

МЯСТОТО НА ПСИХОЛОГИЧНАТА РАБОТА В ОВЛАДЯВАНЕ НА ХРОНИЧНАТА ТУМОРНА БОЛКА. РАБОТА ПО СЛУЧАЙ

Десислава Русева

*Катедра по психиатрия и медицинска психология,
Медицински университет – Варна*

THE SIGNIFICANCE OF PSYCHOLOGICAL THERAPY IN OVERCOMING CHRONIC CANCER PAIN. CASE STUDY

Desislava Ruseva

Department of Psychiatry and Medical Psychology, Medical University of Varna

РЕЗЮМЕ

Преживяването на хроничната туморна болка се явява събирателно както на физически, така и на психосоциални и културално-специфични елементи. Психологичната грижа е насочена към работа със субективния болков елемент, намиращ отражение в емоциите, когнитивните процеси и поведението. Представеният случай има за цел да маркира и осмисли основни моменти в психологичната работа при пациенти с туморна болка.

Ключови думи: *туморна болка, нефармакологично третиране на болката, психологична грижа, качество на живот*

УВОД

Според данни на Националния статистически институт за 2014 г. заболяемостта от злокачествени новообразувания е 442,0 на сто хиляди. Онкозаболяванията са поставени в челната група на болестите, водещи до трайно намалена (над 90%) работоспособност (Национален център по обществено здраве и анализи към Министерството на здравеопазването, 2015, София). Един от основните фактори, оказващи въздействие върху начина, по който се приема диагнозата, преживяването на страничните ефекти от лечението, на възникването и интензитета на болката, на възможностите за успех в лечението се явява психичното състояние на боледуващата личност. Неоспоримо е, че емоциите в негативния регистър засилват интензитета на болестна-

ABSTRACT

Suffering of chronic cancer pain is a meeting point of physical as well as psychological, social and cultural elements. Psychological care targets at the subjective pain pattern, reflecting the emotions, cognitive processes and behaviors of the patient.

The studied case marks and gives a meaning of the major points of psychological therapy with patients with cancer pain.

Keywords: *cancer pain, non-medicational pain treatment, psychological care, quality of life*

та симптоматика и намаляват шансовете за успех в лечението (10).

Физическата болка вероятно се явява най-плашещото следствие от онкологичното заболяване. Ефективното ѝ повлияване зависи от силата, характеристиките и въздействието ѝ върху качеството на живот на личността. На фона на групата психосоциални фактори, оказващи влияние върху силата на болката, основен се явява емоционалният дистрес. В свое проучване от 1982 г. Daut и Cleeland (4) откриват, че онкологично болните, които свързват произхода на болката с причина, различна от рака, я определят като оказваща по-слабо въздействие в ежедневието им. В унисон с предходното, година по-късно, Spiegel и Bloom (8) установяват, че в известна степен емоционалният дистрес и нагласите спрямо болката се явяват основа за вло-

шаването на болковите усещания. Последвалите проучвания в областта демонстрират значимото влияние на негативните преживявания като тревожност, враждебност, депресивност, фиксиране върху соматичните прояви, нагласите – на боледуващия и на социалното обкръжение – родители, близки, приятели - спрямо болката. Сугестирането в подобен смисъл може да „усили” или да „намали” болковите преживявания. В проучванията на Weiser и Cedraschi (1992) се разглеждат още два фактора, намерили място в повлияването (положително или негативно) на хроничния болков синдром – удовлетвореността и социалната подкрепа (11). Още през 1995г. Basler (цит. от М. Петкова (1)) доказва връзката между хроничната болка и депресивността като поддържащ я фактор. Едно продължаващо във времето дисфорично настроение съдържа в себе си отдръпване от социума, загуба на позитивна нагласа, чувство на безпомощност / безнадеждност, поддържане на неадекватни механизми за адаптация.

Тема, присъстваща често в съзнанието на онкоболните е темата за загубата, умираването и смъртта. Страхът от загубата на здраве, на ежедневните „малки” на пръв поглед неща, на любимите хора, на собствения живот често се явява базис за поява на преживявания в депресивния спектър (2).

Усилията на професионалистите, оказващи психологична подкрепа на пациенти с туморна болка, включват работа в различни области. Основен момент в грижата е мотивирането на болния за активно участие в стратегиите за нейния контрол. Според Rimer et al (7) това до голяма степен изисква промяна в нагласите, касаещи възможностите за управляването ѝ, което често включва обучение - какво представлява болката, как може да бъде „управлявана”; начини за справяне с дистреса (техники), подкрепа в промяна на „гледната точка”, относно заболяването и изградените нагласи за болката. Подобна успешна работа би подпомогнала спазването на назначената лекарствена дозировка и намаляването, до пълно редуциране на медикаментите, при подобряване на състоянието. В основата на образователния подход е поставена потребността на човек да управлява / контролира случващото се около/в себе си (в конкретика – болковите усещания). Този факт се явява „стартиращ”, създаването на множество програми за справяне с болката, посредством медикаментозна интервенция и нефармакологично третиране (5, 6).

Подкрепящата психотерапия при онкологично болни включва варианти на индивидуал-

на, фамилна, групова, както и психотерапия на двойката. Изборът на формата ѝ е следствие от преценка на личностните особености на болния, ресурсите му за справяне и физическата кондиция. При работа в тази рамка се разчита предимно на окуражаване (в изразяване на чувствата), емоционална подкрепа и закрепяне / изграждане на подходящи адаптивни умения (3,9,12). Целта е да се намали броят на асоциираните с рака ограничения. Основен момент при подхода не е фокусирането върху минали събития, а работата „тук и сега”, с непосредствените стресори и начините за реакция.

В работата по представения по-долу случай е използван инструментариумът на позитивната психодинамична психотерапия. С негова помощ се обхващат четирите основни сфери, в които личността влага жизнената си енергия (Фиг. 1). При хармонично функциониране те се намират в баланс помежду си. В случай на изразена конфликтна динамика част от тях остават с вложен по-малък енергиен потенциал от другите, т.е. възникват промени в балансния модел.

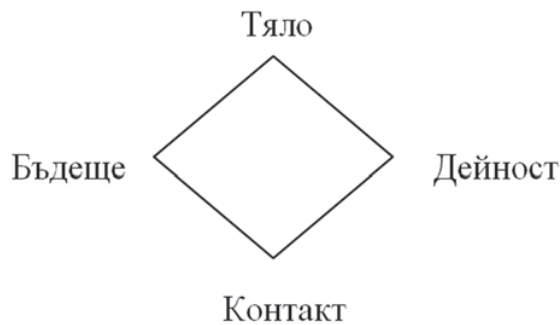
Приложени са Личностова скала за тревожност на Тейлър (MAS) и Вербална числова рейтингова скала (VNRS). Попълването е извършено двукратно – в началото и в края на психологичното консултиране.

Работа по случай

Психологичната работа по представения случай включва десет сесии, проведени в периода на хоспитализацията. Иницирирана е от лекуващия лекар. Разговорите са водени в рамките на болничната стая.

П.В. е мъж на 39 г., семеен. Диагнозата „карцином” е поставена 6 месеца по-рано. В периода на срещите П.В. е с хронична туморна болка, неповлияваща се от прилаганата медикаментозна терапия.

Първоначалното попълване на скалите е във времето на втора сесия. MAS=28 т. (високо ниво



Фиг.1. Балансов модел

на тревожност), VNRS - най-леката и най-тежката болка за последните 24 часа – 2,10.

При първата среща П.В. се запознава, внасяйки невербално елементи, подсказващи нежеланието му за контакт. Пояснява, че в по-голямата част от времето е със силни болки и очаква те да се появят и в периода на контакта. Споделя, че е бил информиран за настоящата среща от лекуващия лекар, но че я приема със смесени чувства: „Не съм сигурен, че можете да ми помогнете...” Предоставя лаконично информация за себе си. Говори предимно за болестта си и болката, която изпитва. Споделеното е в стил „по учебник”. Често използва медицинска терминология. Темата за болката и соматичното състояние са централни в разговора. Разказът е рационален, лишен от емоция. Подобни (емоционални) прояви не се откриват и на невербално ниво. Определя себе си като „психически изчерпан...”.

В хода на психодинамичното интервю позвънява съпругата му. Приключването на краткия им телефонен разговор отваря темата за семейството. Паралелно с нея възниква, с бързо нарастващ интензитет, болка. По молба на П.В. работната среща е прекратена. Времетраенето на първата сесия е 30 мин. Следващите срещи са с времетраене 60 мин. Постепенно възниква потребност болният да внася спонтанно емоциите, с които му е трудно да се справи. Не ги подрежда времево или тематично. Подава ги хаотично. С отваряне на поредната сесия П.В. започва бързо да поставя себе си в пространството на интеракция, споделяйки размисли, възникнали след края на предходната. Основни теми са близките хора и невъзможността да им осигури „стабилност”, липсата на фантазия за бъдещето, стремежът към „овладяване” на емоциите, нетърпението нещата да се случват бързо: „В това състояние нищо не мога. Не виждам как ще става в бъдеще.” „Опитвах се да не позволявам емоциите да вземат връх...”. С думата „стабилност” първоначално визира материалния аспект, който бързо е изместен от спонтанното изречение: „Изчезна ми белегът от халката...”. Споделя за неуспешните опити да продължи живота си по стария начин; за усещането, че тялото го предава, а той не може да направи нищо („...[опитах се] да си върша мъжката работа...”), провокиращо лесна гневливост към околните. Разказите често се насочват към причините за отдръпване от социалната среда и семейството (към което се установява силна привързаност). В началото на съвместната работа се наблюдават опити на П.В. да държи „под контрол” емо-

циите, свързани предимно със сфера Контакти. При първа среща прави впечатление бързо възникващата, силна болезненост, непосредствено след провокиран разговор за семейството (сфера Контакти). Очакването на болка и нейната поява (сфера Тяло), загубата на обичайната действена активност (сфера Дейност) и липсата на надежда за положителен изход (сфера Бъдеще / Фантазия) го потикват към затваряне в себе си и прояви на лесна гневливост. Появата на дисбаланс в отделните области се явява провокиращ фактор за нарушаване на адаптивния процес. В рамките на сесиите П.В. представя „разрешаване” на ситуации чрез използване на неподходящи стратегии за адаптация. В следващите 8 сесии съвместната работа беше насочена към намиране и възстановяване на загубения баланс между областите „тяло”, „дейност”, „контакт” и „бъдеще”. Внесена и отработена беше идеята за връзката между преживяването на негативни емоции и честотата и силата на възникващата болка. Това наложи частична корекция на концепции като „здраве-болест”, ролята на мъжката фигура, търпение-нетърпение. Представена и многократно дискутирана беше друга гледна точка, относно осигуряването на стабилност на хората, с които П. В. е емоционално ангажиран. Психологичната работа целеше пренареждане на четирите области на конфликтна динамика. От областта „тяло”, в случая със значително инвестиране на жизнена енергия, подобна да бъде пренасочена към останалите „страдащи” три. Преди изписването болният беше възстановил частично социалните си контакти и подобрил тези с вторичното си семейство (област „контакти”). По отношение на бъдещето (област „бъдеще / фантазия”) П.В. успя да „вмъкне” и интегрира образа на болестта и промените, които носи. Трудности при работата се установиха в област „дейност” и по-специално с опозицията „търпение-нетърпение”. Към момента на изписване болният не беше успял напълно да реструктурира разбирането си за активностите. Представени бяха възможности за относително редуциране на дистреса („Автогенен тренинг” на Schultz и „Прогресивна мускулна релаксация” на Jacobson, без включване на засегнатата от тумора част). Психологичната работа позволи „умереност” при използване на фармакологичните средства. Изгради се усещането у болния за някакъв контрол над болката поради възможността да се разпознават и модифицират нейните психологични провокатори. Интегрирането на но-

вия образ за себе си, включващ болестните промени, изграждащите се убеждения в собствена здравна компетентност повишиха самооценката, по-активното търсене на креативни решения, качеството на социалните отношения. В края на хоспитализацията на П.В. бяха предоставени за повторно попълване вербалната числова рейтингова скала - VNRS и Личностова скала за тревожност на Тейлър - MAS. Представените оценки за най-леката и най-тежка болка за последните 24 часа бяха съответно 0 и 4. Ниво-то на тревожност беше 24 т. (средно ниво).

ИЗВОДИ

Мястото на психологичната работа в овладяване на туморната болка е насочено основно към справянето с емоционалния дистрес. Наличието му провокира нарушаване в баланса между четирите области на функциониране – тяло, дейност, контакти и фантазия за бъдещето. В подкрепа на изследванията на Spiegel и Bloom (7) преживяването на тревожност, усещането за самотност / изоставеност, неспиращото очакване болката да се появи отново, провокират не само възникването, а и засилването ѝ. Предоставянето на „ниша“, в която болният да се чувства мотивиран осъзнато да взема участие в дейността по подобряване на състоянието е важна стъпка в болковото овладяване.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Петкова, М. Субективно благополучие и здраве. Кота ООД, 2016.
2. Русева, Д. Психологична подкрепа при загуба поради смърт. Стено, 2015.
3. Breitbart W, Payne DK. Pain. In: Holland JC, ed. Psychooncology. New York, NY: Oxford University Press, 1998; p. 450-467.
4. Daut RL, Cleeland CS. The prevalence and severity of pain in cancer. Cancer, 1982; (50), 1913-1918.
5. de Wit R, van Dam F, Zandbelt L, et al. A pain education program for chronic cancer pain patients: follow-up controlled trial. Pain, 1997; (73), 55-69.
6. Ferrell BR, Rivera LM, Cancer pain education for patients. Seminars in Oncology Nursing, 1997; (13), 42-48.
7. Rimer B., Levy MH, Keintz MK, et al., Enhancing cancer pain control regimens

through patient education. Patient Education Counsult, 1987; Vol.10, p.p.267-277.

8. Spiegel D, Bloom JR. Pain in metastatic breast cancer. Cancer, 1983; (52), 341-345.
9. Spiegel D, Bloom JR, Yalom I. Group support for patients with metastatic cancer: a randomized outcome study. Arch Gen Psychiatry. 1981; (38), 527-533.
10. Uitterhoeve, R. J., Vernooij, M., Litjens, M., Potting, K., Bensing, J., De Mulder, P., & van Achterberg, T. (2004). Psychosocial interventions for patients with advanced cancer—a systematic review of the literature. British Journal of Cancer, 1991; (6), 1050-1062.
11. Weiser, S., Cedraschi, C., Psychosocial issues in the prevention of chronic low back pain – a literature review., Baillievs Clinical Rheumatology, 1992; (6) 657-684.
12. Wellisch DK. Intervention with the cancer patient. In: Prokop C, Bradley AA, eds. Medical Psychology: Contributions to Behavioral Medicine. New York, NY: Academic Press, 1981; 223-240.

Адрес за кореспонденция:

Десислава Русева, д.пс.
Катедра по психиатрия и медицинска психология
Медицински университет – Варна
e-mail: d_valruseva@abv.bg