

СПЕЦИФИКА И ПРОБЛЕМИ В ОКАЗВАНЕТО НА ПСИХОЛОГИЧНА ПОМОЩ В БОЛНИЧНА СРЕДА

Иван Александров¹, Вероника Иванова

Настоящият доклад разглежда моменти от спецификата на психологичната помощ в болничните заведения. Изследването се ограничава в рамките на психологичните интервенции по време на криза (най-често инцидент или оперативна намеса) в болнични условия. Основният акцент е поставен върху два аспекта: първият, е свързан със спецификите на болничната среда и ограниченията, които тя налага върху прилагането на психотерапевтични методи, и вторият, върху конкретни психологични интервенции, удачни за използване в такива условия. Идеята на разработката е предлагане на техники, подходящи за психологична работа в динамична ситуативно обусловена обстановка.

Ключови думи: психологична помощ, болнична среда.

В съвременните условия все повече нараства практическото значение на психологичната помощ не само в индивидуалната практика, но и в специфичните условия на различни среди, в които човек е подложен на високи нива на стрес. Такава специфична среда е болничната.

В съзнанието на човек, болницата е все още само място за лечение, където мъките са повече от радостите. Влизането в болнично заведение е част от живота и в името на живота. Независимо от този факт, постъпването в болница само по себе си е стресово преживяване, което може да генерира значителна тревожност, уязвимост и несигурност. По време на престоя и лечението в болница човек е подложен на рискови и рутинни процедури, свързани често с последваща загуба на индивидуалния избор и неприкосновеността на личния живот. Самите болници се определят като странни и самотни места, в които хората са в контакт със страдание и понякога смърт.

¹ Гл. ас. д-р Иван Александров – Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ – Варна

Адрес за контакти: : i_s_aleksandrov@abv.bg

Погледнато в този аспект, психолозите, работещи в клиниките и отделенията се изправят пред предизвикателството да прилагат в една медицинска среда модел на подкрепа, който е различен от медицинския.

Тази задача се усложнява от факта, че повечето работещи в болничната среда са клинични психолози с недостатъчна подготовка и практика извън психиатричните клиники. Често може да се случи и друго – в желанието си да се идентифицират с престижа на лекарската професия, психолози се определят като „лекуващи“ и работят в рамките на т.нар. медицински модел (фокусиран върху физическите аспекти на заболяването).

Проблемите при психологичната помощ в болнични условия са сложни и поради факта, че е практически невъзможно да се осъществява цялостна психотерапия в болничната среда поради спецификата на условията и. Оказва се, че и отделните психотерапевтични техники също следва да се прилагат внимателно, с оглед заболяването на болния (Александров, 2004: 34-37).

Най-често срещаните трудности, свързани с оказването на психологичната помощ в болничните заведения могат да се систематизират по следния начин:

1. Проблеми, свързани с мястото при осъществяването на психологичната помощ.

Поради факта, че много лежащо болни са физически неспособни да напуснат отделението, сесиите могат да се провеждат в кабинета на лекаря, в дневните помещения и въобще на всяко свободно място. За болни, които са напълно неподвижни, дейностите на психолога се провеждат до техните легла, които често не са изолирани дори с преграда от тези на другите болни.

2. Проблеми, свързани с прекъсванията.

Например, ако една дългоочаквана процедура с подлагане на скенер е обявена десет минути след започването на работата на психолога, то последната се прекъсва. Медицинските процедури са важни не само от медицинска гледна точка, а и от психологическа. Ако сканирането се пропусне, това често означава, че е възможно да се чака още една седмица, и по този начин да се удължи тревогата по отношение на непотвърдената диагноза.

Желателно е психологът да прецени, кога могат да се избегнат такива моменти и да се пропуснат натоварените часове, като се намалят по този начин конкретните сблъсъци между психологическата помощ и медицинските дейности.

Прекъсванията са свързани и с обичайната практика на персонала. Пространството в болницата се счита за публичното пространство и персоналът може да прекъсне работата по различни причини – за изпразване на кофата за боклук, инжектиране, или за извършване на жизнено важна процедура, която е била повторно планирана.

3. Проблеми, свързани с честотата на консултиране.

Пациентите или техните близки могат да се видят само веднъж седмично, всеки ден (по време на остри периоди на стрес), или периодично

по заявка. Честота на срещите трудно може да бъде точно определена. Тя зависи от спецификата на заболяването или травмата, и състоянието на лекувания.

4. Проблеми, свързани с прекратяване на консултирането.

Психологът може да оказва краткосрочна помощ и кризисна интервенция, но не рядко лечението се прекратява рязко, поради неочаквани премествания в друго лечебно заведение, изписване или смърт.

5. Проблеми, свързани с продължителността на сесиите.

В болнични условия няма точно фиксирано време за продължителността на сесиите. В зависимост от физическото състояние на пациента може се провеждат по-кратки сесии. По същия начин психологът може да остане по-дълго, до 1-2 часа, ако се налага.

6. Проблеми, свързани с анонимността, разстоянието и физическия допир. Много от лекуваните са частично облечени или с пижама.

В повечето случаи, психологичната помощ в болнични условия е свързана с кризисно консултиране и краткосрочни терапевтични техники. Основната и задача е да успее да прилага модел, фокусиран върху преживяванията, а не върху конкретния симптом или болест (Бонгар, Бютлър, 2002: 547-562).

Сложността на консултирането в болнични условия произтича от необходимостта от двойно диференциране: първо, психологът трябва да се отграничи от медицинския модел, свързан с лекуването, и второ, от модела на психотерапевта, разбиращ каузалността на психологичната проблематика, единствено във вътрешнопсихичния живот на човека, игнорирайки рисковите фактори на самата болнична среда.

Липсата на ясен модел за консултативните подходи и техники, и най-вече данни за тяхната ефикасност, допълнително усложнява задачата на психолога в болничното заведение. По принцип, консултирането като метод е насочено към работата с конкретен психологичен проблем (Стоева, 2005: 112-120). Погрешното тълкуване на определението обаче води до разбирането, че психологът трябва да работи за премахването на конкретен симптом. Важна задача в консултирането е психологът да намери психологичния проблем, измествайки фокуса от симптома, с който работи медицинският модел.

Психологичните проблеми на хората в болнична среда са свързани с повишени нива на тревожност, с липса на мотивация, с трудности във взаимоотношенията с персонала и близките (Александров, Граматиков, Трайков, Алексиев, 2011: 45-48).

Най-често заявявания проблем в комуникацията между болен и медицински персонал е *недостигът на информация*. Този тип неефективна комуникация е особено болезнен за терминално болни, хирургични пациенти, онкологични пациенти, защото несигурността и безпомощността в тази ситуация са потенциални предиктори на повишена тревожност и депресия. От своя страна, по-високата тревожност има значително по-неблагоприятен ефект върху начина, по който пациентът възприема симптомите си и върху реакцията му по отношение на лечението. (Александров, 2004: 34-37).

При проучване сред лекувани в хирургично отделение е доказано, че пациентите, които са индиферентни или високо тревожни предоперативно реагират по-зле в постоперативния период, а пациентите, които са умерено тревожни или с нормални нива на тревожност предоперативно, реагират по-добре в следоперативния период. Тези резултати са в пряка зависимост от нивото на информация, получена в предоперативния период (Dirik, Karanci, 2003: 363-369). Добре осведомените лица, не само че реагират по-добре, но имат по-малка нужда от аналгезия и биват изписани около 2-3 дни по-рано в сравнение със по-слабо осведомените (Pritchard, 2009: 35-40).

Работещият в болнична среда психолог трябва умело да съчетава индивидуалния подход, свързан с консултирането на болния в криза, с умения за работа с взаимоотношенията с близките и персонала и използването на ресурса на средата, който е особено наложителен по време на кризисни състояния. Психологът се явява необходимото свързващо звено между лекаря, пациента и неговите близки. Тази позиция предполага умения в медиация, в разрешаване на конфликти, умения за гъвкаво използване на подходи, свързани както с вътрешнопсихичната проблематика на човека в криза, така и умения за координация и гъвкавост в работата с персонала и близките.

В средата на соматичната клиника, психологът се среща с различен тип кризисни състояния, които налагат намеса в ограничен период от време. Най-често използваните методи са взаимствани от подходите за психологична работа, ориентирани към кризата и краткосрочните подходи. Кризисното консултиране се извършва във време, когато пациентът току-що е преживял някакъв екстремален стресор – диагностициране на рак, смърт на обичан човек, инцидент.

В психологията се предлага модел за практиката на кризисната интервенция, който може да се прилага по принцип в кризисно ориентираните терапии. Този модел очертава шест същностни етапа, които са водещи в процеса на интервенция: очертаване на фокуса на проблема, оценка, договаряне, намеса, прекратяване и проследяване (Бонгар, Бютлър, 2002: 547-562). Същностен аспект на този вид консултиране е, че консултантът трябва да придобие ясно разбиране за събитията, които са катализирали кризата и личното им значение за пациента.

При изследване на 86 мъже и 114 жени, приемани в различни соматични отделения, са идентифицирани няколко доминиращи тематички в преживяванията, свързани с настаняването и престоя в болничното заведение (Александров, Граматиков, Трайков, Алексиев, 2011: 45-48):

1. Повишена тревожност – 78%;
2. Усеждане за липса на контрол над случващото се – 68%;
3. Страх за живота и здравето си – 67%;
4. Оплаквания свързани с липса на информация за състоянието си – 62%;
5. Чувство за несигурност за бъдещето – 55%;
6. Притеснения относно метода на лечение – 53%;
7. Съмнения по отношение на квалификацията на персонала – 34%;

8. Проблеми със съня – 28%;

9. Случка, излизаща извън рамките на всекидневието – 5%.

Непосредствената цел на кризисно ориентираното консултиране е тревожността, свързана с конкретната криза, т.е. тя да се облекчи колкото е възможно по-бързо. Следователно, фокусът на промяната е върху конкретната емоционална реакция на човека на кризисното събитие (Бонгар, Бютлър, 2002: 547-562).

В този смисъл е необходимо, преди да се премине към интелектуална и когнитивна оценка на случилото се, да се отдели максимално време за **изразяване на чувствата на болния**. В много случаи хората трябва да работят с чувствата си преди да могат да се заемат с интелектуалното решаване на проблема. Тази ситуация може да бъде назована и използвана по различни начини: чрез емпатично признаване на дискомфорта на човека („*Виждам, че наистина сте много объркан и притеснен*“); известно обучение („*Повечето хора във вашата ситуация се чувстват по сходен начин и това е естествено*“) и др. Психологът разрешава на пациента и го окуражава да преживее, признае и изрази чувствата си (Бонгар, Бютлър, 2002: 547-562).

Друга основна задача на консултанта е да признае значимостта на събитията и правото на пациента да се чувства по начина, по който се чувства. Кризата е необичайно състояние. Хората в криза често се чувстват много различни от околните и срещат трудности при проверката на смисъла на своето поведение чрез сравняване с другите. Те се затрудняват да решат дали положението им наистина е сериозно или те просто драматизират, дали действията им подобряват ситуацията, или я влошават и т.н. Понякога се чудят дали не „*полудяват*“, или „*не са полудели вече*“.

Разпространен проблем на хората в криза е, че те лесно забравят силните си страни и ресурсите си, особено ако не са успели бързо да намерят решение в началото. Затова е важно да се работи и със **самооценката на пациента**, да се идентифицират силните страни, способностите и добрият минал опит за решаване на кризи. Препоръчва се да се поддържа фокусът на разговора тук и сега, върху кризата в този момент. Самооценката е съществен момент за преодоляване на тревожните състояния (ако човек има висока самооценка, то той приема по-малко ситуации като заплашващи го) (Александров, 2004: 34-37).

Осигуряването на проследяване и продължаваща подкрепа е неразделна част от процеса на кризисно интервениране. Проследяване – означава договаряне на определен брой срещи (или провеждане на такива срещи) за определено време, с цел наблюдение на състоянието. Основен фокус през този етап е работата с **мотивацията**. Оказва се, че мотивацията е от съществено значение за процесите на реадaptация и оптимално личностно функциониране в средата извън болничното заведение (Александров, 2011).

Кризисната интервенция приключва с доближаване на психологическото равновесие до равнището му преди стресовото събитие. Не бива да се забравя и фактът, че кризата може да изиграе ролята на възможност за

научаване на нови умения за справяне. В завършващия етап, психологът може да помогне, като представи накратко промените, опише нарастващата ефективност на уменията за справяне и предостави обратна връзка на болния.

В обобщение бихме могли да кажем, че една от най-важните и трудни задачи в работата на психолога в болнична среда е умението му да прилага подходящи подходи и техники, ориентирани към потребностите на болния, фокусирани върху взаимоотношенията, върху психологичната проблематика, като по този начин запазва своята професионалната идентичност и граници. Трудностите пред постигането на това са свързани, от една страна, със спецификите на болничната среда, а от друга, с теоретичните, практически и законови пропуски по отношение на ясен модел на психологичното консултиране в болнична среда.

Abstract

This report examines the specific aspects of psychological care in hospitals. The study is limited to psychological interventions in times of crisis (most often an accident or surgery) in the hospital. The main focus is on two aspects: the first is related to the specifics of the hospital environment and the limitations it imposes on the use of psychotherapeutic methods and the second on specific psychological interventions useful for use in such conditions. The idea is to offer the development of techniques suitable for psychological work in a dynamic situational conditioned environment.

Keywords: psychological care, hospital environment.

ЛИТЕРАТУРА

- Александров, И. (2004). Психоемоционална рехабилитация и социална адаптация на пациенти с термични травми. – *Приложна психология и социална практика*, Варна, УИ „Ч. Храбър“, 60-65.
- Александров, И., Граматиков В., Трайков Е. и Алексиев Л. (2011). Кризисна психологична работа в болнични условия. Организационни аспекти. – *Списание по авиационна, морска и космическа медицина*, Варна, 2, 55-57.
- Александров, И. (2011). Влияние на дългосрочната мотивация върху функционирането на личността в процеса на реадaptация към извънболничната среда. – *Българско списание по психология*, 3-4, 750-756.
- Бонгар, Б., Бютлър, Л. (2002). Пълен наръчник по психотерапия. София, “ЛИК“, 547-562.
- Стоева Т. (2005). Консултативна психология. София, „Пропелер“, 112-120.
- Pritchard, M. (2009). Identifying and assessing anxiety in pre-operative patients. N.Y., *Nursing Standard, Academic Press*, 23/51, 35-40.
- Dirik, G., Karanci, A. (2003). Predictors of Pre – and Postoperational Anxiety in Emergency Surgery Patients. – *Journal of psychosomatic Research*, 55, 4, 363-369.

Гл. асистент д-р Иван Александров е преподавател по Медицинска психология в МУ-Варна. Работил е като експерт към ВМА, като консултант към ВМА и Министерството на отбраната. От 2010 г. работи като клиничен психолог в Първа клиника по психиатрия към университетска МБАЛ „Св.Марина“ ЕАД. Автор е и участник в над 40 научни изследвания, касаещи личностното функциониране, тревожността, мотивацията, стреса и средовите условия.

Ас. Вероника Иванова е преподавател по Медицинска психология в МУ-Варна. От 2010 г. работи като клиничен психолог в Първа клиника по психиатрия към университетска МБАЛ „Св.Марина“ ЕАД. Има интереси в областта на клиничната и консултативната психология, детско-юношеска психология и психотерапия.

Chief. Assistant Prof. Ivan Alexandrov is a lecturer of medical psychology at the Medical University of Varna. He has worked as an expert in MMA, MMA as a consultant to the Ministry of Defense. Works as a clinical psychologist at the First Clinic of Psychiatry of the University Hospital “St. Marina” EAD , since 2010 . Author is a participant in over 40 scientific studies regarding personal functioning, anxiety, motivation, stress and environment factors.

Veronika Ivanova is Assistant Professor of medical psychology in Medical University of Varna. Works as a clinical psychologist at the First Clinic of Psychiatry of the University Hospital “St. Marina” EAD, She is interested in clinical and counseling psychology, child and adolescent psychology and psychotherapy.