

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Е. В. Яковлева, Я. С. Микша

**ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ:
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ, ПСИХИЧЕСКИЕ
РАССТРОЙСТВА И РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ**

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2022

УДК 616-08-039.75:616.89(075.8)
ББК 53.5я75
Я47

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве
учебно-методического пособия 26.01.2022 г., протокол № 1

Рецензенты: д-р мед. наук, проф., зав. каф. психиатрии и медицин-
ской психологии Белорусского государственного медицинского университета
О. А. Скугаревский; каф. общей врачебной практики с курсом гериатрии Бело-
русской медицинской академии последипломного образования

Яковлева, Е. В.

Я47 Паллиативная медицинская помощь: психологические пробле-
мы, психические расстройства и расстройства поведения : учебно-
методическое пособие / Е. В. Яковлева, Я. С. Микша. – Минск :
БГМУ, 2022. – 60 с.

ISBN 978-985-21-1068-6.

Освещаются основные психологические проблемы всех участников, вовлечен-
ных в процесс оказания паллиативной медицинской помощи, психосоциальные и
духовные аспекты данного вида помощи, рассматриваются вопросы диагностики и
коррекции основных психических расстройств и расстройств поведения в паллиа-
тивной медицине (тревожные расстройства, депрессия, делирий, нарушение сна).

Предназначено для студентов 6-го курса лечебного факультета, врачей-интернов.

УДК 616-08-039.75:616.89(075.8)
ББК 53.5я75

ISBN 978-985-21-1068-6

© Яковлева Е. В., Микша Я. С., 2022
© УО «Белорусский государственный
медицинский университет», 2022

ВВЕДЕНИЕ

Паллиативная медицинская помощь — вид оказания медицинской помощи при наличии у пациента неизлечимых, ограничивающих продолжительность жизни заболеваний, требующих применения методов оказания медицинской помощи, направленных на *избавление от боли и облегчение других проявлений заболеваний*, когда возможности иных методов оказания медицинской помощи исчерпаны, в целях улучшения качества жизни пациента (Закон Республики Беларусь «О здравоохранении», статья 16).

Общим для всех пациентов с тяжелым прогрессирующим заболеванием является наличие психоэмоционального стресса, причинами которого могут быть прогрессирование болезни, особенности личности пациента, наличие выраженных патологических симптомов, социальные, культурные, духовные проблемы, проводимое лечение, проблемы во взаимоотношениях с медицинскими работниками, родственниками.

В этот период необходимо сосредоточить усилия врачей, родственников и волонтеров на заботе о субъективном состоянии пациента, уходе за ним, максимальном контроле всех симптомов его болезни.

Особое внимание при этом должно уделяться возможным психологическим проблемам пациента, родственников, медицинского персонала, осуществляющего уход, а также своевременной диагностике и коррекции наиболее часто возникающих психических расстройств и расстройств поведения у пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи.

Неизлечимо больные могут научить нас всему:
не только как умирать, но и как жить
Элизабет Кюблер-Росс

ОСНОВНЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ

Психологические проблемы различной выраженности и направленности испытывают все лица, вовлеченные в процесс паллиативной медицинской помощи: пациент, его родственники и близкие, врачи, средний и младший медицинский персонал, волонтеры.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПАЦИЕНТА

Психологические проблемы пациента обусловлены:

- заболеванием (быстрое прогрессирование; настоящая или ожидаемая немощность, изменение внешности; физическая зависимость; продолжительность болезни; психическое истощение);
- личностными особенностями пациента (боязнь боли, смерти, увечья; потеря (боязнь потери) контроля, независимости, достоинства; безнадежность, беспомощность; осознание (боязнь) неблагоприятного прогноза; беспокойство, ипохондрия);
- патологическими симптомами (в первую очередь некупируемая боль);
- социальными факторами (потеря (боязнь потери) работы, социального положения, роли в семье; чувство изоляции (реальное или воображаемое); незаконченные дела (личные, общественные, финансовые); финансовые затруднения; переживания за членов семьи);
- культурными особенностями (различия в культуре или языковой барьер);
- духовными факторами (религиозные проблемы; духовные проблемы (раскаяние, чувство вины, невыполненные обещания, бессмысленность существования));
- проводимым лечением (многократные неудачные попытки лечения; побочные эффекты лечения);
- взаимоотношением с медицинским персоналом, с родственниками (плохое взаимодействие; отсутствие преемственности на различных этапах лечения; игнорирование близких и ухаживающих лиц).

Для большинства пациентов переживания по поводу своей болезни на этапе паллиативной медицинской помощи не новы. Пациент испытал уже многое, пройдя этапы диагностики, специализированного лечения и т. д.

И тем не менее для врача общей практики важно знать, что процесс переживания ситуации болезни имеет несколько закономерных этапов, имеющих разную эмоциональную и когнитивную составляющую. На каждом из этих этапов необходима организация взаимодействия с пациентом соответственно этим особенностям, поэтому понимание фаз переживания болезни является важным инструментом налаживания контакта в системе «врач – пациент».

Основные стадии психологических реакций (по Э. Кюблер-Росс), которые проходят большинство пациентов с неизлечимыми заболеваниями:

1. Стадия отрицания: «Нет, это не может быть правдой».
2. Стадия гнева: «Почему именно я? За что? Это несправедливо!!!»
3. Стадия торга: «Должен быть способ спастись или хотя бы улучшить мое положение! Я что-нибудь придумаю, я буду вести себя правильно и делать все, что нужно».
4. Стадия депрессии: «Выхода нет, все безразлично».
5. Стадия принятия: «Ну что ж, надо как-то жить с этим и готовиться в последний путь».



Рис. 1. Стадии психологических реакций на трагические новости

Стадия отрицания заболевания — это когда человек не верит, что у него есть потенциально смертельная болезнь («врач ошибается, надо перепроверить его информацию»). Он начинает ходить от специалиста к специалисту, перепроверя полученные данные, делает анализы в различных клиниках. В другом случае он может вообще больше не обращаться в больницу.

В этой ситуации необходимо эмоционально поддержать человека, не изменяя при этом его установку, пока она не препятствует лечению.

Стадия гнева (протеста), или дисфорическая стадия, характеризуется выраженной эмоциональной реакцией, агрессией, обращенной на врачей, общество, родственников, гневом, непониманием причин болезни («Почему это случилось именно со мной?» «Как это могло произойти?»). В основе гнева лежит все тот же страх, но его легче пережить в активном состоянии, ища причину, виновного.

В этом случае необходимо дать возможность пациенту выговориться, высказать все свои обиды, негодование, страхи, переживания.

Стадия торга, или аутосуггестивная стадия, предполагает попытки «выторговать» как можно больше времени жизни у самых разных инстанций, резкое сужение жизненного горизонта человека. В течение этой фазы человек может обращаться к Богу, использовать разные способы продлить жизнь по принципу: «Если я сделаю это, продлит ли мне это жизнь?»

В этом случае важно предоставить человеку позитивную информацию. Так, хороший эффект в этот период дают рассказы о спонтанном выздоровлении. Надежда и вера в успех лечения являются спасательным кругом для тяжело больного человека.

Стадия депрессии включает не только переживания собственного отчаяния, тоски, бесперспективности, но и ощущение вины перед родственниками, чью жизнь они нарушили заботой о себе. На этой стадии человек понимает всю тяжесть своей ситуации. У него опускаются руки, он перестает бороться, избегает своих привычных друзей, оставляет свои обычные дела, закрывается дома и оплакивает свою судьбу. В этот период и у родственников возникает чувство вины.

В этой ситуации необходимо дать человеку уверенность, что он не один, что за его жизнь продолжается борьба, его поддерживают и за него переживают. Можно вести разговоры в сфере духовности, веры, а также психологически поддерживать и родственников пациента.

Стадия принятия, или примирения со своей судьбой, — это наиболее рациональная психологическая реакция, хотя до нее доходит далеко не каждый. Пациенты мобилизуют свои усилия, чтобы, несмотря на заболевание, продолжать жить с пользой для близких.

Вышеперечисленные стадии не всегда идут в установленном порядке. Пациент может остановиться на какой-то стадии или даже вернуться на предыдущую. Однако знание этих стадий необходимо для правильного понимания того, что происходит в душе человека, столкнувшегося с тяжелой болезнью, и выработки оптимальной стратегии взаимодействия с ним.

Уровень психического стресса зависит от компенсаторных возможностей пациента.

Факторы, свидетельствующие о небольшом компенсаторном резерве:

– личностные: возбудимый или пессимистический характер; тяжелые воспоминания об онкологических заболеваниях друзей и близких; личные неудачи в недавнем прошлом; многочисленные проблемы и обязанности в семье; проблемы в браке; психические расстройства в анамнезе; проблемное употребление алкоголя и наркотических средств в анамнезе;

– социальные: слабая социальная защищенность, изоляция, ограниченные материальные средства; низкое социальное положение;

– духовные: отсутствие религиозной веры и альтернативной системы ценностей.

Завершающая стадия болезни запускает у пациента целый комплекс чувств и мыслей, которые формировались и раньше. В этот период вновь может вспыхнуть жажда жизни, и пациент, с которым вы уже все проговорили до конца, вплоть до деталей желаемого погребения, вдруг спрашивает: «А, кстати, когда вы меня лечить начнете?», «Давайте использовать народные методы». И ваша позиция должна согласовываться с позицией пациента. Если ему необходима надежда, не отнимайте ее. Не следует лгать, но достаточно не перечить, оставить пациента в той установке, в которой ему легче пребывать в данный момент жизни.

Часто с пациентами, нуждающимися в паллиативной медицинской помощи, информация о болезни и прогнозе не обсуждается. Вместе с тем пациент имеет право как на получение информации, так и на собственный выбор. И принцип правды должен соблюдаться, если пациент реально хочет знать, что с ним. Не всю правду мы должны говорить, но все, что мы говорим, должно быть правдой: «Правдой, как и лекарством, нужно пользоваться с умом, учитывая то, что она может как помочь, так и навредить» (Эйвери Вейсман).

Умение проводить трудный разговор (табл. 1), в частности сообщать травмирующую информацию, очень важно для поддержания доверительных взаимоотношений врача с пациентом.

Таблица 1

Метод десяти шагов при проведении трудного разговора

Шаги		Характеристика действий
1 шаг	Подготовка	1. Сбор информации о пациенте и о его болезни. 2. Определение лиц, участвующих в разговоре (медицинские работники, родственники). 3. Организация условий и определение времени проведения разговора
2 шаг	Что знает пациент?	Попросить пациента дать его собственное описание событий, произошедших с ним, что позволит увидеть историю болезни с точки зрения пациента, даст понимание о его заботах, опасениях, а также о необходимом объеме новой информации
3 шаг	Нужно ли знать больше?	Выясните, хочет ли пациент знать больше про свою болезнь
4 шаг	Позвольте отказ	Отказ от продолжения разговора — это способ защитить свою личность. Позвольте пациенту контролировать объем информации, который вы ему хотите сообщить
5 шаг	Предупредительный «выстрел»	«Боюсь, все достаточно серьезно...» — сделайте паузу, чтобы пациент смог отреагировать и дать вам понять, хочет ли он продолжать разговор

Шаги		Характеристика действий
6 шаг	Объясните	«Хотите ли вы, чтобы я вам это объяснил?» Подробно объясняйте все, что хочет знать пациент. Шаг за шагом сужайте пробелы в информированности пациента
7 шаг	Выяснить, что заботит пациента	«Что вас больше всего заботит в данный момент?» Позвольте пациенту выразить свои чувства. Проявите участие и заинтересованность текущим состоянием пациента
8 шаг	Обсуждение чувств	«Что вы сейчас чувствуете?» Вербализация горя позволяет снизить психологическое напряжение и неопределенность. Проявите эмпатию (сопереживание) — это обладает значимым терапевтическим эффектом
9 шаг	Подведение итогов	Подведите итог разговора, распланируйте лечение, поддержите надежду. Избегайте нереалистичных обещаний
10 шаг	Предложение помощи	Определение повторного разговора. «Если вы захотите обсудить какие-либо вопросы, мы можем встретиться...» Восприятие психотравмирующей информации требует времени и во многом напоминает процесс горевания

Обратите внимание на необходимость соблюдения определенных условий при проведении беседы с пациентом:

- избегайте сообщать плохие новости пациенту по телефону;
- во время разговора ничто не должно его прерывать (отключите мобильный телефон);
- во время разговора обязательно сидите;
- необходимо установить в начале разговора временные границы («У нас есть 30 минут, и, если этого будет недостаточно, мы сможем потом встретиться еще»);
- помните, как правило, больше всего пациенты боятся получить слишком много информации;
- никогда не сообщайте информацию, получить которую сейчас пациент не желает;
- преподносите информацию постепенно и мягко, небольшими объемами;
- говорите просто и ясно, избегая медицинского жаргона (это может дистанцировать пациента);
- в процессе разговора периодически проверяйте, понимает ли пациент суть информации («Понимаете ли вы, что я вам говорю?»). Дайте пациенту возможность повторить информацию;

– наиболее важную информацию для пациента напишите на бумаге, при возможности предоставьте информационный буклет;

– пациент может не запомнить факты, которые вы ему сообщите, но он всегда запомнит то, как вы это сделаете.

Знаки отказа пациента от дальнейшего восприятия информации:

– попытка сменить тему разговора;

– бросает взгляды в сторону окна;

– делает суетливые движения руками.

Большинство пациентов во время разговора интересуют варианты лечения, в то время как для родственников наиболее важен прогноз.

Очень важно для пациента и его родственников получать согласованную (одного и того же содержания) информацию от различных людей, оказывающих помощь, что требует создания оптимальной формы обмена информацией во избежание недоразумений или разночтений. Все данные о пациентах и их родственниках, используемые медицинскими работниками при взаимном общении, являются предметом профессиональной тайны. Медицинские работники должны уважать право пациента на врачебную тайну и право родственников на конфиденциальность.

Возникновение тяжелого заболевания, а тем более с неблагоприятным прогнозом для жизни, является угрозой для духовного и психоэмоционального благополучия пациентов, которых начинают беспокоить вопросы смысла жизни и страданий, чувство вины, взаимоотношение с религией (табл. 2).

Таблица 2

Духовные проблемы тяжелобольных пациентов в конце жизни

Переживания	Суждения
Относящиеся к прошлому: – смысл и значение жизни; – ценность взаимоотношений; – ценность прошлых заслуг; – болезненные воспоминания и стыд; – вина за ошибки и невыполненные обещания	«Каков смысл жизни сейчас, когда я умираю?» «В чем смысл всего этого?» «Теперь я пытаюсь заново понять, что в жизни важного» «Оглядываясь назад, я о многом сожалею» «Я часто поступал неправильно. Как можно это исправить?» «Я заслужил эту болезнь» «Я не заслуживаю того, чтобы поправиться» «Получу ли я прощение?»
Относящиеся к настоящему: – физические, психологические и социальные изменения; – возрастающая зависимость от других людей; – значение человеческой жизни; – смысл страданий	«Совершенно нет смысла продолжать жить дальше. Я хочу, чтобы это закончилось сейчас» «Почему Бог допускает такие страдания?» «Почему это происходит со мной? Это так несправедливо!» «Если это все, что вы можете сделать, мне лучше умереть»

Относящиеся к будущему: – надвигающаяся разлука; – безнадежность; – бессмысленность существования; – мысли о смерти	«Есть ли жизнь после смерти?» «Как я могу поверить в жизнь после смерти?» «Будут ли меня помнить?»
Относящиеся к религии: – вид религии; – религиозные нужды; – сила веры	«Во что я в действительности верю?» «Существует ли Бог?» «Я больше не верю в Бога» «Как Бог может допускать подобные страдания?» «Я не могу просить Его о помощи»

У пациентов возникает потребность во внутреннем исцелении, то есть в достижении и поддержании правильных взаимоотношений с самим собой и другими, с окружающим миром, с Богом или иной высшей силой.

Как правило, духовные и экзистенциальные переживания усугубляют и усиливают существующие соматические симптомы, превращая их в неустрашимые.

Пациенты сильно различаются в готовности обсуждать вопросы духовного и философского характера. Некоторые уклоняются от разговоров, другим просто необходимо присутствие человека, который будет их слушать.

Духовная поддержка ориентирована на личность и начинается с самовосприятия пациента. Некоторым людям помогает сознание того, что волнующие их вопросы и сомнения беспокоят многих других.

В начале беседы можно обсудить следующие вопросы:

- «Что дает вам силы в такие трудные времена, как сейчас?»;
- «Что приносит вам наибольшие страдания?»;
- «Какое место в вашей жизни занимает религия?».

Духовность и религиозность, хотя и обозначают разные понятия, тесно связаны друг с другом.

Для глубоко верующих людей, чьи религиозные потребности удовлетворены, вероятность нерешенных духовных проблем невелика. В ситуации паллиативного лечения религиозная вера пациента, сильная или слабая, влияет на все аспекты его жизни. В большинстве религий смерть — это не окончание жизни (Воскресение в Царствии Небесном в христианстве, воскресение на небесах в исламе, перерождение души в буддизме, реинкарнация в индуизме и сикхизме). Верующие люди убеждены, что после смерти существование продолжится, их ошибки будут прощены, а хорошие дела зачтутся. Если близкие разделяют веру пациента, то это помогает им лучше ухаживать за умирающим, это служит источником дополнительных сил для пациента, убежденного, что вера поможет остающимся жить.

У глубоко верующих пациентов часто по мере приближения смерти вера крепнет еще больше, для менее религиозных людей надвигающаяся смерть может быть серьезным испытанием веры в Бога. Религиозность не делает жизнь или смерть проще, хотя может наполнить смыслом и то, и другое.

Люди, у которых завышены связанные с религией ожидания, обычно испытывают разочарование (ожидание чуда; ожидание ответов на все нерешенные вопросы; надежда на немедленные и благоприятные последствия своих молитв). Когда это происходит, они могут обвинять религию и даже самого Бога; направить свой гнев и разочарование на профессиональный медицинский персонал — работников службы паллиативной медицинской помощи.

Религиозная вера и убеждения пациента заслуживают безусловного уважения. В период пребывания в хосписе у пациента или его близких необходимо выяснить актуальные религиозные вопросы (например, о молитвах, причастиях, постах, крещении, обычаях личной гигиены). При оказании паллиативной помощи следует уважать любые проявления религиозной веры пациента. Многие религиозные люди не полностью ортодоксальны в своих верованиях. Религиозные запросы оцениваются для каждого пациента индивидуально, они могут принимать не все традиционные догмы своей религии. Следует организовывать встречу пациентов с их духовными наставниками и священнослужителями, поддерживать веру в пациенте, когда она приходит в противоречие с его жизненным опытом.

Для укрепления духовного благополучия и для улучшения психоэмоционального состояния пациента используются схожие мероприятия:

1. Общие меры:
 - уважение личности и индивидуальности;
 - внимательное выслушивание, доброе общение;
 - заботливый, тактичный, неспешный подход;
 - уверения в постоянности ухода;
 - обсуждение причин страха перед будущими (возможными) страданиями, ограниченной продолжительностью жизни;
 - уважение и признание культурных различий;
 - группы поддержки;
 - отвлекающие мероприятия;
 - социализация.
2. Психологические и психотерапевтические методы лечения:
 - обучение навыкам снятия стресса (релаксационные техники);
 - психотерапия (когнитивно-поведенческая терапия).
3. Психофармакотерапия.
4. Контроль патологических симптомов, в первую очередь купирование боли.

5. Социальные меры:

- решение социальных вопросов, обеспечение социальной поддержки;
- поддержка семьи и ухаживающих лиц.

Распознавание и успешное решение психологических проблем, духовных и религиозных потребностей пациентов может значительно повысить качество их жизни и является важной частью паллиативной медицинской помощи.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ И БЛИЗКИХ

Забота о родных и близких друзьях пациента — это ключевой признак высококачественной паллиативной помощи.

Белая книга: стандарты и нормы хосписной и паллиативной помощи в Европе

Ситуация, в которой находятся близкие родственники тяжелобольного человека, не менее драматична, чем у самого пациента. Родственники проходят все те же стадии психологического стресса (см. рис. 1).

Шоковая стадия у них развивается раньше, чем у самого пациента, так как знание о диагнозе они получают первыми. Отрицание, надежда найти другого врача, «ошибочность» диагноза, поиск чудодейственного лекарства — неизбежный путь по кругу, известный многим семьям.

Стадия агрессии у них наиболее болезненная. Поиск причины, невозможность обвинить самого пациента приводит к тому, что агрессия становится аутоагрессией. Риск суицида не велик, но он возможен.

Стадия депрессии возникает при приближении ухода пациента.

Стадии агрессии и депрессии имеют тенденцию повторяться после погребения близкого человека, и для их преодоления может потребоваться не один год.

Стадия принятия судьбы часто бывает кратковременной и неглубокой.

Сохранение памяти о близком человеке, совершение религиозных обрядов, забота о могиле, установка памятника — все это способствует душевному спокойствию родственников, когда на смену терзаниям и гнетущей безысходности приходит светлая память о родном человеке.

Для того чтобы помочь близким пациента, необходимо научить их как правильно использовать и развивать способность оказывать эмоциональную и практическую поддержку пациенту, как адаптироваться к происходящим переменам, как справиться с горем и потерей. Особое внимание должно быть уделено профилактике и лечению депрессии.

Хорошая забота о пациенте помогает родным справиться с проблемами, но у них есть собственные потребности и тревоги, в которых им необходима поддержка.

Основные вопросы, беспокоящие родных и близких неизлечимых пациентов:

1. Связанные с болезнью и уходом за близким человеком:
 - что именно с ним происходит;
 - зачем он получает то или иное лечение;
 - заразно ли его заболевание и передается ли оно по наследству;
 - смогут ли они ухаживать и как долго за ним дома;
 - позволит ли им собственное здоровье осуществлять уход;
 - смогут ли они ответить, если он спросит их о смерти, особенно если они скрывают от него правду;
 - смогут ли они справиться с возможными неотложными ситуациями;
 - когда следует вызывать врача или обращаться за советом;
 - как давать лекарства;
 - как правильно кормить и поить в домашних условиях;
 - когда посещать его в больнице;
 - как говорить с детьми и друзьями о болезни близкого.
2. Связанные с собственными чувствами и заботами:
 - неуместность обсуждения проблем собственного здоровья;
 - нерешенные проблемы взаимоотношений в семье;
 - как жить после смерти близкого.
3. Связанные с обществом, в котором они живут:
 - есть ли у них право оставлять близкого человека дома;
 - что другие думают об их уходе за близким;
 - насколько их поведение соответствует религиозной вере;
 - следует ли им принимать добровольную помощь друзей и соседей;
 - кого приглашать на похороны;
 - как себя вести после смерти близкого;
 - все ли они делают «правильно».

Для решения этих проблем врач и/или помощник врача, и/или медсестра объясняют родственникам все, что они желают знать о болезни, лечении и уходе за пациентом, разъясняют детали, дают информацию о том, какие службы и учреждения могут помочь им в уходе за пациентом. Родственники могут выразить свои опасения о настоящем, ближайшем и отдаленном будущем, могут обсудить свое собственное здоровье и другие проблемы, выразить свое недовольство, обиды и огорчения на других родственников и ухаживающих лиц.

Медицинские работники разъясняют, что недовольство и разногласия в семье не только не помогают им самим справиться с ситуацией, но и отягощают последние дни дорогого им человека. Родным предлагают на время отказаться от отстаивания своих принципов, отнестись друг к другу терпимо и определить, кто из членов семьи будет контактировать с врачом общей

практики (или врачом хосписа, если пациент находится в данном учреждении) и членами его команды.

В ситуациях, когда родственники испытывают перенапряжение, осуществляя уход в течение длительного времени, предполагается предоставление «помощи выходного дня» (respite care — кратковременный отдых родственникам пациента), которая может осуществляться в отделениях дневного пребывания, стационарных отделениях или при участии специализированных выездных служб.

Особое внимание необходимо обратить на потребности детей и подростков в семье тяжелобольного пациента. Когда семья находится в трудной ситуации, дети часто из-за благих намерений исключаются из общей жизни, но попытка «защитить» их является неправильной. Как и взрослым, детям необходимо быть услышанными и понятыми, они должны в максимально возможной степени участвовать во всех событиях, происходящих в семье. Сами нуждаясь в большой поддержке и разъяснении происходящего, дети могут быть источником утешения и поддержки как для тяжелобольного (дедушки, бабушки, брата или сестры), так и для своих родителей и других взрослых.

Переживание утраты — это один из самых тяжелых кризисов в жизни, который отражается на состоянии здоровья большинства людей. В первые месяцы после потери близкого человека наблюдаются как повышение частоты соматической патологии, психических расстройств, инфекций и злоупотреблений алкоголем, так и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний. Период тяжелой утраты — это время переживания смерти любимого человека, а горе — это реакция на тоску и мучение, возникающие после смерти.

Реакция горя (реакция на утрату, реакция на смерть близкого человека; по МКБ-10 Z63.4 Исчезновение или смерть члена семьи) представляет собой непатологическое состояние, возникающее в ответ на смерть близкого человека.

Переживание горя — это переходный процесс, посредством которого человек восстанавливается и возвращается к жизни после тяжелой утраты, часто сопровождающийся чувством вины перед умершим. Человек в состоянии горя испытывает чувство потрясения и подавленности, поглощен мыслями и воспоминаниями об ушедшем, у него нарушен сон, отсутствует аппетит, есть мыслительная и двигательная заторможенность, чувство физической разбитости, слабости. В части случаев возникают тревога и двигательное беспокойство, что проявляется повторными посещениями кладбища, постоянными уборками в доме и др. Временами могут возникать повышенная критичность к себе (не все сделал для спасения близкого), слуховые и зрительные иллюзии и даже галлюцинации (человек слышит голос умершего, видит

его очертания, испытывает ощущение его присутствия в доме). Если смерть близкого наступила в организации здравоохранения, может возникать чувство обиды, враждебности и озлобленности по отношению к врачам, которые «сделали не все, что должны были сделать».

Типичная реакция горя соответствует общепринятым в данной культурной среде нормам и продолжается, как правило, не более 6 месяцев.

Каждый переживает горе по-разному. Огромное значение имеют личностные особенности. У людей, которые опираются на свои чувства, переживание горя обычно больше соответствует традиционной модели, тогда как у склонных в первую очередь к осмыслению происходящего, действия направлены на отвлечение (работа, новые дела, заботы, связанные с переменами в жизни) и культурные особенности (в западных странах не принято демонстрировать свои эмоции).

При *традиционной модели переживания горя* можно выделить 5 этапов:

1. *Шок и оцепенение* — это начальная фаза горя, когда человек только узнает печальное известие. Скорбящий скован, напряжен, дыхание затруднено, не ритмично. Обычно наблюдается утрата аппетита и сексуального влечения. В сознании человека появляется ощущение нереальности происходящего, душевное онемение, бесчувственность, оглушенность. Притупляется восприятие внешней реальности, что приводит к провалам в памяти. Однако иногда наблюдаются выплески злости. Человек психологически отсутствует в настоящем, оно как бы проходит мимо него. Травматическое событие рвет жизнь на «до» и «после», оставляя человека в этом «до», где все было по-прежнему.

2. *Фаза поиска* — эта фаза отличается нереалистическим стремлением вернуть утраченное и отрицанием постоянства утраты. Обычно человеку трудно удержать внимание на внешнем мире, реальность словно покрыта тонкой вуалью.

3. *Фаза острого горя* — это период отчаяния, страдания, дезорганизации и период реактивной депрессии. В первое время сохраняются и могут усиливаться различные телесные реакции — затрудненное дыхание, астения, чувство пустоты в желудке, стеснение в груди, ком в горле, повышение чувствительности к запахам и др. Это период наибольших страданий, острой душевной боли. Могут появляться странные и пугающие чувства и мысли. Ощущение пустоты и бессмысленности, отчаяние, чувство брошенности и одиночества, злость, вина, страх, тревога и беспомощность. Изменяется отношение с окружающими. Может наблюдаться утрата теплоты, раздражительность, желание уединиться. Повседневная деятельность изменяется: бывает трудно сконцентрироваться, сложно довести дело до конца, а сложно-организованная деятельность может на время стать недоступной.

4. *Фаза «остаточных толчков и реорганизации»*. На этой фазе жизнь входит в свою колею, восстанавливается сон, аппетит, профессиональная деятельность. Потеря перестает быть главным сосредоточением жизни. Переживание горя протекает в виде частых, а со временем редких отдельных толчков. Эти остаточные приступы могут быть такими же острыми, как и в предыдущей фазе. За этот период утрата постепенно входит в жизнь, так как человеку приходится решать множество практических задач, которые как-то переплетаются с самим переживанием.

5. *Фаза завершения* — последняя фаза, когда горюющий преодолевает некоторые культурные барьеры, которые затрудняют акт завершения. Смысл и задача горя в том, чтобы образ утраты занял свое постоянное место.

Другая модель переживания горя — *колесо горя* (Денверское колесо горя) (рис. 2). Нормальный ход жизни прерывается утратой, которая первую очередь вызывает *шок* — когда реальность потери слишком велика, чтобы ее можно было принять, далее следует *протест*, сопровождающийся гневом и чувством вины, затем наступает *дезорганизация* — печаль, чувство одиночества и пустоты, потеря смысла, потеря веры. И, наконец, происходит *реорганизация* — контроль над развитием сбалансированных воспоминаний, благодаря которой человек может вернуться к изначальному уровню функционирования, открыв для себя новый смысл жизни.

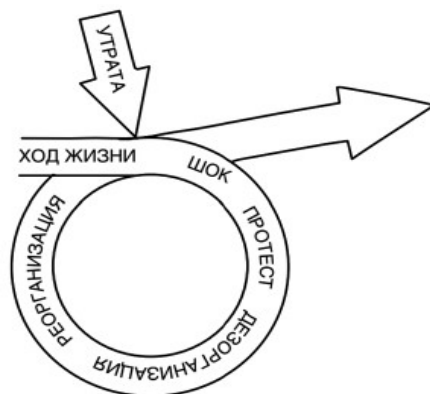


Рис. 2. Денверское колесо горя

Согласно *модели двустороннего процесса* человек, переживающий утрату, колеблется между двумя полюсами: *деятельностью, направленной на переживание утраты* (думает об умершем, тоскует по нему, предается воспоминаниям, выражает свои чувства), и *деятельностью, направленной на восстановление*, при которой человек ищет способ отвлечься, чтобы справиться с повседневной жизнью (подавляет воспоминания, контролирует эмоции, находит себе дело, учится совершать покупки для себя).

Преобладающее поведение и степень колебания каждого конкретного человека будут зависеть от личностных факторов, пола и культурной при-

надлежности. С течением времени человек обычно переходит от поведения, направленного на переживание утраты, к поведению, направленному на восстановление.

Эта модель объясняет важность разрешения себе горевать и жить одновременно и помогает понять, почему в один из дней человек может выглядеть прекрасно справляющимся с профессиональной деятельностью, а на следующий день он горюет. Трудности возникают, когда человек склоняется исключительно к переживанию утраты (хроническое горе) или только к поведению, направленному на восстановление (отсутствующее горе).

Особенности переживания горя и понимание смерти детьми в зависимости от возраста подробно представлены в табл. 3.

Таблица 3

Представление о смерти и особенности переживания горя детьми

Представление о смерти	Особенности переживания горя
<i>0–3 года</i>	
Осознанное понимание смерти отсутствует. Могут реагировать на выражения дистресса у окружающих	<ol style="list-style-type: none"> 1. Прогрессирование реакции на утрату: протест и плач → отчаяние → отстраненность и безразличие. 2. Страх разлуки, необходимость в присутствии других людей, которые утешают, обнимают. 3. Ребенок продолжает искать умершего родителя, в связи с чем необходимо постоянно проговаривать, что умерший родитель не вернется
<i>3–5 лет</i>	
Воспринимают смерть как временное и обратимое явление, а болезнь понимают как заражение. Верят, что их действия способны повлиять на мир вокруг них и они каким-то образом могли стать причиной смерти	<ol style="list-style-type: none"> 1. Вопросы, которые задают дети, могут показаться жестокими или бестактными — они возникают вследствие конкретного и буквального видения мира (например, дети могут попросить заменить умершего родителя). 2. Очевидные противоречия в осознании фактов (например, могут признавать, что их родитель умер, но позже спрашивают, когда он вернется). 3. Необходимо заверить ребенка в том, что смерть не связана ни с какими его словами и действиями
<i>5–8 лет</i>	
Начинают понимать, что смерть: – необратима; – означает прекращение мыслительных процессов, чувств, слуха, зрения, речи, приема пищи, движения; – касается каждого человека	<ol style="list-style-type: none"> 1. Гнев по отношению к умершему родителю и/или к тем, кто не смог предотвратить смерть. 2. Повышенная зависимость от живого родителя, нежелание расставаться с ним даже на короткое время. 3. Когда ребенок понимает, что смерть означает прекращение мыслительных процессов, чувств и движения, он перестает беспокоиться о том, что умершему родителю холодно или одиноко. 4. Возникают опасения, что другие люди, которых ребенок любит, могут умереть

Представление о смерти	Особенности переживания горя
<i>8–12 лет</i>	
<p>Полное понимание природы смерти и ее причин.</p> <p>Возникновение болезненного любопытства.</p> <p>Интерес к физическим подробностям процесса умирания</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Желание быть мертвым — это выражение желания быть с умершим родителем, а не совершить самоубийство. 2. Ребенка необходимо заверить в том, что он не может заразиться болезнью умершего родителя. 3. Ребенка утешают мысли о загробной жизни, в которой умерший родитель продолжает заниматься любимыми делами и/или продолжает заботиться о ребенке и ухаживать за ним
<i>Подростки</i>	
<p>Представление о смерти, как и у взрослых.</p> <p>Интересуются экзистенциальными последствиями смерти</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Проблемы во взаимоотношениях с живым родителем. 2. Отказ от участия во взрослых занятиях и семейных мероприятиях. 3. Пытаются решать проблемы самостоятельно либо ищут поддержки у ровесников. 4. Считают, что никто их не понимает. 5. Вовлекаются в опасные занятия, чтобы бросить вызов собственной смертности. 6. Сильные эмоциональные реакции или трудности с определением и выражением чувств. 7. Принимают на себя новые обязанности в семье в связи с ожиданиями (например, им говорят: «Будь сильным ради матери», «Теперь ты глава семьи»)

Непатологические формы реакции горя в медикаментозном лечении, как правило, не нуждаются. Лишь при возникновении выраженной бессонницы возможно кратковременное (1–2 недели) назначение снотворных (Донормил, Зопиклон). Близких и родственников умершего необходимо проинформировать о следующем: наблюдаемое у них состояние является вполне естественным и постепенно пройдет; необходимо дать им возможность выговориться, открыто выразить свои чувства по поводу утраты; целесообразно уменьшить повседневную нагрузку на период 2–3 недели; избегать приема алкоголя и других психоактивных веществ, так как это может лишь ухудшить состояние.

Основой поддержки в период тяжелой утраты является общая качественная помощь при жизни пациента, хорошее взаимодействие и доверительные отношения с семьей. Большинству людей, переживающих утрату, достаточно дать возможность выразить свое горе и поддержать их, предложив рассказать о своих чувствах и внимательно выслушав. Это имеет огромную терапевти-

ческую ценность и относится к обязательным навыкам каждого медицинского работника.

Многие проходят этот период при поддержке родственников и друзей. В некоторых странах, в частности в Великобритании, существуют различные организации поддержки при тяжелой утрате (например, Организация помощи горюющим — Grief Bereavement Care), специальные группы поддержки людей, переживших смерть ребенка, а также группы поддержки детей, переживших утрату. После смерти пациента, находившегося под опекой хосписа, для его родственников с повышенным риском осложненного горя предусмотрена помощь в переживании утраты, которая оказывается психологом и/или психотерапевтом.

В случае пролонгированного течения реакции горя (более 3 месяцев) необходимо направить близких и родственников умершего пациента на психологическое обследование, провести дифференциальную диагностику с депрессией. В пользу депрессии свидетельствуют: более значительная тяжесть симптомов, когда они сопровождаются явными нарушениями функционирования, избегания социальных контактов и неспособностью вернуться к работе; более выраженное, чем при непатологической реакции горя, снижение самооценки и чувство вины вплоть до бреда самообвинения; более значительная выраженность вегетативных (соматических) симптомов.

Показания для консультации врача психиатра-нарколога:

- затянувшиеся более 3 месяцев, необычно тяжелые или атипичные реакции горя;
- необходимость проведения дифференциальной диагностики с депрессивным эпизодом, другими формами психической патологии;
- высокий суицидальный риск;
- желание самого пациента.

На каждом уровне оказания паллиативной медицинской помощи (паллиативный подход, общая и специализированная паллиативная помощь) специалисты должны проявлять заботу о близких пациента, уделять им достаточно внимания и времени.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Ничто не является для человека такой сильной нагрузкой
и таким сильным испытанием, как другой человек

Вольфганг Шмидбауэр

Профессиональная деятельность медицинских работников, оказывающих паллиативную помощь пациентам с прогрессирующими формами хронических заболеваний в терминальной стадии, как никакая другая сфера

деятельности связана со значительными психоэмоциональными нагрузками. Она сопровождается влиянием комплекса эмоционально негативных факторов, вызывающих у сотрудников неадаптивную реакцию на стресс, возникающий в результате работы, снижая тем самым качество жизни медицинского работника. Косвенно это подтверждается высоким уровнем текучести кадров сестринского персонала хосписов (у 75 % медицинских сестер стаж работы составляет до 3 лет, у 20 % — до 7 лет и только 5 % имеют стаж работы от 8 лет и более). Поэтому забота о тех, кто осуществляет помощь, является одной из основных составляющих паллиативной помощи. Охрана здоровья персонала должна быть всегда в центре внимания.

Состояние эмоционального, умственного истощения, физического утомления, возникающее как результат хронического стресса на работе, определяется как синдром эмоционального выгорания (СЭВ).

СЭВ (по МКБ-10 Z73.0 Переутомление. Состояние истощения жизненных сил) — это результат неблагоприятного разрешения стресса на рабочем месте, который соответствует третьей стадии общего адаптационного синдрома (Г. Селье) — стадии истощения.

Термин «выгорание» (от англ. burn-out — прекращение горения) был предложен американским психологом Х. Дж. Фрейденбергером в 1974 г. для описания разочарования в выполняемой работе у сотрудников психиатрических учреждений. Потеря интереса к работе — самое яркое последствие выгорания. Поэтому постепенно эмоциональное выгорание на работе стало называться синдромом профессионального выгорания или просто синдромом выгорания.

Развитие данного синдрома характерно в первую очередь для профессий системы «человек – человек», наиболее часто (от 30 до 90 % работающих) ему подвержены врачи, учителя, психологи, работники правоохранительных органов, представители сферы сервиса, руководители-менеджеры.

Распространенность СЭВ среди врачей различных специальностей зависит от конкретной профессиональной деятельности, типа личности, объективных возможностей психологической адаптации к реальным ситуациям и составляет в среднем 60 %. Наиболее часто (около 80 %) СЭВ наблюдается у врачей, оказывающих психиатрическую, ургентную или паллиативную помощь (врачи хосписов, онкологи), работающих с тяжелыми, агрессивными или суицидальными пациентами, с наркотической или алкогольной зависимостью.

Факторы, предрасполагающие к развитию СЭВ в паллиативной медицине, можно разделить на 2 группы: индивидуальные и ситуационные.

К индивидуальным факторам относятся:

– возраст (молодые люди больше подвержены риску выгорания, а старшие по возрасту опытные сотрудники способны изменить свои ожидания);

- высокий уровень ожидания результатов своей профессиональной работы, ярко выраженная ориентированность на достижение цели;
- высокий уровень преданности моральным принципам работы, проблема ответить на просьбу отказом и сказать «нет»;
- склонность к самопожертвованию, тенденция быть только «отдающим» и не принимать помощь от других;
- высокий уровень эмоциональной лабильности;
- высокий самоконтроль, особенно при волевом подавлении отрицательных эмоций;
- рационализация мотивов своего поведения;
- склонность к повышенной тревоге и депрессивным реакциям, связанным с недостижимостью «внутреннего стандарта»;
- ригидная личностная структура.

К *ситуационным факторам* относятся:

- чрезмерные психологические (неизлечимый характер заболевания пациента) и физические нагрузки;
- психологическая неподготовленность медицинского персонала к формам и методам оказания паллиативной медицинской помощи;
- неадекватная социальная и психологическая поддержка;
- этические проблемы взаимоотношений с пациентами в терминальном состоянии и их родственниками;
- личностное отношение к смерти в целом и т. д.

Развитие СЭВ носит стадийный характер. Сначала наблюдаются значительные энергетические затраты (часто как следствие экстремально положительной установки на выполнение профессиональной деятельности). По мере развития синдрома появляется чувство усталости, которое постепенно сменяется разочарованием, снижением интереса к своей работе.

СЭВ развивается согласно определенным фазам (Burish, 1994):

1. Предупреждающая фаза:

- чрезмерное участие (чрезмерная активность, чувство незаменимости, отказ от потребностей, не связанных с работой, вытеснение неудач и разочарований, ограничение социальных контактов);
- истощение (чувство усталости, бессонница, угроза несчастных случаев).

2. Снижение уровня собственного участия:

- по отношению к сотрудникам, пациентам и т. д. (потеря положительного восприятия коллег, переход от помощи к надзору и контролю, приписывание вины за собственные неудачи другим людям, проявления негуманного подхода к людям);
- по отношению к остальным окружающим (отсутствие эмпатии, безразличие, циничные оценки);

– по отношению к профессиональной деятельности (нежелание выполнять свои обязанности, искусственное продление перерывов в работе, опоздания, уход с работы раньше времени, акцент на материальном аспекте при одновременной неудовлетворенности работой);

– по отношению к себе — возрастание требований (потеря жизненного идеала, концентрация на собственных потребностях, ощущение, что другие люди используют тебя, зависть).

3. Эмоциональные реакции:

– депрессивное настроение (постоянное чувство вины, снижение самооценки, лабильность настроений, апатия);

– агрессия (защитные установки, обвинение других, игнорирование своего участия в неудачах, отсутствие толерантности и способности к компромиссу, подозрительность, конфликты с окружающими).

4. Фаза деструктивного поведения:

– в интеллектуальной сфере: снижение концентрации внимания, отсутствие способности к выполнению сложных заданий, ригидность мышления, отсутствие воображения;

– мотивационной сфере: отсутствие собственной инициативы, снижение эффективности деятельности, выполнение заданий строго по инструкциям;

– эмоционально-социальной сфере: безразличие, избегание неформальных контактов, отсутствие участия в жизни других людей либо чрезмерная привязанность к конкретному лицу, избегание тем, связанных с работой, одиночество, отказ от хобби.

5. Психосоматические реакции: снижение иммунитета, неспособность к релаксации в свободное время, бессонница, сексуальные расстройства, повышение артериального давления, тахикардия, головные боли, расстройства пищеварения, зависимость от никотина, кофеина, алкоголя, наркотиков.

6. Разочарование: отрицательная жизненная установка, чувство беспомощности и бессмысленности жизни, экзистенциальное отчаяние, безысходность.

Основными симптомами СЭВ являются эмоциональное, психическое истощение, личностная отстраненность, ощущение утраты эффективности.

Эмоциональное, психическое истощение — чувство перенапряжения и истощения эмоциональных и физических ресурсов, чувство усталости, не проходящее после ночного сна. Человек чувствует себя предельно уставшим от чрезмерной занятости работой, вкладывает огромные усилия в ее исполнение. Истощение является основным компонентом СЭВ. Частыми являются следующие жалобы: «Я чувствую себя, как выжатый лимон», «Работа высасывает из меня все силы», «Я словно стораю на работе». После периода отдыха (выходные, отпуск) данные проявления уменьшаются, однако

по возвращении в прежнюю рабочую ситуацию возобновляются. Наблюдаются признаки психической дисфункции: потеря ясности мышления, трудности концентрации внимания, ухудшение кратковременной памяти, постоянные опоздания, несмотря на огромные усилия быть вовремя, увеличение числа ошибок и оговорок, увеличение недоразумений на работе и дома.

Личностная отстраненность представляет собой межличностный аспект СЭВ, ее можно охарактеризовать как негативный, бездушный или чрезмерно отдаленный ответ на различные виды деятельности. Люди перестают сочувствовать, сопереживать тем, с кем работают (пациенты, коллеги), они становятся формальными, безразличными в контактах. У человека с СЭВ возникает потребность в самооправдании: «Это не тот случай, чтобы переживать», «Такие люди не заслуживают доброго отношения», «Таким людям нельзя сочувствовать», «Почему я должен за всех волноваться?»

Ощущение утраты эффективности (достижений), или чувство некомпетентности, можно рассматривать как сниженную самооценку в рамках СЭВ. Люди не видят перспектив для своей профессиональной деятельности, снижается удовлетворение работой, утрачивается вера в свои профессиональные возможности. Наблюдается принижение собственных потребностей и желаний, сопряженное с чувством недостатка компетентности.

По результатам проведенного П. А. Антипиным (2006) анкетирования медицинских работников, оказывающих паллиативную помощь, выявлено, что большинство опрошенных испытывают головную боль (56 %), эмоциональную напряженность (40 %), значительную утомляемость (36 %), вегетативные расстройства (28 %), нарушения сна (24 %), повышенную раздражительность (16 %), тревожность и мнительность (16 %) и др. Профессиональная деятельность медицинских работников влияет и на их отношения с окружающими, в частности притупляется чувство сострадания к пациенту (52 %). Испытывают разочарование в профессии 32 % опрошенных, в том числе из-за отсутствия положительных эмоций от профессиональной деятельности — 20 %. Выявлено, что у 64,3 % опрошенных работа с пациентами, нуждающимися в паллиативной помощи, со временем приносит все меньше и меньше удовлетворения, а 75,3 % респондентов хотели бы сменить место работы, если бы представилась такая возможность. Из-за дефицита времени, усталости и напряжения в процессе трудовой смены почти 80 % опрошенных признаются, что часто уделяют пациентам хосписа внимания меньше, чем положено, 53 % устают на работе настолько, что дома с родными стараются общаться как можно меньше, у 62 % не остается сил заниматься домашними проблемами, 43,5 % медицинских работников думают о работе и дома, у них повышается артериальное давление, появляются головная боль и боли в области сердца.

В настоящее время выделяют около 100 симптомов, так или иначе связанных с СЭВ. В связи с тем, что большинство из них являются неспецифи-

ческими, при диагностике необходим интегративный, междисциплинарный подход, предполагающий взаимодействие врача-терапевта, психиатра, психолога.

Для выявления СЭВ необходимо учитывать:

- наличие симптомов выгорания, их очередность и временные взаимосвязи со значительными жизненными изменениями, конфликтными ситуациями в семье и на работе;
- социальный и профессиональный анамнез — выявление факторов, способствующих возникновению СЭВ;
- результаты психометрического тестирования (использование опросников для выявления СЭВ).

Наиболее популярными являются опросник для оценки эмоционального выгорания Э. В. Бойко, опросник Maslach Burnout Inventory (МВІ), а также для скрининговой диагностики может использоваться «Анкета для оценки синдрома эмоционального выгорания» (М. М. Скугаревская, 2003) (прил. 1).

Дифференциальный диагноз необходимо проводить:

- с психическими расстройствами, которые не зависят от влияния экзогенных (внешних) факторов;
- хроническими соматическими заболеваниями, такими как хронические инфекционные болезни (например, вирусный гепатит), эндокринопатии (заболевания щитовидной железы, болезнь Аддисона и др.), аутоиммунная патология, онкологические заболевания;
- синдромом хронической усталости, при котором затрагиваются все аспекты жизни пациента, в отличие от СЭВ, где акцент преимущественно на рабочем аспекте.

Профилактические и лечебные мероприятия при СЭВ во многом схожи.

Профилактика СЭВ реализуется на следующих взаимодополняющих друг друга уровнях:

1. Управленческий уровень — система организационных мероприятия по профилактике СЭВ в медицинском учреждении со стороны руководства.
2. Личностный уровень — формирование навыков саморегуляции, освоение методик расслабления и контроля собственного физического и психического состояния, повышение стрессоустойчивости.

Основные направления работы руководства медицинского учреждения по профилактике СЭВ у сотрудников:

- информирование сотрудников о СЭВ и факторах риска;
- определение групп риска по развитию СЭВ;
- проведение работы по выявлению ранних признаков СЭВ у медицинского персонала;
- перевод с согласия сотрудника в пределах учреждения в другие подразделения (при необходимости);

- создание условий для профессионально-квалификационного роста и психологической устойчивости персонала;
- предоставление сотрудникам краткосрочного отпуска или отпуска по частям;
- повышение их социально-психологической компетентности;
- реализация доброжелательного стиля руководства;
- организация слаженной и гибкой работы подразделений учреждения;
- обеспечение оказания помощи молодым специалистам в адаптации к своей деятельности;
- проведение тренингов по выработке психологической устойчивости при сохранении высокого уровня профессиональной деятельности;
- адекватный подбор руководителей подразделений;
- поощрение обучения сотрудников;
- психологическая поддержка медицинского персонала хосписов, онкологических отделений и отделений паллиативной помощи многопрофильных больниц (обучающие занятия с психологом, семинары, тренинги и т. д., на которых излагаются реальные трудности и типичные ситуации, возникающие при общении с пациентами конкретного отделения и их родственниками).

В процессе проведения занятий выдаются рекомендации, которые помогают новому сотруднику совладать с типичными конфликтными ситуациями.

Положительное значение имеет регулярное проведение собраний и конференций с медицинским персоналом, на которых обсуждается специфика работы с пациентами, нуждающимися в паллиативной помощи, и пути разрешения внутренних проблем и трудных ситуаций, которые могут возникать в отделении и у конкретного человека.

Необходимо обучение персонала коммуникационным навыкам при общении с пациентами и их родственниками, технике, направленной на повышение переносимости человеком профессионального стресса.

Примером проведения специальных программ среди групп риска могут служить так называемые *балинтовские группы* для врачей. Впервые подобные группы были организованы в Лондоне в середине 50-х гг. XX в. Михаэлем Балинтом как тренинговые семинары для врачей общей практики. В отличие от традиционного клинического разбора или консилиума акцент в работе балинтовской группы (8–12 человек) делается не на клиническом анализе ведения данного пациента, а на различных особенностях взаимоотношений врача с пациентом, на эмоциональных переживаниях, трудностях, неудачах, которые врачи сами выносят на обсуждение. На занятиях можно поделиться своими мыслями и чувствами, пришедшими в голову фантазиями, не имеющими, на первый взгляд, никакой рациональной связи с предметом изложения. Занятия в балинтовских группах позволяют участникам прояснить стереотипы действий, препятствующие решению проблем,

устанавливать более эффективные взаимоотношения с партнерами. Группа встречается несколько раз в месяц (продолжительность встречи — 1,5–2 ч) на протяжении нескольких лет. Ведущими данных семинаров являются психологи или психиатры. В работе семинара могут использоваться ролевые игры, элементы психодрамы, тренинг сенситивности, приемы эмпатического слушания, невербальной коммуникации и др. Стиль ведения занятий — недирективный. В группу лучше не включать участников, находящихся на работе в прямом подчинении.

Большое значение имеет психологический климат в коллективе. Доброжелательные, партнерские взаимоотношения между коллегами являются предпочтительными перед строгим соблюдением субординации.

Рекомендации по профилактике и коррекции СЭВ на личностном уровне:

1. Принятие ответственности за свою жизнь и здоровье на себя.
2. Нормализация психоэмоционального состояния и повышение стрессоустойчивости.
3. Оптимизация рабочей деятельности.
4. Здоровый образ жизни.

Человек должен осознать факт, что его эмоциональные реакции являются продуктом его психической деятельности, а не механической реакцией на внешние раздражители. Поэтому возможно обретение контроля над эмоциями и уменьшение их зависимости от стрессовых факторов. В этом случае человек выходит из статуса жертвы обстоятельств, что является важным на пути обретения стрессоустойчивости.

Нормализации психоэмоционального состояния способствуют:

1. Адекватное отреагирование эмоций с помощью различных методов:
 - 1) осознание и обсуждение проблемы (обсудить проблему с другом, коллегой, специалистом, записать в дневник, написать на бумаге и сжечь, сходить на исповедь);
 - 2) выражение эмоций:
 - изображайте эмоции с помощью жестов, мимики, голоса;
 - мните, рвите бумагу;
 - бросайте предметы в мишень на стене;
 - попытайтесь нарисовать свое чувство, потом раскрасьте его, сделайте смешным или порвите;
 - поговорите с кем-нибудь, делая акцент на свои чувства («Я расстроен...», «Меня это обидело...»);
 - 3) релаксация с использованием различных техник:
 - прогрессивная мышечная релаксация (метод Джекобсона): упражнения легко осваиваются в группах либо самостоятельно; основной целью метода является достижение произвольного расслабления поперечнополосатых мышц в покое; сеансы занимают до 30 мин;

– трансцендентальная медитация — искусственно созданная ситуация, в которой человек специально занят самосовершенствованием своих мыслительных процессов или каких-то психических особенностей, размышляя над им же созданными искусственными обстоятельствами;

– аутогенная тренировка (метод Шульца) — самовнушение в состоянии релаксации или гипнотического транса;

– произвольное самовнушение (метод Куэ) — позволяет подавить болезненные, вредные по своим последствиям представления и заменить их полезными и благотворными; может использоваться для редукации стресса перед важными встречами;

4) уединение — если человек испытывает информационную перегрузку, полезно побыть одному хотя бы в течение 30–40 мин: в тишине подсознание включает механизмы саморегуляции и восстановления от эмоциональных перегрузок;

5) переключение: хобби, книги, фильмы, общение, творчество (рисование, танцы, пение, лепка, конструирование и т. п.).

2. Нравственное совершенствование. Сердечность, доброта, терпение, гибкость, любовь к себе и людям могут играть защитную роль при хроническом психоэмоциональном стрессе. Понимание и сочувствие к incurable пациенту должны основываться не на идентификации с ним, а на позиции эмпатии, осознании его психологического состояния на различных этапах лечения, а также на адекватной оценке своих профессиональных возможностей в оказании помощи терминальному пациенту.

3. Тренинг уверенности в себе. Люди, подверженные СЭВ, часто имеют заниженную самооценку, робки, тревожны, неуверенные в себе. Поэтому старайтесь реже говорить: «Я этого не могу сделать», «У меня не получится». Можно использовать методику «волшебный магазин». Представьте, что вы находитесь в волшебном магазине, в котором можете приобрести любую недостающую вам личностную черту: примерить ее на себя, взять ее себе.

4. Тренинг коммуникативных навыков: обучение навыкам эффективного межличностного общения, способам поведения в конфликтных ситуациях; выявление и расширение значимых для индивидуума межличностных связей (семья, друзья, коллеги).

5. Фрустрационная профилактика (уменьшение ложных ожиданий): если ожидания реалистичны, то ситуация более предсказуема и лучше управляема, а сознательный выбор профессии, знания о трудностях, связанных с ней, реальная оценка своих собственных возможностей может помочь избежать «выгорания» или существенно приостановить его развитие.

6. Выработка позитивного взгляда на вещи, или рефрейминг (от англ. frame — рамка), переобрамление (изменение точки зрения, отношения к чему-либо без изменения самой ситуации): каждый раз, когда происходит

что-то негативное, постарайтесь найти три позитивных последствия или выгоды, которые можно извлечь из данной неприятности.

Кроме того, отсрочить СЭВ позволяет оптимизация рабочей деятельности:

- оптимальный режим работы — краткосрочное и долгосрочное планирование, установление очередности дел, частые короткие перерывы в работе;
- профессиональное развитие — совершенствование профессиональных знаний, разностороннее развитие личности дает ощущение полноты жизни, позволяет расширить рамки восприятия тех или иных ситуаций, помогает увидеть различные варианты решения проблем, повышает самооценку человека;
- делегирование ответственности, выработка умения говорить «нет»;
- уход от ненужной конкуренции, не стараться быть лучшим всегда и во всем.

Здоровый образ жизни также способствует профилактике СЭВ:

1. Режим труда и отдыха — установление границ между работой и домом, выработка умения разделять личное и профессиональное пространство.
2. Рациональное питание — ограничить потребление кофеина (чай, кофе, шоколад).
3. Физическая нагрузка — для снятия стресса особенно эффективна аэробная физическая нагрузка: быстрая ходьба, бег, плавание, лыжи, велосипед и др. (необходимы ежедневные занятия по 30 мин).
4. Адекватный сон (продолжительностью 7–8 ч) — важнейший фактор, редуцирующий стресс. Сон считается хорошим, когда люди легко пробуждаются утром, чувствуют себя отдохнувшими.

ОСНОВНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ: ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ

В настоящее время существуют определенные требования к оказанию медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами врачами общей практики, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, которые изложены в клиническом протоколе «Диагностика и лечение пациентов с психическими и поведенческими расстройствами врачами общей практики», утвержденным постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20.03.2020 г. № 13.

Психическое расстройство диагностируется приблизительно у одного из четырех онкологических пациентов.

Установление онкологического диагноза вызывает сложный комплекс физиологических и психологических проблем, который может способствовать формированию тревожности и депрессии у пациентов. Наиболее распространенными психическими расстройствами являются расстройство адаптации (до 68 %) и клиническая депрессия (13 %). Тревожными расстройствами страдают до 7,6 % пациентов с поздними стадиями заболевания. У 4,8 % пациентов с местнораспространенными или диссеминированными новообразованиями развивается генерализованное тревожное расстройство. Чаще тревожные расстройства развиваются у молодых женщин с поздними стадиями онкологического процесса, имеющих более тяжелое физическое состояние вне зависимости от их места нахождения (дом, хоспис, стационар) и вида проводимого противоопухолевого лечения.

Психические расстройства, наиболее часто встречающиеся у пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи, рассматриваются в МКБ-10, класс F00–99 «Психические расстройства и расстройства поведения» в блоках:

F00–F09 Органические, включая симптоматические, психические расстройства

F05 Делирий, не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами

F30–F39 Расстройства настроения

F32 Депрессивный эпизод

F40–F48 Невротические, связанные со стрессом и соматоформное расстройство

F40 Фобические тревожные расстройства

F41 Другие тревожные расстройства

F43 Реакция на тяжелый стресс и нарушение адаптации

F43.0 Острая реакция на стресс

F43.2 Расстройство приспособительных реакций

F50–F59 Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами

F51 расстройства сна неорганической природы.

ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА

По МКБ-10 F40 Фобические тревожные расстройства

F41 Другие тревожные расстройства

F43 Реакция на тяжелый стресс и нарушение адаптации.

Тревожные расстройства наблюдаются у 35 % пациентов с онкологической патологией.

Тревожное расстройство проявляется в виде комплекса соматических и психических симптомов, отражающих страх, беспокойство, опасения, связанные прежде всего с заболеванием, переживаниями собственной беспомощности перед его проявлениями.

У пациентов возникают различные фобии (танатофобия, нозофобия, страх перенапрячь пораженные болезнью внутренние органы, страх развития фатальных осложнений, страх потери контроля над собой). Когда пациенты жалоб на страх не предъявляют, его можно диагностировать по следующим признакам: психомоторное беспокойство, ощущение жара, тремор, сухой язык, тошнота, потеря концентрации, ощущение тяжести в грудной клетке, поверхностное дыхание, дрожь, головокружение и слабость или общие жалобы по поводу своего психического состояния. Страх может проявляться таким единственным симптомом, как телефонные звонки по ночам. У многих пациентов, испытывающих тревожность, нарушается сон, их беспокоят пугающие сновидения; пациент может отказываться оставаться один в ночное время или даже днем.

Тревога может быть обусловлена потенциально обратимыми состояниями, такими как неконтролируемая боль, тяжелая одышка, гипоксия и сепсис. Ее может вызвать или усугубить прием лекарственных средств, например глюкокортикостероидов.

На поздних стадиях заболевания тревога часто сопровождается симптомами депрессии и делирия.

Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревожность) характеризуется рецидивирующими приступами резко выраженной тревоги (паники), которые не ограничены какой-либо особой ситуацией или комплексом обстоятельств и, следовательно, непредсказуемы. Как и при других тревожных расстройствах, основная симптоматика включает внезапное возникновение сердцебиения, боли за грудиной, ощущение удушья, тошноту и чувство нереальности (деперсонализация, или дереализация). Следует отметить, что одышка является распространенным триггером приступа паники.

При угрожающем жизни заболевании паника может быть:

- обострением существующего тревожного расстройства (в этом случае панические атаки могут начаться задолго до постановки онкологического диагноза);
- реакцией пациента на возникшие обстоятельства;
- следствием неконтролируемых симптомов, в частности одышки;
- проявлением делирия с возбуждением;
- спровоцированной приемом препаратов, например глюкокортикостероидов;
- формой височной эпилепсии у пациентов с опухолями головного мозга.

С целью скрининговой диагностики тревожных расстройств можно использовать опросник GAD-7 (прил. 2).

Лечение:

1. Поддержка пациента посредством хорошо налаженного взаимодействия с медицинским персоналом (команда врача общей практики, персонал хосписа или отделения паллиативной медицинской помощи).

2. Психотерапевтическая помощь (релаксационная терапия, арт-терапия, техники дыхания, когнитивно-поведенческая терапия).

3. Фармакотерапия, которая назначается в зависимости от прогнозируемой продолжительности жизни (табл. 4).

Таблица 4

Дифференцированная фармакотерапия тревожных расстройств

Прогнозируемая продолжительность жизни	Препараты
Менее 2–4 недель	Бензодиазепины: – диазепам 2–10 мг на ночь и по потребности; – лоразепам 0,5–1 мг 2 раза в сутки и по потребности
Более 2–4 недель	Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС): – пароксетин 10 мг/сут; – сертралин 50 мг/сут; – флувоксамин 50 мг/сут; – эсциталопрам 10 мг/сут; – флуоксетин 20 мг/сут

При отсутствии эффекта от приема антидепрессантов может быть назначен антиконвульсант прегабалин (начальная доза 75 мг, максимальная — 600 мг).

Нейролептики назначаются, в том случае, если тревожность является следствием делирия или психоза, а также если бензодиазепины и антидепрессанты не эффективны.

ДЕПРЕССИЯ

По МКБ-10 F32 Депрессивный эпизод.

Депрессия — это психическое расстройство, относящееся к группе расстройств настроения, или аффективным расстройствам. Заболевание связано с нарушениями в эмоциональной сфере, которые, как правило, сопровождаются изменениями вегетативных и соматических функций организма.

Депрессия представляет собой часто встречающуюся в популяции (около 5 %) форму психического расстройства. Риск возникновения депрессивного эпизода в течение жизни составляет примерно 20 % для женщин и 10 % для мужчин. Среди пациентов с онкологическими заболеваниями частота депрессий составляет 30–40 %.

Депрессия является заболеванием, которое доставляет значительные страдания пациенту, она сопровождается повышенным суицидальным риском (частота суицидов среди пациентов с депрессией в 21,2 раза выше, чем в среднем в популяции).

Диагностические критерии депрессии. Симптомы депрессии:

1. Депрессивное настроение.
2. Выраженное снижение заинтересованности почти всеми видами деятельности и/или связанного с ними чувства удовольствия.
3. Повышенный или пониженный аппетит либо значительное снижение (не связанное с соблюдением диеты) или увеличение массы тела (например, 5 % в течение месяца).
4. Бессонница или чрезмерная сонливость.
5. Возбудимость или психомоторная заторможенность.
6. Чувство усталости или потери энергии.
7. Чувство собственной неполноценности или необоснованное чувство вины.
8. Уменьшение продуктивности мышления, трудности с концентрацией внимания или принятием решения.
9. Повторяющиеся мысли о смерти (не только боязнь смерти).
10. Повторяющиеся суицидальные мысли без определенного плана, совершение попыток самоубийства или наличие плана совершения самоубийства.

Правило постановки диагноза по DSM-5 (диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам 5-го пересмотра): присутствие ежедневно и в течение большей части дня, одновременно в течение ≥ 2 недель, 5 симптомов из числа перечисленных, причем хотя бы одного из двух первых.

С целью скрининговой диагностики депрессии можно использовать опросник PHQ-9 (прил. 3).

По тяжести (глубине) депрессивный эпизод может быть легким, умеренным или тяжелым.

При *легком депрессивном эпизоде* пациент еще способен, хотя и с видимым затруднением, выполнять привычную работу и социальные функции.

При *умеренном депрессивном эпизоде* пациент испытывает существенные затруднения в выполнении как производственных и социальных обязанностей, так и в ведении домашних дел.

При *тяжелом депрессивном эпизоде* пациент полностью или почти полностью теряет способность выполнять не только свою работу, но и простые домашние обязанности.

У врача, курирующего пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи, могут возникнуть сложности с определением тяжести депрессии в силу и так достаточно тяжелого состояния пациента, обусловленного основным заболеванием.

Депрессия часто не диагностируется, поскольку ее симптомы совпадают с адекватными ситуации эмоциями — скорбью по поводу смерти (печаль), упадком духа (духовные страдания, чувство безнадежности), а также соматическими симптомами онкологического заболевания (такими как анорексия, потеря веса, запор, нарушение сна, потеря либидо), что требует проведения тщательного дифференциально-диагностического поиска.

К симптомам, указывающим на депрессию у пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи, относятся:

- стойкое снижение настроения (каждый день в течение всего дня на протяжении нескольких недель);
- стойкая утрата способности получать удовольствие от жизни (ангедония);
- суточные колебания настроения (хуже утром и лучше вечером);
- пробуждение после ночного сна существенно раньше, чем обычно (например, на 1–2 часа) и «отвратительное» самочувствие;
- чувство безнадежности или собственной неполноценности;
- чрезмерное чувство вины;
- изоляция от членов семьи и друзей;
- постоянные мысли о самоубийстве и/или попытки самоубийства;
- просьбы об эвтаназии.

Депрессия может быть обусловлена приемом лекарственных средств: противоопухолевых препаратов, бензодиазепинов, нейролептиков, глюкокортикостероидов, бета-блокаторов, антигистаминных.

Диагностические мероприятия:

- сбор анамнестических сведений у пациента и его близких;
- постановка вопросов, направленных на выявление основных и дополнительных симптомов депрессии;
- целенаправленная постановка вопросов для оценки риска суицида («Приходят ли в голову мысли о смерти?», «Нет ли желания умереть?», «Были ли в прошлом суицидальные попытки?», «Не пытался ли пациент выработать способ и составить план действий?», «Не начал ли он приготовлений к этому?») на основе «Шкалы оценки риска суицида» (прил. 4).

Для состояния высокого суицидального риска характерны:

- устойчивые фантазии о смерти, невербальные «знаки», мысли, прямые или косвенные высказывания о самоповреждении или самоубийстве;

- состояние депрессии;
- проявления чувства вины / тяжелого стыда / обиды / сильного страха;
- высокий уровень безнадежности в высказываниях;
- заметная импульсивность в поведении;
- факт недавнего/текущего кризиса (утраты);
- эмоционально-когнитивная фиксация на кризисной ситуации, объекте утраты;
 - выраженное физическое или психическое страдание (болевого синдром, «душевная боль»);
 - отсутствие социально-психологической поддержки / не принимающее окружение;
 - нежелание пациента принимать помощь / недоступность терапевтическим интервенциям / сожаления о том, что остался жив;
 - доминирование негативных чувств врача, нарушающих процесс коммуникации (таких как тревога, неприязнь, бессилие и безнадежность, идеализация или обесценивание пациента).

У пациентов с прогрессирующим заболеванием повышен риск самоубийства. К факторам риска относятся:

- болевой синдром или другие состояния, которые плохо контролируются;
- поздние стадии заболевания или неблагоприятный прогноз; делирий или расторможенность;
- недостаточная социальная поддержка;
- злоупотребление психоактивными веществами;
- наличие в личном или семейном анамнезе психических расстройств или суицидов.

Расспрос пациента о том, не планирует ли он самоубийство, не наводит пациента на суицидальные мысли. У большинства пациентов мысли о самоубийстве возникают кратковременно в минуты сильного отчаяния. Однако для некоторых из них подобные мысли становятся постоянными, и в результате у пациента может возникнуть четкое намерение покончить с собой. Если речь идет о таком случае — важна неотложная консультация психиатра.

Показания для консультации врача психиатра-нарколога:

- сложности в диагностике;
- лечение депрессивного эпизода умеренной или значительной тяжести;
- сопровождение депрессии психотическими нарушениями;
- наличие суицидальных тенденций или попыток;
- отсутствие эффекта лечения, проводимого врачом общей практики;
- настояние самого пациента.

Идентифицировать депрессию особенно важно потому, что стандартное лечение эффективно примерно в 80 % случаев. При отсутствии лечения

депрессия усугубляет другие симптомы, приводит к социальной изоляции, не позволяет пациенту закончить «незавершенные дела».

Лечение:

1. Психологическая поддержка пациента:

– открытый разговор с пациентом, объяснение и убеждение его в том, что симптомы можно скорректировать;

– специализированная психологическая помощь.

2. Устранение (при возможности) тяжелых соматических проявлений основного заболевания (интенсивный болевой синдром и другие мучительные симптомы).

3. Коррекция фармакотерапии в отношении приема лекарственных средств, которые могут провоцировать депрессию (бензодиазепины, нейролептики, глюкокортикостероиды, бета-блокаторы, антигистаминные).

4. Фармакотерапия.

Основные лекарственные средства в лечение депрессии — антидепрессанты (табл. 5).

Таблица 5

Классификация антидепрессантов

Группа	Лекарственные средства
Антидепрессанты, нарушающие обратный захват моноаминов	
Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС)	Флуоксетин, флувоксамин, сертралин, пароксетин, циталопрам, эсциталопрам
Селективные ингибиторы обратного захвата норадреналина	Ребоксетин, атомоксетин
Ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина	Венлафаксин, десвенлафаксин, милнаципран, левомилнаципран, дулоксетин
Ингибиторы обратного захвата норадреналина и дофамина	Бупропион
Трициклические антидепрессанты (ТЦА)	Амитриптилин, имипрамин, дезипрамин, протриптилин, нортриптилин, тримипрамин, мапротилин, кломипрамин, лофепрамин
Антидепрессанты, препятствующие разрушению моноаминов	
Необратимые неселективные ингибиторы моноаминооксидазы (ИМАО)	Фенелзин, транилципромин, изокарбоксазид
Обратимые селективные ИМАО	Моклобемид, селегилин
Атипичные антидепрессанты	
Антагонисты альфа-2-адренорецепторов	Миртазапин, миансерин
Модуляторы 5-НТ-серотониновых рецепторов	Тразодон, нефазодон, вортиоксетин, агомелатин
Активаторы нейронального захвата моноаминов	Тианептин

Лечение антидепрессантами относится преимущественно к компетенции врача психиатра-нарколога или врача-психотерапевта. Однако в случаях, когда сделать это в ближайшее время по каким-либо причинам не удастся, лечение может быть начато врачом общей практики.

Согласно действующему законодательству Республики Беларусь (Закон «О здравоохранении», Закон «Об оказании психиатрической помощи», Закон Республики Беларусь «О наркотических средствах, психотропных веществах, их прекурсорах и аналогах», клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов с психическими и поведенческими расстройствами врачами общей практики»), психическое расстройство, в том числе и тревожные расстройства, может диагностировать и лечить врач любой специальности, а антидепрессанты не являются контролируруемыми психотропными лекарственными препаратами, выписываются на обычных рецептурных бланках без дополнительной регистрации и являются препаратами выбора в терапии тревожно-депрессивных расстройств в условиях поликлиники и стационара.

При депрессивных эпизодах умеренной и значительной тяжести прием антидепрессантов является обязательным и должен быть начат как можно раньше.

До недавнего времени ТЦА являлись основными назначаемыми антидепрессантами (амитриптилин, мапротилин). Однако существует ограничение их применения в общесоматической практике, которое связано с наличием следующих побочных эффектов:

- со стороны сердечно-сосудистой системы — аритмии, нарушение внутрижелудочковой проводимости, ортостатическая гипотензия;
- со стороны желудочно-кишечного тракта — сухость во рту, повышенный аппетит, запоры;
- со стороны мочеполовой системы — нарушение мочеиспускания;
- со стороны нервной системы — седация, когнитивные нарушения, делирий;
- со стороны эндокринной системы — прибавка веса, метаболический синдром;
- со стороны органов зрения — нарушение аккомодации, повышение внутриглазного давления.

В настоящее время предпочтительной тактикой лечения впервые выявленного депрессивного расстройства является монотерапия антидепрессантами из группы СИОЗС (табл. 5, 6) в течение 4–8 недель. Введение СИОЗС в медицинскую практику расценивается как настоящий прорыв в лечении депрессии, что связано с хорошей переносимостью, низкой токсичностью, минимальными побочными эффектами, хорошим межлекарственным взаимодействием, возможностью применения при сопутствующих соматических

заболеваниях, а также у пациентов пожилого возраста. Результативным такое лечение оказывается у 50–60 % пациентов. При этом побочные эффекты СИОЗС являются причиной отказа от лечения только в 10–15 % случаев.

Таблица 6

Режимы дозирования СИОЗС

Международное непатентованное название (торговое название)	Режимы дозирования в общей медицинской практике	
	Минимальные суточные дозы, мг	Средние суточные дозы, мг
Пароксетин (Аркетис, Паксил, Рексетин)	10	20–40
Сертралин (Алевал, Асентра, Мистрал, Стимулотон)	50	50–100
Флувоксамин (Феварин, Флувоксин)	50	100–150
Эсциталопрам (Позитива, Ципралекс, Элицея, Эспрам)	10	20
Флуоксетин (Флуксен)	20	40
Циталопрам*	10	40

* Лекарственное средство не зарегистрировано в Республике Беларусь.

К возможным побочным эффектам СИОЗС относятся:

- психоэмоциональные: тревога, житация, раздражительность, агрессивность, нарушения сна;
- гастроэнтерологические: тошнота, рвота, диарея, запор, боли в животе, снижение аппетита;
- другие побочные эффекты: сексуальная дисфункция, головная боль, головокружение, слабость, тремор, потливость.

Данные побочные эффекты возникают в первые 7–10 дней от начала приема СИОЗС.

Лекарственные средства, влияющие на несколько медиаторных систем (амитриптилин, венлафаксин), имеют преимущества в эффективности. Однако более высокая результативность такой фармакотерапии часто сопровождается худшей переносимостью, низкая избирательность действия является причиной многочисленных побочных эффектов, вследствие которых около 20–30 % пациентов отказываются от лечения.

Показаниями к применению для некоторых лекарственных средств из группы ТЦА (амитриптилин, имипрамин) и ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (дулоксетин, милнаципран) являются хронический нейропатический болевой синдром (постгерпетическая, посттравматическая, диабетическая невралгия, фибромиалгия, мигрень и др.), недержание мочи.

При выборе антидепрессанта необходимо руководствоваться следующими правилами:

1. Если пациент ранее переносил депрессию и какой-либо антидепрессант оказался эффективным — назначить его снова в той же дозе.

2. Лечение следует начинать с минимальной дозы (например, постепенное «титрование» — $\frac{1}{4}$ таблетки 4 дня, $\frac{1}{2}$ таблетки 4 дня, $\frac{3}{4}$ таблетки 4 дня, далее — 1 таблетка в день).

3. Желательно не превышать средние терапевтические дозы лекарственного средства.

4. Если депрессия сопровождается тревогой и ажитацией, использовать лекарственное средство с седативным и противотревожным действием (например, флувоксамин 50–150 мг/сут однократно вечером; пароксетин, начиная с 10 мг с последующим повышением дозы 1 раз в 2–3 дня до 20–40 мг/сут однократно утром или в 2 приема).

5. При депрессиях с заторможенностью, вялостью и апатией следует использовать лекарственное средство со стимулирующим действием (например, флуоксетин, начиная с 20 мг/сут однократно утром, при необходимости увеличивая дозу до 40 мг; циталопрам — с 10 мг/сут однократно утром, увеличивая при необходимости дозу до 40 мг/сут).

6. При наличии в структуре депрессии тревоги и заторможенности рекомендовано использовать антидепрессанты со сбалансированным действием (например, мапротилин, начиная с 50 мг/сут в 2 приема утром и вечером, при необходимости увеличивая дозу до 75–150 мг/сут; сертралин, начиная с 50 мг/сут однократно утром, повышая дозу на 0,25 мг каждые 2–3 дня, доводя ее при необходимости до 100 мг однократно; эсциталопрам, начиная с 10 мг/сут однократно, повышая дозу при необходимости до 20 мг; венлафаксин, начиная с 75 мг/сут утром однократно, при необходимости увеличивая дозу на 75 мг каждые 3 дня до 225 мг/сут).

7. Пациентам пожилого возраста и при наличии сопутствующих соматических заболеваний назначают антидепрессанты с меньшей выраженностью холинолитических побочных эффектов (чаще всего СИОЗС).

8. Лечение антидепрессантом проводится в виде монотерапии, то есть не допускается одновременное использование 2 лекарственных средств этой группы у одного пациента.

9. Терапевтический эффект при лечении антидепрессантами возникает не ранее 2–4 недель приема терапевтической дозы; об этом следует проинформировать пациента и его близких.

Следует помнить, что ни один из антидепрессантов в терапевтических дозах не вызывает зависимости. В связи с приемом данных лекарственных средств выделяют понятия «синдром отмены» и «синдром отдачи».

Синдром отмены — побочные явления, наблюдающиеся при резкой отмене препарата без соблюдения рекомендуемых нюансов снижения дозировок. В понятие синдрома отмены входят такие неприятные физические ощущения, как головные боли, головокружения, нарушения сна, дрожь в теле, мышечные спазмы, повышение температуры тела и др.

Синдром отдачи — явление резко возвращающейся депрессивной симптоматики, а также всех симптомов заболевания, при которых был назначен антидепрессант. Этот синдром возникает, как правило, при отмене антидепрессантов ранее рекомендованного срока терапии или слишком быстром снижении дозы, несоблюдении сроков поддерживающего лечения.

Около 15 % пациентов, страдающих депрессией, совершают суицид. Передозировка антидепрессантами — самый частый способ покончить жизнь самоубийством. Наиболее токсичными и опасными в этом отношении являются лекарственные средства из групп ТЦА и ИМАО. Сообщения о летальных случаях при передозировке антидепрессантами других классов являются единичными, при этом, как правило, имеет место сочетанный прием психотропных средств и алкоголя. Симптомы передозировки: тошнота, рвота, диарея, сухость кожи и слизистых, аритмии (желудочковая тахикардия, фибрилляция предсердий и желудочков), повышение/снижение артериального давления, гипертермия, судороги, нарушение сознания, кома. Специфических антидотов к антидепрессантам нет. Первая помощь состоит в промывании желудка, приеме активированного угля и слабительных средств, симптоматическом лечении, направленном на поддержание жизненно важных функций (кровообращения и дыхания, терморегуляции), купирование судорог.

Рекомендации для пациента и членов его семьи:

- составить перечень занятий, которые приятны пациенту, доставляют удовольствие или повышают уверенность в себе, а затем целенаправленно осуществлять их по возможности чаще;
- планировать по часам каждый день;
- не совершать перемен в жизни (таких, например, как отказ от прогулки, хобби) под влиянием сниженного настроения;
- быть спокойными и терпеливыми, не критиковать и не иронизировать по поводу состояния пациента, не требовать от него «взять себя в руки» и т. п.;
- стараться проводить больше времени рядом с пациентом, вовлекать его в любую полезную деятельность;
- предоставлять пациенту возможность выговориться свободно, не опасаясь критики, рассказать о своих мыслях, переживаниях, опасениях;
- не бояться обсуждения с пациентом темы суицидальных мыслей и намерений, если таковые имеются, своевременно информировать об этом врача;

– сопровождать пациента при посещениях врача, если возникнет необходимость в приеме лекарств-антидепрессантов — постоянно контролировать их прием.

ДЕЛИРИЙ

По МКБ-10 F05 Делирий, не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами.

Делирий — острая спутанность сознания (острая мозговая недостаточность), связанная с заболеванием, интоксикацией или синдромом отмены. Делирий является распространенным психическим расстройством у терминальных пациентов, в том числе с онкологическими заболеваниями. Как правило, в 90 % случаев он развивается в последние 24–48 ч жизни и является предвестником смерти. Развитие делириозного состояния оказывает сильное психотравмирующее действие прежде всего на родственников пациента.

Диагностические критерии делирия:

1. Нарушение внимания (сниженная способность направлять, фокусировать, удерживать и переключать внимание) и сознания (нарушение ориентирования в окружающей среде).

2. Изменение когнитивных функций (например, расстройство памяти, дезориентация, нарушение речи, признаки инкогеренции (бессвязность мышления), искаженное восприятие, галлюцинации), которые не объясняются ранее существовавшей, диагностированной или развивающейся деменцией.

3. Нарушение развивается за короткое время (как правило, за несколько часов или дней), выраженность нарушений колеблется в течение дня.

4. Данные анамнеза, осмотра или лабораторных исследований подтверждают, что нарушение является прямым физиологическим следствием основного заболевания, действия токсического вещества, лекарственного средства или сразу нескольких причин.

Причины развития делирия многочисленны (табл. 7). К факторам, предрасполагающим к развитию делирия, относятся пожилой возраст, наличие тяжелой деменции, делирий в анамнезе, депрессия, значительные функциональные нарушения, длительная иммобилизация, дегидратация, проблемное употребление алкоголя (алкоголизм).

Изменение уровня возбуждения и нарушение когнитивных функций возникает остро и развивается за несколько часов или дней. На основании уровня возбуждения и психомоторной активности выделяют 3 клинических подтипа делирия:

1) гиперактивный — характеризуется беспокойством, возбуждением, повышенной настороженностью, галлюцинациями и бредом (чаще связан с

лекарственной или наркотической интоксикацией и алкогольным или наркотическим абстинентным синдромом);

2) **гипоактивный** — характеризуется психомоторной заторможенностью, сонливостью, нарушением сознания; менее характерны галлюцинации и бред; чаще связан с гипоксией, метаболическими нарушениями и энцефалопатией; более высокий риск смерти;

3) **смешанный** — чередование проявлений возбуждения и сонливости.

Таблица 7

Причины развития делирия

Группы причин	Частные случаи
Первичное поражение центральной нервной системы	Первичные опухоли головного мозга. Метастазы в головной мозг
Органная недостаточность	Печеночная энцефалопатия. Почечная недостаточность. Дыхательная недостаточность. Тяжелая сердечная недостаточность
Электролитные нарушения	Гиперкальциемия. Гипонатриемия
Побочные эффекты лечения	Антихолинергические препараты. Опиоидные анальгетики. Системные глюкокортикостероиды. Химиотерапия. Противовирусные препараты. Противорвотные средства
Гематологические осложнения	Тяжелая анемия. ДВС-синдром
Инфекции	Тяжелая пневмония. Сепсис
Недостаточность питания	Витаминная недостаточность (энцефалопатия Вернике)

Гиперактивные нарушения — самые легкие для диагностики, а при гипоактивных (которые случаются чаще) необходимо активно искать основной симптом. Например, малоактивный, сонливый пациент может:

– теребить постельное белье или «хватать» воздух (признак галлюциноза);

– выглядеть расстроенным, бросающим взгляд то в одну, то в другую сторону (признак возможного галлюциноза и/или бреда).

Несмотря на то, что и делирий, и деменция характеризуются когнитивными нарушениями и спутанностью сознания, каждое из этих состояний имеет ряд отличительных особенностей (табл. 8).

Таблица 8

Дифференциальная диагностика при когнитивных нарушениях

Делирий	Деменция
Острое или подострое начало	Хроническое заболевание
Нарушение сознания (информация не воспринимается)	Повреждение головного мозга (информация не запоминается)
Перемежается периодами ясного сознания	Прогрессирующее течение
Обратимое состояние (обратимость хуже в конце жизни)	Необратима
Часто сопровождается галлюцинациями	Галлюцинации наблюдаются редко
Речь неразборчивая и бессвязная	Речь стереотипная и ограниченная
Наблюдаются колебания состояния в течение суток	Стабильное состояние
Часто осознается и тревожит	Не осознается и не вызывает отрицательных эмоций
Кратковременный систематизированный бред	Бред наблюдается редко (за исключением деменции с тельцами Леви, устанавливаемой посмертно)

Профилактика делирия:

1. Выявление предрасполагающих факторов.
2. Раннее терапевтическое вмешательство.

Лечение:

1. Регулярное наблюдение (в хосписе — индивидуальный сестринский уход).
2. Создание спокойной окружающей обстановки (устранение раздражающих факторов (яркий свет, звук), поддержание комфортной температуры в помещении, ограничить число посещений).
3. Нормализация режима для исключения бодрствования пациента ночью.
4. Устранение (при возможности) этиологических факторов:
 - при задержке мочи — опорожнение мочевого пузыря;
 - при длительном запоре — опорожнение прямой кишки;
 - при гипоксии — кислородотерапия;
 - при повышенном внутричерепном давлении — глюкокортикостероиды;
 - при гиперкальциемии — бифосфонаты;

- при дегидратации — регидратация;
- при инфекции — антибактериальные препараты;
- коррекция фармакотерапии — снизить дозу опиоидных, психотропных препаратов, М-холинолитиков.

5. Фармакотерапия. В случае неэффективности вышеуказанных мероприятий следует применять нейролептики (табл. 9), которые показаны при всех типах делирия — гиперактивном, гипоактивном или смешанном.

Таблица 9

Режимы дозирования нейролептиков при лечении делирия

Препарат	Начальная доза	Максимальная доза
Галоперидол	500 мкг немедленно, а затем каждые 2 ч по потребности с постепенным увеличением от 1 до 1,5 мг	5 мг
Оланзапин	2,5 мг немедленно, а также на ночь	10 мг на ночь
Рisperидон	1 мг перед сном и при необходимости повышение дозы на 1 мг 1 раз в 2 дня	4 мг на ночь

Если возбуждение сохраняется, может потребоваться дополнительное назначение препаратов из группы бензодиазепинов. Эффект от комбинированного использования нейролептика и бензодиазепина у умирающего пациента почти всегда вызывает глубокую седацию вплоть до момента смерти.

РАССТРОЙСТВА СНА

По МКБ-10 F00–F99 Психические расстройства и расстройства поведения
 F50–F59 Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами

F51 Расстройства сна неорганической этиологии

G00–G99 Болезни нервной системы

G40–G47 Эпизодические пароксизмальные расстройства

G47 Расстройства сна.

К рубрике F51 относятся расстройства сна неорганической природы, основной этиологический фактор которых — эмоциональные и социально-психологические причины. Данные расстройства могут выступать как изолированный феномен, но могут быть и спутниками других психических расстройств (расстройств настроения, тревожного расстройства и др.) и соматических заболеваний (астмы, язвы желудка, артериальной гипертензии и др.).

К рубрике G47 относятся расстройства сна органического происхождения, апноэ во сне, нарколепсия и катаплексия, синдром Клейне–Левина.

Диссомния — это любое нарушение или расстройство сна.

Виды диссомнии:

1. Инсомния (бессонница) — клинический синдром, характеризующийся жалобами на расстройство ночного сна (в виде трудности инициации, поддержания сна и/или пробуждения раньше желаемого времени), и связанные с этим нарушения в период дневного бодрствования, возникающие несмотря на то, что времени для сна достаточно и условия удовлетворительные (согласно Международной классификации расстройств сна 3-го пересмотра (ICSD, 2014)).

Другими словами, инсомния — это дефицит качества и количества сна, необходимых для нормальной дневной деятельности.

2. Гиперсомния — увеличение длительности сна, повышенная сонливость.

3. Нарушение цикла сна и бодрствования, в частности длительный дневной сон.

4. Профундосомния — чрезмерно глубокий сон.

Диссомния может сочетаться с парасомнией — расстройством поведения во время сна. К проявлениям парасомнии относятся лунатизм (сомнамбулизм, или снохождение), говорение во сне, бруксизм (скрежетание зубами), кручение головой и ритмические движения во сне. Парасомнией называют также ночные страхи и кошмары.

Нарушения сна являются частой проблемой у пациентов (от 25 до 90 %) с онкологической патологией, и в основном они представлены инсомнией, гиперсомнией и нарушением цикла сна и бодрствования.

Диагностические критерии инсомнии:

1. Нарушение сна, характеризующееся любым проявлением из перечисленных ниже:

– затруднения при засыпании (продолжительность периода времени, необходимого, чтобы заснуть, более 30 мин);

– нарушение непрерывности сна (ночные пробуждения продолжительностью более 30 мин);

– раннее пробуждение;

– отсутствие чувства свежести после сна или плохое качество сна.

2. Расстройство ночного сна вызывает нарушение нормального функционирования (в том числе социального и профессионального) в течение дня.

3. Нарушение сна отмечается не реже 3 ночей в неделю на протяжении, по меньшей мере, месяца.

4. Продолжительность ночного сна составляет менее 6 ч.

5. Расстройство сна возникает, несмотря на обеспечение нормальных условий.

Расстройства ночного сна традиционно делятся на пре-, интра- и постсомнические.

Пресомнические нарушения проявляются в удлинении времени отхода ко сну: в норме период от укладывания в постель до полного засыпания составляет не более 30 мин, при бессоннице он может затягиваться до 1,5–2 ч и более.

Интрасомнические нарушения характеризуются пробуждениями среди ночи со сложностью последующего засыпания, продолжаются 30 мин и дольше.

Постсомнические нарушения проявляются ранними утренними пробуждениями (как минимум за 30 мин до ожидаемого времени) с последующим нарушением засыпания. Наиболее часто (в 65 % случаев) встречаются пресомнические расстройства сна, реже — другие варианты, нередко имеет место сочетание нескольких видов нарушения сна.

В зависимости от продолжительности инсомния делится на хроническую, кратковременную и неуточненную.

Хроническая инсомния — нарушения сна продолжительностью более 3 месяцев. Хроническая инсомния коморбидна с психической и соматической патологией, приблизительно у 50 % пациентов с этим недугом выявляются психические заболевания.

Кратковременная инсомния характеризуется длительностью до 3 месяцев и включает в себя транзиторную (острую) инсомнию и адаптационную бессонницу. В возникновении *транзиторной инсомнии* большую роль отводят психологическим моментам, связанным с эмоциональным перевозбуждением, нарушающим сон (таким как ссора, предстоящее диагностическое обследование на предмет серьезного заболевания и т. п.). *Адаптационная бессонница* также возникает в результате тех или иных эмоциональных потрясений, как правило, более продолжительных (связанных с переездами, безработицей, наличием хронического соматического заболевания и т. п.).

Неуточненная инсомния — это временный диагноз, когда вариант инсомнии только устанавливается.

Факторы, предрасполагающие к возникновению бессонницы:

- 1) женский пол;
- 2) пожилой возраст;
- 3) повышенная возбудимость;
- 4) наличие тревожных или депрессивных расстройств.

Факторы, провоцирующие бессонницу:

- 1) психологический дистресс вследствие семантики диагноза и проводимого лечения;
- 2) патологические симптомы, прежде всего боль;

3) непривычная обстановка, особенно при помещении в многоместную палату стационара.

Нарушения сна закрепляются вследствие изменения повседневной активности (снижение функционального статуса, проведение большей части времени в постели и т. д.).

Профилактика инсомнии заключается в соблюдении режима сна и бодрствования, нормальной физической и психической нагрузке, правильном использовании лекарственных средств, влияющих на центральную нервную систему (транквилизаторы, седативные, снотворные).

Профилактика гиперсомнии состоит в предупреждении черепно-мозговых травм и нейроинфекции, которые могут привести к избыточной сонливости.

Лечение нарушений сна у пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи, предполагает комплексный подход с использованием как немедикаментозных, так и медикаментозных методов.

Немедикаментозные методы лечения:

1. Соблюдением общих правил здорового сна:

- не ложиться спать в возбужденном или рассерженном состоянии;
- не есть перед сном;
- не пить на ночь спиртного, кофе или крепкий чай;
- не курить перед сном;
- не спать в дневное время;
- засыпать и просыпаться каждый день в одно и то же время;
- снизить умственную нагрузку, особенно в вечернее время;
- использовать умеренную физическую нагрузку с целью вызвать утомление в вечернее время, но не позднее, чем за 3 ч до сна;
- прогулки на свежем воздухе;
- прохладный душ (небольшое охлаждение тела является одним из элементов физиологии засыпания), в ряде случаев теплый душ, вызывающий легкую мышечную релаксацию, также может приводить к улучшению засыпания;
- создание комфортных условий для сна: удобный матрац, подушка, температура в спальне не выше 21 °С.

2. Когнитивно-поведенческая психотерапия.

3. Релаксационные терапия

Релаксационная терапия базируется на предположении, что пациент с инсомнией отличается высоким уровнем физиологического и когнитивного возбуждения в течение дня и ночи. Она направлена на деактивацию гиперактивности, на уменьшение длительности бодрствования при нахождении в постели и на уменьшение частоты и длительности просыпаний во время сна.

Среди различных релаксационных техник прогрессирующая мышечная релаксация, аутогенная тренировка направлены на уменьшение соматического возбуждения, а тренировка воображения, медитация и другие способствуют снижению умственного возбуждения в виде тревоги, навязчивых или «скачущих» мыслей. В табл. 10 представлен перечень релаксационных техник и краткие комментарии к ним. После профессиональной инструкции и регулярной практики большинство этих техник могут применяться самим пациентом. Релаксационная терапия не применяется, если пациент не напряжен и у него нет проявлений повышенной тревожности.

Таблица 10

Техники релаксационной терапии

Виды релаксационных техник	Характеристика
Аутогенная тренировка	Представление мирного окружения и комфортных телесных ощущений, таких как тепло и тяжесть в конечностях, тепло в верхней части живота и прохлада в области лба
Тренинг обратной связи	Зрительная и слуховая обратная связь позволяет пациенту управлять выбранными физиологическими параметрами
Гипноз	Осуществляется только специалистами
Тренинг воображения	Визуализационная техника с фокусировкой на приятных или нейтральных образах
Медитация, диафрагмальное дыхание	Обучение проводят специалисты
Замедленное дыхание	Сделайте глубокий вдох и задержите дыхание на 5 с, повторите несколько раз, сконцентрируйтесь на звуке дыхания
Прогрессирующее расслабление мышц	Напрягите и расслабьте группы больших мышц, начиная обычно с нижних конечностей и продолжая в направлении вверх до лицевых мышц
Повторяющаяся концентрация	Концентрация на слове, звуке, молитве, крылатой фразе или мышечной активности

Медикаментозная терапия нарушений сна предполагает применение снотворных препаратов.

Выделение снотворных препаратов в отдельную группу носит условный характер, поскольку гипнотический (снотворный) эффект имеется у различных классов психотропных лекарственных средств. Основные из них представлены снотворными средствами, воздействующими на постсинапти-

ческий ГАМК-ергический комплекс, и включают бензодиазепины, циклопирролоны, имидазопиридины (табл. 11). Среди снотворных средств выделяются препараты с коротким (менее 5 ч), средним (5–15 ч) и длительным (более 15 ч) действием.

Таблица 11

Основные лекарственные средства для коррекции нарушений сна

Группы	Наименование лекарственного средства	Форма выпуска, дозировка	Максимальная суточная доза	Длительность действия
Бензодиазепины	Триазолам (Хальцион)	Таблетки 0,25 мг	0,5 мг	Короткого действия (1–5 ч)
	Мидазолам*	Таблетки 15 мг	15 мг	
	Бротизолам*	Таблетки 0,25 мг	0,5 мг	
	Темазепам*	Таблетки 10 мг	30 мг	Среднего действия (6–8 ч)
	Лорметазепам*	Таблетки 1 мг, 2 мг	2 мг	
	Лоразепам (Лорафен)	Драже 1 мг, 2,5 мг	4 мг	Длительного действия (более 8 ч)
	Флунитразепам*	Таблетки 1 мг, 2 мг	2 мг	
	Флуразепам*	Таблетки 30 мг	30 мг	
	Эстазолам*	Таблетки 2 мг	4 мг	
	Нитразепам	Таблетки 5 мг	10 мг	
	Оксазепам (Нозепам, Тазепам)	Таблетки 10 мг	30 мг	
Циклопирролоны	Зопиклон (Соннат, Сонекс, Сомнол)	Таблетки 7,5 мг	7,5 мг	Короткого действия (1–5 ч)
Имидазопиридины	Золпидем*	Таблетки 10 мг	10 мг	
Агонист мелатониновых рецепторов	Мелатонин (Меласон)	Таблетки 3 мг	6 мг	
Блокатор гистаминовых H ₁ -рецепторов	Доксиламина сукцинат (Донормил, Нормосон, Сонбай, Сонмил)	Таблетки 15 мг	30 мг	Длительного действия (более 8 ч)

* Лекарственное средство не зарегистрировано в Республике Беларусь.

Препараты разных групп однонаправленно влияют на структуру сна пациентов с инсомнией. Неспецифичность этого воздействия заключается в увеличении времени сна, снижении длительности засыпания, уменьшении представленности поверхностных стадий фазы медленного сна, времени бодрствования и двигательной активности во сне. Выбор снотворного лекарственного средства следует делать с учетом причин и характера нарушений сна, а также свойств самого препарата (длительность действия, побочные эффекты).

Эффективное снотворное средство отвечает следующим требованиям:

- способствует быстрому наступлению сна;
- способствует поддержанию сна, то есть препятствует частым пробуждениям, а при их наступлении позволяет вновь быстро заснуть;
- после окончательного спонтанного утреннего пробуждения не вызывает ощущений вялости, разбитости, усталости или, если эти ощущения ранее присутствовали, способствует их исчезновению;
- не имеет побочных действий, а если они возникают, то не ухудшают социальную адаптацию пациента;
- может применяться по потребности.

Бензодиазепины неселективно взаимодействуют с w_1 и w_2 бензодиазепиновыми подтипами ГАМК-ергического постсинаптического рецепторного комплекса и обладают седативным, анксиолитическим, снотворным, центральным миорелаксантным, противосудорожным эффектами разной степени выраженности.

Бензодиазепины характеризуются широким терапевтическим интервалом и относительно низкой токсичностью. Вместе с тем они создают для пациентов существенные проблемы, увеличивающиеся с возрастанием дозы: ухудшение синдрома «апноэ во сне», снижение памяти, антероградная амнезия, снижение внимания и времени реакции, дневная сонливость, головокружение, атаксия, сухость во рту. Бензодиазепины потенцируют эффекты барбитуратов и анальгетиков. В качестве снотворных назначают препараты с наиболее выраженным снотворным компонентом: бротизолам, мидазолам, триазолам, нитразепам, оксазепам, темазепам, флунитразепам, флуразепам.

Циклопирролон (Зопиклон) — небензодиазепиновый лиганд ГАМК-хлорионного рецепторного комплекса, который усиливает проводимость ГАМК-ергических рецепторов. Препарат связывается с ГАМК-комплексом не в той части рецептора, с которой обычно связываются бензодиазепины. Препарат быстро всасывается из желудочно-кишечного тракта; его пиковая концентрация в плазме крови достигается через 100 мин, а порог снотворного действия в пределах 30 мин после приема 7,5 мг. Время полувыведения

зопиклона у взрослых составляет 5 ч. В пожилом возрасте накопление препарата в организме при длительном применении минимально. Зопиклон не влияет на индекс апноэ.

Имидазопиридин (Золпидем) — селективный блокатор субтипа w1 рецепторов ГАМК-комплекса, не связывается с другими подтипами рецепторов, как центральными, так и периферическими. Золпидем уменьшает время засыпания и время бодрствования, увеличивает глубину сна, утреннее пробуждение легкое, без признаков сонливости, вялости и разбитости. Препарат низкотоксичен, не вызывает привыкания, зависимости и не нарушает дневного бодрствования. В связи с коротким периодом полувыведения может быть рекомендован не только для применения перед сном, но и ночью у пациентов с интрасомническими расстройствами, пробуждающихся в 2–3 часа ночи.

Агонист мелатониновых рецепторов (мелатонин) — нейрогормон с многообразными эффектами: снотворный, гипотермический, антиоксидантный, противораковый, адаптогенный. Однако в большинстве случаев его используют, как снотворное средство, так как мелатонин максимально синтезируется в темноте, его содержание в плазме крови человека ночью в 2–4 раза выше, чем днем. Мелатонин ускоряет засыпание и нормализует структуру цикла «сон – бодрствование».

Блокатор гистаминовых H_1 -рецепторов (доксиламина сукцинат) оказывает седативное и атропиноподобное действие. Сокращает время засыпания, повышает длительность и качество сна, при этом не оказывая отрицательного влияния на фазы сна. Доксиламина сукцинат хорошо абсорбируется из кишечника. Период полувыведения составляет 10 ч. Выраженность седативного действия сопоставима с барбитуратами. Длительность действия — 6–8 ч. Наиболее важным преимуществом антигистаминных препаратов является отсутствие формирования зависимости даже при длительном применении. Противопоказания к его назначению: гиперчувствительность, закрытоугольная глаукома, аденома предстательной железы, нарушения мочеиспускания различного генеза, возраст до 15 лет. Пациентам, которым показана диета с ограничением поваренной соли, следует учитывать, что в каждой шипучей таблетке содержится 484 мг натрия.

Использование запахов эфирных масел предполагает нанесение на лоскут ткани, размещенный на постели (рядом с подушкой) нескольких капель того или иного эфирного масла, обладающего снотворным действием. Чаще всего используется седативный эффект эфирных масел лаванды узколистной, ромашки римской, иланг-иланга, нероли, бергамота и др. Выявлена ноотропная активность некоторых растительных ароматов. Так, запах жасмина стимулирует выделение эндорфинов, герани — ацетилхоли-

на, ароматы лаванды — серотонина. Запах мяты способствует снижению повышенного количества катехоламинов. Таким образом, активация обонятельной системы с помощью запахов эфирных масел для коррекции нарушений сна может эффективно использоваться наряду с современными фармакологическими лекарственными средствами, причем без нежелательных побочных явлений.

В общемедицинской практике в арсенале врачей помимо вышеуказанных гипнотиков имеются препараты с седативным эффектом, относящиеся к другим классам (антидепрессанты — тразодон, мirtазапин, миансерин, амитриптилин; нейролептики — хлорпротиксен, алимемазин, кветиапин, промазин и др.; антиконвульсанты — габапентин, прегабалин), которые, несмотря на отсутствие у них зарегистрированных показаний к лечению инсомнии, в связи со способностью оказывать седативное и снотворное действие с успехом применяются для лечения этого состояния. Преимуществом большинства вышеописанных средств является отсутствие риска формирования зависимости и привыкания, миорелаксирующих побочных эффектов и рикошетной инсомнии после отмены.

Антидепрессанты (амитриптилин) показаны пациентам в пожилом возрасте, пациентам с депрессивными состояниями или страдающим от хронического болевого синдрома. Но большое число побочных эффектов ограничивает их использование.

Нейролептики (хлорпромазин, хлорпротиксен) применяются в тяжелых случаях нарушения сна и при отсутствии результата от применения других препаратов у пациентов со спутанным сознанием (табл. 12).

Таблица 12

Алгоритм лечения инсомнии у пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи

Ожидаемая продолжительность жизни	
от нескольких лет до нескольких недель	от нескольких недель до нескольких дней
<ol style="list-style-type: none"> 1. Лечение способствующих факторов — боль, депрессия, тревога, другие патологические симптомы. 2. Оценка побочных эффектов лекарств. 3. Оценка возможности применения когнитивно-поведенческой терапии. 4. Фармакотерапия бессонницы 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Определение желания пациентов по поводу лечения бессонницы и седации. 2. Пересмотр дозировки ранее назначенной фармакотерапии бессонницы. 3. При неэффективности дополнительно к ранее назначенному лекарственному средству хлорпромазин в дозировке 25–50 мг перорально перед сном

Принципы назначения снотворных препаратов:

- начинать лечение инсомнии предпочтительнее с растительных снотворных препаратов или мелатонина;
- преимущественное использование короткодействующих препаратов, что позволяет избегать вялости и сонливости в дневное время;
- длительность назначения снотворных препаратов не должна превышать 3 недель (оптимально 10–14 дней);
- пациентам старших возрастных групп следует назначать половинную (по отношению к пациентам среднего возраста) суточную дозировку снотворных препаратов, а также учитывать их возможное взаимодействие с другими лекарствами;
- при наличии синдрома «апноэ во сне» в качестве причины инсомнии в единичных случаях можно использовать в качестве снотворных имидазопиридиновые и циклопирролоновые производные, негативное влияние которых на функцию дыхания до настоящего времени не выявлено;
- в случае индивидуальной неудовлетворенности длительностью сна при его продолжительности 6 и более часов назначение снотворных препаратов представляется неэффективным и следует применять психотерапию.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Принципы* сопровождения основных симптомов у пациентов с онкологической патологией, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи : учеб. пособие / Н. Н. Антоненкова [и др.]. Минск, 2013. 105 с.
2. *Бакалец, Н. Ф.* Паранеопластические синдромы. Паллиативная помощь пациентам с онкологической патологией : учеб.-метод. пособие для студентов 5, 6 курсов лечебного факультета и факультета по подготовке специалистов для зарубежных стран медицинских вузов / Н. Ф. Бакалец, О. Л. Никифорова, О. И. Моисеенко. Гомель : ГомГМУ, 2016. 116 с.
3. *Белая книга: стандарты и нормы хосписной и паллиативной помощи в Европе: часть 1* // Европейский журнал паллиативной помощи (EJPC). 2010. Т. 17 (№ 1). С. 22–33.
4. *Бизунок, Н. А.* Антидепрессанты : учеб.-метод. пособие / Н. А. Бизунок, А. В. Гайдук. Минск : БГМУ, 2017. 26 с.
5. *Василюк, Ф. Е.* Пережить горе / Ф. Е. Василюк // О человеческом в человеке : сб. / под ред. И. Т. Фролова. Москва : Политиздат, 1991. С. 230–247.
6. *Горчакова, А. Г.* Трудные разговоры в медицине: 10 шагов преподнесения правды / А. Г. Горчакова, М. А. Подберезкин // ОБО «Беларус. дет. хоспис». Минск : ФУАинформ, 2009. 37 с.
7. *Гнездилов, А. В.* Психические изменения у онкологических больных / А. В. Гнездилов // Практическая онкология. 2001. № 1 (5). С. 5–13.
8. *Диагностика* и лечение пациентов с психическими и поведенческими расстройствами врачами общей практики [Электронный ресурс] : клинический протокол ; постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь 02.03.2020 № 13 // Национальный правовой Интернет портал Республики Беларусь. Режим доступа : https://pravo.by/upload/docs/or/W22035194p_1585602000.pdf. Дата доступа : 23.10.2021.
9. *Контроль* симптомов в паллиативной медицине / под ред. Г. А. Новикова. 2-е изд., перераб. и доп. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. 272 с.
10. *Кузюкова, А. А.* Диагностика и терапия бессонницы — современное состояние проблемы (в помощь практикующему врачу) / А. А. Кузюкова, А. П. Рачин // Русский медицинский журнал. 2019. № 7. С. 11–16.
11. *Куприянова, И. Е.* Качество жизни и психические расстройства у пациентов с онкологическими заболеваниями различной локализации / И. Е. Куприянова, С. А. Тузиков, Е. С. Гураль // Сибирский онкологический журнал. 2014. С. 65–70.
12. *Ласый, Е. В.* Оценка суицидального риска и профилактика суицидального поведения (для врачей общей практики, терапевтов, педиатров, неврологов и других врачей лечебного профиля) : инструкция по применению / Е. В. Ласый. Минск : БелМАПО, 2009. 21 с.
13. *Основы* паллиативной помощи / под ред. Р. Твайкросса, Э. Уилкока ; пер. с англ. : В. В. Ерохина, Г. Ш. Юнусова. Москва : Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера», 2020. 456 с.

14. *Остроумова, О. Д.* Снотворные средства (гипнотические средства) в практике врача-терапевта / О. Д. Остроумова // Русский медицинский журнал. 2010. № 18. С. 1122–1128.

15. *Протько, Н. Н.* Синдром эмоционального выгорания: природа и профилактика : учеб.-метод. пособие / Н. Н. Протько, И. Н. Тюхлова, И. В. Мащенко. Минск : БелМАПО, 2012. 26 с.

16. *Скугаревская, М. М.* Диагностика, профилактика и терапия синдрома эмоционального выгорания : инструкция по применению / М. М. Скугаревская. Минск : БГМУ, 2003. 16 с.

17. *Хосписы.* Сборник материалов : литературный обзор, рекомендательные и справочные материалы / сост. В. В. Миллионщикова [и др.] ; под ред. Е. Кадетовой. 2-е изд., испр. и доп. Москва : Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера», 2011. 528 с.

АНКЕТА ДЛЯ ОЦЕНКИ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

Инструкция: ответьте, пожалуйста, на вопросы, представленные ниже. Отметьте ответ, который вы считаете наиболее подходящим для себя

Утверждения	Почти никогда	Редко	Часто	Почти всегда
1. Я чувствую себя эмоционально опустошенным к концу рабочего дня				
2. Я плохо засыпаю из-за переживаний, связанных с работой				
3. Эмоциональная нагрузка на работе слишком велика для меня				
4. После рабочего дня я могу срываться на своих близких				
5. Я чувствую, что мои нервы натянуты для предела				
6. Мне сложно снять эмоциональное напряжение, возникающее у меня после рабочего дня				
7. Моя работа плохо влияет на мое здоровье				
8. После рабочего дня у меня уже ни на что не остается сил				
9. Я чувствую себя перегруженным проблемами других людей				

Интерпретация результатов. Ответы на каждый вопрос оцениваются по четырехбалльной шкале:

- 0 — почти никогда;
- 1 — иногда;
- 2 — часто;
- 3 — почти всегда.

Суммарный показатель менее 3 баллов можно оценить как низкий показатель эмоционального выгорания, 3–12 баллов — средний, выше 12 — высокий.

ШКАЛА GAD-7

Как часто за последние 2 недели вас беспокоили следующие проблемы?	Никогда	Несколько дней	Более половины дней	Почти каждый день
1. Повышенная нервная возбудимость, беспокойство или раздражительность	0	1	2	3
2. Неспособность справиться с волнением	0	1	2	3
3. Чрезмерное беспокойство по разному поводу	0	1	2	3
4. Неспособность расслабляться	0	1	2	3
5. Крайняя степень беспокойства: «не могу найти себе места»	0	1	2	3
6. Легко поддаюсь чувству беспокойства или раздражительности	0	1	2	3
7. Опасение чего-то страшного	0	1	2	3

Сумма баллов	Уровень тревожности
0–4	Минимальный
5–9	Умеренный
10–14	Средний
15–21	Высокий

ОПРОСНИК ДЕПРЕССИИ (PHQ-9)

Беспокоили ли вас следующие проблемы в течение последних 2 недель?	Не каждый день	Несколько дней	Более половины дней	Почти каждый день
1. Отсутствие интереса к происходящим событиям	0	1	2	3
2. Безразличие, подавленность	0	1	2	3
3. Проблемы с засыпанием, бессонница или, наоборот, спали слишком много	0	1	2	3
4. Чувство усталости или упадок сил	0	1	2	3
5. Отсутствие аппетита или переедание	0	1	2	3
6. Чувствуете себя неудачником, вините за то, что тяготите свою семью	0	1	2	3
7. Трудно сосредоточиться на чтении или просмотре телевизора	0	1	2	3
8. Двигаетесь либо говорите необыкновенно медленно (заторможенность) или, наоборот, возбуждены, двигаетесь больше, чем обычно	0	1	2	3
9. Мысли о самоубийстве или причинении себе вреда	0	1	2	3

Сумма баллов	Выраженность депрессии
1–4	Минимальная
5–9	Легкая
10–14	Умеренная
15–19	Тяжелая
20–27	Крайне тяжелая

**ШКАЛА ОЦЕНКИ РИСКА СУИЦИДА
(THE SAD PERSONS SCALE, PATTERSON ET AL. 1983)**

Фактор	Значение
Пол	1 — мужской, 0 — женский
Возраст	1 — < 19 лет или > 45
Депрессия	1 — если есть
Парасуициды в анамнезе	1 — если есть
Злоупотребление алкоголем	1 — если есть
Нарушение рационального мышления (бред, галлюцинации, фиксация на потере, депрессивное сужение восприятия)	1 — шизофрения, расстройство настроения, когнитивные нарушения
Недостаток социальной поддержки (проживание в одиночестве, тяжелые нарушенные отношения, не принимающее социальное окружение)	1 — если присутствует, особенно при недавней потере «значимого другого»
Организованный план суицида	1 — если есть, а избранный метод потенциально летален
Отсутствие супруги (супруга)	1 — разведен, вдов, отделен, проживает в одиночестве
Болезнь	1 — если есть, особенно хроническая, инвалидизирующая, тяжелая

Общий балл	Риск	Предполагаемое действие
0–2	Низкий	Амбулаторное наблюдение
3–4	Средний	Амбулаторное наблюдение с частыми встречами (1–3 раза в неделю); дневной стационар; рассмотреть возможность госпитализации
5–6	Высокий	Рекомендовать госпитализацию, если нет уверенности в качественном амбулаторном наблюдении (психиатрическая и социальная службы, родственники)
7–10	Очень высокий	Госпитализация (в том числе принудительная)

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	3
Основные психологические проблемы в паллиативной медицине.....	4
Психологические проблемы пациента.....	4
Психологические проблемы членов семьи и близких.....	12
Психологические проблемы медицинского персонала	19
Основные психические расстройства и расстройства поведения в паллиативной медицине: диагностика и коррекция	28
Тревожные расстройства.....	29
Депрессия	31
Делирий	40
Расстройства сна	43
Список использованной литературы.....	53
Приложение 1	55
Приложение 2	56
Приложение 3	57
Приложение 4	58

Учебное издание

Яковлева Елена Викторовна
Микша Ядвига Станиславовна

**ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ:
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ, ПСИХИЧЕСКИЕ
РАССТРОЙСТВА И РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ**

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск Е. В. Яковлева
Редактор Н. В. Оношко

Подписано в печать 21.06.22. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Хероx office».
Ризография. Гарнитура «Times».
Усл. печ. л. 3,49. Уч.-изд. л. 2,9. Тираж 99 экз. Заказ 263.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет».
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.