

ПСИХОЛОГИЧНО КОНСУЛТИРАНЕ ПРИ ХОСПИТАЛИЗИРАНИ ПАЦИЕНТИ

Р. Крумова-Пешева, Л. Спасов и В. Михайлова

Университетска болница „Лозенец“ – София

Резюме. В рамките на болничния престой емоционалното състояние на болните се характеризира с повишена тревожност, напрегнатост и депресивност. Пациентът преживява тежко отделянето си от близките и от обичайния стереотип. За него източник на тревога са манипулациите с тялото му, неяснотата и неизвестността, липсата на контрол над себе си и ситуацията. Болничната институция е, от една страна, помощна инстанция, а от друга – заплаха с много неизвестни. Тази амбивалентност на отношението често пречатства лечението и пречи на възстановяването на болните. Целта на статията е да се опишат част от емоционалните състояния и кризи на хоспитализирани пациенти, както и възможностите за ефективно повлияване и грижа чрез методите на психологичното консултиране.

Ключови думи: психологично консултиране, хоспитализация.

R. Krumova-Pesheva, I. Spasov and W. Mihajlova. PSYCHOLOGICAL CONSULTING OF HOSPITALIZED PATIENTS

Summary. Usually during the stay at a hospital emotional state of the patients is characterized by increased anxiety levels, tension and depression. It is hard to stay separated from the family and the usual stereotype. Source of anxiety are the interventions on the body, the ambiguity and obscurity, the lack of control over oneself and the situation. Hospital is helping, but on other hand it is a threat with lots of unknowns. This ambivalence often prevents and interferes the recovery. The authors' purpose is to present only a specific part of the emotional states and crisis of hospitalized patients and the opportunities for effective care with the methods of psychological consulting.

Key words: psychological consulting, hospitalization

Въведение

Психологичното консултиране на пациентите в рамките на техния болничен престой е важна част от лечението и справянето с болестта и страданието. В болничната среда често се активизират редица тревожни и депресивни състояния, които затрудняват лечебния процес. Те са в състояние сериозно да пречатства лечението на болния, дори да го саботират. Фактът на физическото заболяване е свързан с преживяването за загуба и нежелана

промяна. Съпътстван е от идеята за криза и „катастрофа“. Пациентите преживяват в много случаи болничния престой като натоварващ, плашещ и провокиращ, с чувството за безпомощност и за липса на контрол над себе си и над живота си.

Цел

Целта на изследването е да се представи част от емоционалната динамика, през която преминават болните, хоспитализирани в болнична институция за продължителен период. Посочва се необходимостта от психологично консултиране за тези болни, свързана с идеята за оптимизиране на тяхната терапия и възстановяване.

Материал и методика

В изследването са включени 53-ма болни на възраст 28-56 години, 30 мъже и 23 жени. От тях 28 души са със съдови и 25 – с кардиологични заболявания. Средната продължителност на престоя на пациентите в болница е 10 дни. В рамките на този престой с всички е провеждано психологично консултиране с честота през ден и с продължителност – 30 минути времетраене на една консултативна сесия. Консултативната работа е базирана на психоаналитичната парадигма. Основен метод е психодинамичното интервю. Изследването се осъществява по:

- Методика за психологична оценка и
- Методика за проследяване на емоционалната динамика [1].

Пациентите нямат психиатрични заболявания в личната си история. Те имат добър личностен потенциал, стабилна самооценка, добри комуникативни умения и адаптивни възможности, добри способности за емоционална експресия, достатъчно ефективни подкрепящи системи, достатъчно добър импулсен контрол и способности за толериране на фрустрациите и дистреса [1].

Проведеното изследване е в сферата на качествените научни изследвания, което е една от модерните тенденции в съвременната клинично-психологична практика. Това се налага, тъй като стандартизираните тестови психодиагностични процедури представят само „моментна снимка“ на емоционалното състояние на болния и не показват психичните феномени в тяхната динамика. Пациентите приемат психометричните изследвания като оце-

няващи личността им с оглед предстоящото лечение в болницата. Това повишава тяхната тревожност и напрегнатост, което не е желателно. В процеса на психологично консултиране се осъществява психодиагностична и консултативна работа – две линии, които вървят успоредно и се коригират взаимно.

В изследването са включени болни, които са заявили желание да бъдат консултирани с психолог в рамките на техния болничен престой. Мотивите им за това са повишената тревожност и дистрес.

Резултати и обсъждане

Емоционалното състояние на болните в рамките на техния болничен престой се характеризира с повишена тревожност и напрегнатост. Част от причините за това състояние се дължат на отделянето на пациента от неговото семейство и от обичайния му стереотип на функциониране. Отделянето провокира чувство на несигурност и безпомощност. Независимо от ефективната грижа на близките болният често споделя за нуждата си от интензивна подкрепа. Той регресира до поведение и преживяване, характерни за раннодетските етапи в онтогенетичното развитие на човека [10]. Хора с достатъчна зрялост и „плътност“ на личността са склонни да плачат неудържимо, да искат да бъдат изписани незабавно, да търсят непрекъснато внимание и обгрижване, без да бъдат достатъчно критични към себе си в такива моменти. Склонни са прекалено бързо да декомпенсират в тревожен или депресивен вариант [11, 12]. Тези декомпенсации нямат болестен характер и са бързопреходни. Тяхното възникване обаче не трябва да бъде подценявано. Без преработването им съществува риск пациентът да развие склонност към различен вид соматизации на напрежението. Това забавя и затруднява неговото физическо стабилизиране и справяне с болестта.

Друг източник на тревога за болните е застрашеният им телесен идентитет. Те чувстват липса на контрол над собственото тяло. Усещат тялото си променено и чуждо. Склонни са да се дистанцират от себе си [13]. На безсъзнателно равнище започват да мразят тялото заради болестта и заплахата то да ги унищожи. Активизират се ранни архаични параметри на вътрешнопсихична конфликтност, които могат да затруднят тестирането на реал-

ността за болния. Той се „капсулира“ във вътрешната си реалност, запълнена с болезнени и неприятни усещания. В състояние е да измести външната реалност по чисто защитни съображения. Защитните стратегии се отнасят до неприемливите и застрашаващи аспекти на външните обстоятелства и на болестта [14]. Пациентът се защитава от темите за нежелана промяна и дори – инвалидизация. Той безсъзнавано се опитва да избегне въпросите за загубата, свързани с ограниченията на телесната болест. Заболяването изисква промяна в обичайното функциониране. Прави впечатление трудното психично интегриране на този факт. По-голямата част от пациентите са склонни да приемат факта рационално, но не и емоционално. Те „не искат“ да допуснат рисковете и ограниченията, произтичащи от болестта [2].

Източник на голямо напрежение при хоспитализираните пациенти е фактът на различните медицински процедури и манипулации с тялото. Голям брой от тези манипулации са болезнени. Крият рискове и неизвестни. Алармират за опасности и проблеми [7]. Една част са свързани с голотата и уязвимостта пред чужди хора. Групата болни, в по-голямата си част – мъже, споделят срам и неудобство от този факт. Срамът и неудобството носят характеристиките на соматизации, с които справянето е продължително на физическо и психично ниво. В безсъзнателен аспект регресията на психичния апарат е към етапи на т.нар. в психоаналитичната литература „страх от чуждия“. Пациентът изпитва неудържим страх от това, че могат да му навредят или от това, че може да се изложи и злепостави. Чувства се малък и безпомощен. Интензивността на преживяването е много висока [8].

Отношението на персонала е друг фактор, към който болните стават особено чувствителни в рамките на хоспитализацията. В повечето случаи в техния модел на здравно поведение опитът от взаимодействия с болничната среда е негативен. На базата на този опит нагласата на пациентите в повечето случаи е негативистична. Те очакват negliжиране, отхвърляне, грубо отношение. Понякога са в прекомерна степен подозрителни и дори – параноични. Парадоксално те търсят помощ, но не очакват помощ. Това е в състояние да повиши равнището на психична конфликтност, да провокира редица симптоми на чисто емоционална основа [3]. Тези симптоми имат психогенен характер, но могат да бъдат упорити и продължителни. Те представляват пречки в процесите на

лечение и възстановяване от болестта. Нагласата за лечението е амбивалентна, което затруднява изграждането на доверие в болничната институция и в лекуващия екип.

В логиката на патерналистичния модел на мислене и възприемане на света болните имат редица нереалистични очаквания към лекуващия екип и в частност – към лекуващия лекар. Те показват стремеж да се „оставят в ръцете на лекаря“, който е безспорен авторитет и знае какво прави. Такова поведение е също дълбоко регресивно и крие риска от пасивността и безучастността в собственото лечение. Някой друг носи отговорност и това освобождава тебе самия от вземането на решения и поемането на част от отговорността. Така не допускаш грешки. Такова разбиране е предпазна мярка срещу чувството на вина. Част от болните се държат регресивно като безпомощни деца, очакващи някой „добър обект“ да gratифицира техните нужди и желаниа [4]. Сякаш лекарят е длъжен като една „достатъчно добра майка“ да разпознава нуждите на пациента, без те да са дефинирани, заявени. Да ги отгатва и реализира. Това е доказателство за инфантилната природа на голяма част от желанията и потребностите на хората, поставени в критична за тях ситуация.

Желанието да бъдат изписани при някои пациенти е провокирано от неприемането на заболяването в психически интегриран вид. На рационално равнище те разбират реалността на фактите. На емоционално имат несъзнавана вътрешна съпротива да ги понесат. Изпадат в личностни кризи на бунт и протест срещу лечението и лекарите, отхвърляйки необходимостта от терапия и грижа. Характерно е често за хора с повишен самоконтрол, които трудно понасят инфериорна позиция. Възприемат лечението си от гледна точка на власт и надмощие, сила и слабост. Загубата на здраве за тях е тема, която в психологичното консултиране може да бъде поставена и преработвана. Подобен род пациенти са склонни да реагират с „тийнейджърски протест“ в рамките на болничното заведение и да затрудняват лечението си поради свръхтревожност или повишена депресивност.

Нежеланието да бъдат изписани е белег за зависимо поведение при някои болни. Те изпитват интензивен страх при отделянето си от болницата и лекаря. Имат нужда от гаранции и уверения. В психологичното консултиране те могат да осъзнаят тази своя потребност и да търсят начините си за справяне със своята

инфантилна конфликтност. Могат да стабилизират самооценката си и увереността в собствените възможности.

Редица страхове на болните са свързани с опасението за лекарски грешки и евентуално нараняване. Този въпрос се отнася до доверието и недоверието към лекаря и болничната институция. Има отношение към нагласите за здравно поведение и здравна помощ в България. Създаването на негативен имидж на лекарската професия в голяма степен подкрепя и стимулира подобен род страхове и опасения. Пациентите често реагират крайно – от пълното и безкритично предоверяване до отхвърлянето и параноидните тенденции [5]. Това създава редица рискове за професионалната връзка „лекар–пациент“, която е индивидуална и уникална. От психоаналитична гледна точка тези съзнателни страхове корелират с кастрационния страх в несъзнаваното – страхът, че могат да ти отнемат особено важна част от тялото [1].

Ролята на психологичното консултиране се изразява в осъществяването на една различна от медицинската парадигма функция. В някои случаи неговото значение е в посредничеството между персонала и пациента, между персонала и семейството на пациента. В други случаи осигурява специално пространство на болния, в което той има възможност да вербализира страховете, опасенията и очакванията си. Назоваването на тревогите и напреженията е подходящ начин в известна степен те да бъдат „вентилирани“ и редуцирани. Това дава шанс на болния да види ситуацията си отстрани, по-непредубедено и неутрално [7]. Така в голяма степен получава възможност за контрол над редица свои преживявания и поведения. Пациентът си дава сметка за редица прояви на собствената си вътрешнопсихична конфликтност чрез методите на психологичното консултиране – да рedefинира състоянието си, отношението към себе си, болестта и лечението. В консултативния процес той има гарантирано неутрално и регулярно присъствие, което често създава усещането за сигурност с постоянството на професионалната рамка.

В психологичното консултиране пациентът може да обсъжда всички теми и въпроси, които не би си позволил да коментира с близките си или с лекуващия екип. Той има възможност да назовава неназовимото, да си даде сметка и да осъзнае факти от него самия, които са били недостъпни за съзнанието му. Това провокира постигането на по-голяма автономност и грижа за себе си [6].

С помощта на психолога е важно болният да намери механизмите си на контрол над болката, неяснотата и неизвестността. Консултантът му предлага по-пълно опознаване на собствения потенциал в една критична за болния ситуация. Толерансът към фрустрация и тревога при всеки, който е в криза, значително се понижава. Психологичното консултиране осигурява за пациента допълнително равнище на подкрепа. То е ангажирано и предварително ясно регламентирано. Притежава свойството да активизира капацитета на личността за справяне и ефективна промяна.

До настоящия момент не са наблюдавани съществени различия между пациентите по признаците пол и възраст.

Изводи

1. Необходимостта от продължителен болничен престой се преживява от болните с повишена тревожност, напрегнатост и депресивност при психично здрави хора.

2. Хоспитализираните пациенти са склонни към дълбоко регресивни преживявания и поведения, независимо от равнището на зрялост на личността им.

3. Психологичното консултиране дава възможности за постигането на ефективен контрол върху тревожността, неизвестността и болката.

4. Психологичното консултиране в болничната институция е важна функция, която подпомага ефективно лечебния процес и възстановяването на пациентите.

Библиография

1. Крумова-Пешева, Р. Психотерапия и трансплантация. София, Унис-корп, 2011, 231.
2. Крумова-Пешева, Р., Х. Пешев и Л. Спасов. Сравнително наблюдение върху травматизма от загубата при пациенти с трансплантация на орган и с ампутация на крайник. – Ангиология и съдова хирургия, **15**, 2012, № 1, 37-40.
3. Крумова-Пешева, Р., Л. Спасов и В. Михайлова. Психическа преработка на усещането за безобектен ужас след тежки животоспасяващи операции. – Клинична и консултативна психология, **2**, 2011, № 8, 28-31.
4. Крумова-Пешева, Р., Л. Спасов и В. Михайлова. Идеята за нарцистичната рана при пациенти с репродуктивни проблеми и при пациенти с трансплантация на орган. – Клинична и консултативна психология, **2**, 2011, № 8, 32-35.

5. Крумова - Пешева, Р. и Л. Спасов. За някои аспекти на психологическата работа в предоперативния период при пациенти, нуждаещи се от трансплантация на орган. – Психосоматична медицина, **18**, 2010, 40-57.
6. Крумова - Пешева, Р. и Л. Спасов. Психологически проблеми и психологическа работа при пациенти с чернодробна трансплантация. – Психосоматична медицина, **18**, 2010, 19-40.
7. Крумова - Пешева, Р., К. Гиров и Х. Пешев. Хирургическата интервенция като физическа и психична травма. Ангиология и съдова хирургия, **15**, 2012, 3-13.
8. Крумова - Пешева, Р., К. Гиров и Х. Пешев. Болката в психичната реалност на пациенти с неврози и пациенти със съдови заболявания. – Ангиология и съдова хирургия, **15**, 2012, 14-19.
9. Фройд, А. Егото и защитните механизми. С., ЛиК, 2000, 142 с.
10. Фройд, З. Въведение в психоанализата. С., Наука и изкуство, 1990, 550 с.
11. Фройд, З. Отвъд принципа на удоволствието. С., Наука и изкуство, 1992, 205 с.
12. Тэхкэ, В. Психика и ее лечение: психоаналитическият подход. Москва, Академический проект, 2001, 573 с.
13. Alexander, F. A metapsychological description of the process of cure. – Int. J. Psycho-Analysis, 1925, 13-34.
14. Arlov, J. A. Fantasy and identification in empathy. – Psychoanal. Q., **43**, 1974, № 1, 26-50.

✉ **Адрес за кореспонденция:**

Румяна Крумова-Пешева, д.пс. – психолог-психотерапевт
 Университетска болница „Лозенец“
 ул. „Козяк“ № 1
 1407 София

☎ 0887 23 99 27

e-mail: rutsi@abv.bg