улесни изразяването на значими емоции и пациентът да бъде обучен в управлението на тези емоции.
3. Да се установят взаимовръзки, в които пациентът може да преживее подкрепа в конфронтацията със смъртта.
4. Да се осигури адекватно взаимодействие между пациента и неговите близки.

Указания за психологическа работа с пациенти с терминално заболяване

1. Р. Кочунас (2014) предлага няколко важни принципа за консултативна работа с терминално болни, които могат да се сведат до следното:

2. Необходимо е вслушване в молбите на умиращите и грижливо да се удовлетворяват потребностите им.

3. В общуването с болния трябва да се избягва неоснователният оптимизъм, който би довел до подозрение и недоверие.

4. Думите на терминално болния често са наситени със символи. За по-доброто разбиране на смисъла на посланието му е необходимо да се дешифрира скритото значение.

5. Не трябва болният да се възприема само като обект на грижи и съчувствие. Прекомерното поемане на отговорност вместо него намалява диапазона на неговата самостоятелност. Затова е уместно да му се позволи да участва във вземането на решение за лечението му и др.

6. Онова, от което може да се възползва пациентът, това е личността на консултант. За това най-малкото е необходимо консултантът да проявява елементарна човешка отзивчивост.

7. Не трябва да се забравя философското изречение: „Човек винаги умира в самота“. То не трябва да се възприема буквално като оправдание за защитното „избягване“ на болния. Страхът от смъртта става още по-силен, когато човек е сам. Затова не трябва болният да се третира като умиращ, необходимо е да поддържаме с него възможно най-пълноценен контакт.

Можем да прибавим и още конкретни указания за работа с терминално болния (Rando 2000):

8. Когато се говори с болния, е уместно да използваме фрази като: „Слушам те“, „Аз съм тук заради тебе“, „Разбирам какво се опитваш да кажеш“, „Нормално е да се чувстваш така“.

9. Необходимо е да се избягват фрази като: „Знам как се чувстваш“, „Всеки минава през това в крайна сметка“, „Не казвай такива неща“, „Не бъди песимистичен“, които носят посланието за обезценяване на проблема.

10. Целесъобразно е консултантът да бъде конкретен, като задава въпроси, например: „Искаш ли друга възглавница“ вместо „Удобно ли ти е?“ или „Искаш ли вода?“ вместо „Нещо искаш ли да ти дам?“.

Подходи на терапия и консултиране на терминално болни

Психодинамичен подход. Основен обект на третиране на психодинамичния подход са емоционалните конфликти и психологическите защити на индивида. Конфликтите и защитността придобиват известна специфичност в ситуацията на неизбежна смърт и чувство за обреченост, като психодинамичният подход се адресира именно към тези две теми с цел разрешаване на психологическата криза до степента, до която това е възможно (Culkin 2014). Психоаналитикът Е. Erickson (1959) назовава последния стадий от развитието на Егото – „Его интегритет срещу отчаяние“ – и го идентифицира с конфронтацията със собствената смърт. Страхът от смъртта може да предизвика провал в преди това интегрираното Его функциониране и да се превърне в нагласа на отчаяние и отвращение (Erickson 1959).

Страхът от смъртта предизвиква различни защитни реакции, които да доведат до известно облекчаване на психологическия стрес, но в крайна сметка възпрепятстват индивида от ефективно справяне със ситуацията. Типичните защити са на отричане, проекция, регресия, изместване (Culkin 2014). Отказът да се приеме реалността на смъртта прави невъзможно индивидът да подготви себе си и семейството си адекватно за това. Защитата на проекция е свързана с изразяване на враждебност към околните – лекари, медицински сестри, семейство. Болният обвинява другите за ситуацията, в която е. Изместването е свързано с формиране на „заместващи“ страхове, например някои от болните започват да се безпокоят твърде много за членовете на семейството. Регресията е свързана с незряло зависимо и самоувреждащо поведение. Пример за това е позицията на пълна безпомощност, когато пациентът се е предал напълно и само очаква смъртта. Основна цел на психодинамичната консултация и терапия е да се помогне на терминално болния пациент да признае, конфронтира и замести защитите с психологически здравословна нагласа по отношение на смъртта.

Хуманистичен подход. Хуманистичният подход на психологическо консултиране и терапия е повлиян в значителна степен от екзистенциализма, който като философия противопоставя живееенето на „пълноценен живот“ с реалността на смъртта. Осъзна-

ването на смъртта помага на индивида да си изясни ценностите и целите в живота, както и мотива му да живее един живот, който е пълноценен и изпълнен с мисъл.

Хуманистичният подход на консултиране и терапия съдейства пациентът да живее колкото е възможно по-пълноценно пред лицето на смъртта. Без да дава фалшива надежда и оптимизъм, консултантът, съответно терапевтът, се опитва да мобилизира пациента да живее, като окуражава изразяването и израстването на Аза и улеснява себеактуализацията (Le Shan 1969). L. Le Shan (1969) като защитник на този подход изразява своето виждане за хуманистичното консултиране и терапия при терминално болни със следната забележка: „Помощта е нужна в контекста на това как да се живее, а не как да се умре“. Илюстрация на неговата гледна точка е представена по-долу в следния диалог:

Пациент: Изплашен съм от това, че имам рак. Аз искам да живея.

Консултант/терапевт: Защо? Животът на кого искаш да живееш?

Пациент: Никога не съм живял своя собствен живот. Винаги бях зает с неотложни всекидневни задачи. Затова пия. Така нещата изглеждат по-добре.

Консултант/терапевт: Може би най-доброто е да откриеш какъв живот искаш да имаш и да започнеш да живееш.

Пациент: Как мога да направя това?

Консултант/терапевт: Това се опитваме да открием сега.

L. Feigenberg (1975) описва основните черти на хуманистичния подход по следния начин:

- Позволява на клиента да установи самостоятелно темпото на лечение.
- Подчертава силната подкрепа и емпатичната връзка с клиента.
- Окуражава клиента да преосмисли темата за смъртта, като създава възможност той „да се включи позитивно в процеса на умирање“.

1. Поведенчески подход. Поведенческият подход на консултиране и терапия е насочен към обучение на пациентите с терминални заболявания на по-адаптивни копинг умения за справя-

не с кризисната ситуация на неизбежна смърт. Подобна ситуация предизвиква емоционални реакции на тревога и депресия, които възпрепятстват пациента в това да живее удовлетворителен живот. Цел на този подход е да облекчи негативните емоции и да направи пациента способен на по-ефективно справяне във времето, което му остава. Могат да бъдат използвани стандартни поведенчески техники за облекчаване на симптомите на терминално болните, като релаксационен тренинг, десенсибилизация, които могат да редуцират интензивния страх и напрежението. Пациентите могат да се обучават и на умения за самоуправление чрез използване на изложение за самостимулиране (Culkin 2014). При този подход пациентът се научава как да използва когнитивни и поведенчески умения за подготовка за управление на болката. Някои от себеизложенията, научавани чрез тази техника за контрол на болката, са:

1. Подготовка за болката:

„Какво трябва да направя?“

„Аз трябва да направя план, за да се справя с нея.“

2. Конфронтиране и управление на болката:

„Аз мога да посрещна предизвикателството.“

„Просто се отпусни и дишай дълбоко.“

3. Изложения за самостимулиране:

„Браво, направих го.“

„Аз се справих с това добре.“

Поведенческият подход се фокусира върху специфичните конкретно изразени симптоми. Основна цел на този подход е на пациента да се осигурят копинг умения, чрез които той да може да редуцира болката и дискомфорта, като постигне усещане за контрол в живота си. Загубата на контрол върху собственото тяло, действие и бъдеще, която се преживява от умиращия пациент, може да доведе до емоционален дистрес и до чувството на безпомощност и пасивност. Придобиването на копинг умения няма да промени негативните чувства, но ще подобри самооценката, пациентът придобие усещане за компетентност и самоефикасност.

Семеен подход. Очакването за смърт на член от семейството поставя цялото семейство в състояние на криза. Смъртта е заплашваща ситуация за всеки член от семейството. Семейната консулта-

ция/терапия може да включва различни видове парадигми в зависимост от въпросите, които се цели да бъдат третирани. Терминално болните най-често изпитват потребност да чувстват близост и подкрепа от семейството си. В семейства със стари конфликти, които се намесват в отношенията между пациента и близките му, консултантът/терапевтът може да улесни постигането на по-отворена и продуктивна комуникация.

Друг проблем може да бъде наличието на защити в семейните членове, подобно на отричането на фактите и изместената агресия. Възможен проблем е и преживяването от членовете на семейството на интензивни емоции, като гняв, страх и депресия. В семеен контекст отделните членове се окуражават да осъзнаят и изразят своите чувства, свързани с очакването на смъртта на техния близък. В този смисъл предимство на семейния подход е, че той предлага възможност на всеки да приеме фактите и всички да работят съвместно за подобряване качеството на живот на умиращия.

*Особености на психологическата помощ
при терминално болни деца*

Психологическата помощ при терминално болни лица трябва да е приспособен към възрастовото им равнище, заболяване, индивидуалност и семейство.

В ранна детска възраст липсва разбиране за смъртта, което ограничава диапазона на емоционалните реакции. В тази възраст понятието за смърт е повърхностно и магическо и чувството на децата за смъртта се свързва с отделяне от семейството.

В средния период на детството със съзряването и повишаването на самоосъзнатостта децата започват да възприемат смъртта като необратимо и конкретно събитие. На около 10-годишна възраст децата възприемат смъртта като наказание за извършване на лоши постъпки и преживяват угризения, вина и срам.

H. Wass & C. Carr (1984) описват 5 стадия на разбиране и осъзнаване на значението на смъртта:

1. Разбиране, че болестта е сериозна.
2. Разбиране за смисъла и значението на вземането на лекарствата.
3. Разбиране за лечебните процедури.

4. Осъзнаване на фазите на рецидив и ремисия.

5. Осъзнаване за собствената смърт.

В периода на късното детство между 10–12-годишна възраст и пубертета се повишава осъзнатостта при децата за физическите аспекти на заболяването. Страхът от болката и физическите дефицити са най-значимите за тях въпроси. Терминално болните деца в преходна възраст (пубертета) възприемат себе си като измамани по отношение на бъдещето, което не могат да имат (Wass, Carr 1984).

При терминално болните юноши се наблюдава остро усещане за несправедливостта, свързана с преждевременната смърт. Тези възприятия обуславят обикновено враждебност и агресивно поведение, което трябва да е във фокуса на консултативната дейност (Wass, Carr 1984).

Психологическата помощ за деца и юноши е свързана с предлагане на акуратни данни за състоянието и лечението им. Емоционалната подкрепа също е цел на консултативната/терапията на терминално болни деца. Игровата терапия е подходящ за ситуацията метод, чрез който децата могат да преработят своите емоции, като ги отреагират и редуцират равнището им на интензивност по този начин. В играта се дава възможност на детето да преживее чувството на успех и контрол, което да повиши самооценката му. Могат да се направят опити да се нормализира животът на детето, като то бъде подпомогнато в различни образователни дейности.

* * *

Консултантите, работещи с терминално болни, могат да нормализират емоциите, да осигурят психологическа подкрепа и да предложат информация за нормалните физически, емоционални и социални промени, както и да съдействат за разрешаване на чисто практически проблеми. Важен аспект от тяхната работа е да положат грижи за самите себе си, особено важно е консултантът да се дистанцира от своите чувства, свързани с клиента, като се предпазва от емоционално изчерпване.

БИБЛИОГРАФИЯ

VIBLIOGRAPHY

1. **Кочунас, Р. 2014:** Кочунас, Р. Психологическое консультирование. Москва: Академический проект.
2. **Кюблер-Рос, Е. 1996:** Кюблер-Рос, Е. За смъртта и умирането, София. // **Kubler-Ross, E. 1996:** Kubler-Ross, E. *Za smarta i umiraneto*, Sofia.
3. **Ялом, П. 2000:** Ялом, П. Экзистенциальная психотерапия. Москва: Класс. // **Yalom, P. 2000:** Yalom, P. *Ekzistentsialna psihoterapia*. Moskva: Klas.
4. **Bird, B. 1975:** Bird, B. *Talking with patients*. Philadelphia: Lippincott company. Culkin, J. *Psychotherapy with the dying person*. <<http://www.qcc.cuny.edu/socialscience/deathanddying-text/Culkin.htm>> (юни, 2014).
5. **Erickson, E. 1959:** Erickson, E. *Identity and the life cycle*. New York: Norton.
6. **Feigenbery, L.:** Feigenbery, L. *Care and understanding of the dying: Patient – centered approach*. *Omega*, 6: 81–94, 1975.
7. **Le Shan, L. 1969:** Le Shan, L. *Psychotherapy and the dying patient*. In: *Death and dying: Current issues in the treatment of the dying person*. L. Pearson (Ed.). Cleveland: Case western reserve university.
8. **Rando, T. 2000:** Rando, T. *Clinical dimensions of anticipatory mourning: Theory and practice on working with the dying, their loved ones, and their caregivers*. Champaing: Research Press.
9. **Sanders, C. 1989:** Sanders, C. *Grief. The mourning after*. New York: Wiley.
10. **Wass, H. & Carr, C. 1984:** Wass, H. & Carr, C. *Helping children cope with death: Guidelines and resources*. New York.