



Psihološka procjena neurološkog bolesnika u palijativnoj medicini

L. Brajković, M. Braš¹, V. Đorđević¹

SAŽETAK - Palijativni tim je multidisciplinarni tim koji najčešće uključuje liječnika, psihologa, medicinsku sestru, socijalnog radnika, radnog i okupacijskog terapeuta, svećenika i niz ostalih stručnjaka. Palijativni tim ima za cilj pružanje pomoći, potpore palijativnom bolesniku te savjetovanje. Klinički psiholog je stručnjak koji je educiran i kvalificiran za pružanje pomoći osobama s emocionalnim i ponašajnim poteškoćama koji svojim nizom znanja ne samo da pomaže palijativnom bolesniku i članovima njegove obitelji, već nerijetko pruža i stručnu pomoć liječnicima i ostalom medicinskom osoblju koji se u svom svakodnevnom radu susreću s umirućima. Osim psihološke procjene, psiholog se u radu s palijativnim bolesnikom i s članovima njegove obitelji bavi i savjetovanjem, psihoterapijom te vodi motivacijski intervju koji ima za cilj potaknuti intrinzičnu motivaciju kako bi došlo do promjena u ponašanju i bolje adaptacije na bolest.

Ključne riječi: klinički psiholog, psihološka procjena, neurološki bolesnik, palijativna medicina

UVOD

Posljednjih nekoliko desetljeća sve je veća zastupljenost kliničkih psihologa u zdravstvenom sustavu i njihovog aktivnog učešća u planiranju preventivnih aktivnosti, psihodijagnostičkoj procjeni bolesnika, tretmanima aberantnog i neprilagođenog ponašanja i sl. (1). Klinički odnosno zdravstveni psiholog ima iznimnu zadaću u proučavanju procesa koji povezuju doživljavanje i ponašanje s tjelesnim bolestima, u proučavanju reakcije bolesnika na bolest, u proučavanju procesa nastanka boli i razvijanja postupaka otklanjanja boli, kao i u radu s bolesnicima kako bi se pridržavali zdravstvenih preporuka i savjeta (1). No, kako ne postoji sustav-

na palijativna skrb inkorporirana u hrvatski zdravstveni sustav, vrlo je mali broj ne samo psihologa educiranih za pružanje pomoći palijativnim bolesnicima već i liječnika i ostalog medicinskog osoblja. Stoga, klinički psiholog u radu s bolesnikom koji zahtijeva palijativnu skrb koristi znanja moderne psihologijske znanosti bazirane na

Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Centar za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine, Zagreb, Hrvatska

¹Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Katedra za psihijatriju i psihološku medicinu, Centar za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine, Zagreb, Hrvatska

psihologijskim spoznajama kako pojedinac uči, misli, osjeća i kako stvara interakcije s okolinom i osobama. Osim psihodijagnostičke procjene po kojoj su psiholozi prepoznatljivi u zdravstvenom sustavu, neosporna je i njihova uloga u savjetodavnom radu s palijativnim bolesnicima, psioedukativnim aktivnostima, ali ne samo s bolesnicima već i sa članovima njihove obitelji (2). Kako je palijativni tim sačinjen od niza različitih stručnjaka, tako i klinički psiholozi zauzimaju važno mjesto u radu s palijativnim bolesnikom (3). Psihološka skrb uključuje uspostavu emocionalne i psihološke dobrobiti bolesnika i članova njegove obitelji, uključujući probleme samopoštovanja, poteškoće adaptacije na bolest, probleme komunikacije, socijalnog funkcioniranja i stvaranja socijalnih odnosa.

Koje su psihosocijalne intervencije učinkovite?

1. U prvom redu uspostava adekvatne komunikacije i davanje relevantnih informacija članovima obitelji. Mnogi članovi obitelji nemaju informaciju da neurološka bolest u velikoj mjeri mijenja ličnost bolesnika. Tako je jedna studija pokazala da je 48% članova obitelji nedovoljno informirano, da im je potrebno više informacija o prirodi same bolesti, njegovoj prognozi i terapijskim opcijama. Nadalje, smatrali su da liječnik nedovoljno vremena provodi s njima, navodeći nedostatak aktivnog slušanja i poštivanja (4).
2. Briga za članove obitelji – obitelj zauzima središnje mjesto u kvaliteti života kod neurološkog palijativnog bolesnika. Istraživanje je pokazalo da su svi bolesnici oboljeli od Alzheimerove bolesti uključeni u studiju (N=51) izjavili da im je obitelj i odnosi s članovima obitelji važni za kvalitetu života (5). Nadalje, istraživanja ukazuju da su članovi obitelji često financijski opterećeni (osiguravanje pomoći u kući, osiguravanje bolje zdravstvene skrbi), 52% imaju zdravstvene probleme, 35% ima povećan rizik od razvoja psihosomatskih bolesti, 50% iskazuje simptome depresije, a 74% je anksiozno (4). Stoga su iznimno važne psihološke intervencije za članove obitelji bolesnika već od samog početka bolesti.
3. Prepoznavanje znakova depresije i anksioznosti – od iznimne je važnosti prepoznati znakove poput depresije, anksioznosti, straha, osjećaja tereta društvu i članovima obitelji kako bi se priječio razvoj dubljih psihopatoloških stanja i time intenzivirao kliničku sliku kao i pogoršao tijekom bolesti. Savjetovanje kao oblik psihološke pomoći pokazalo se vrlo uspješno ne samo za bolesnika već i za člana obitelji.

4. Briga za članove tima – psihološka pomoć za članove tima trebala bi biti jedna od osnovnih sastavnica palijativne skrbi. S obzirom da palijativni tim svakodnevno troši svoje psihološke kapacitete i snage što često dovede do izgaranja na poslu, razvoja depresije, anksioznosti, agresije, ponekad nezainteresiranosti za bolesnika i smanjene mogućnosti i sposobnosti empatije, nužno je timu osigurati mogućnost ventiliranja u grupama podrške, psioedukacijske aktivnosti kako bi na vrijeme prepoznali prije navedene znakove, grupno savjetovanje, individualno savjetovanje a po potrebi i psihoterapijske intervencije.

U nastavku ovog rada osvrnut ćemo se detaljno na psihološku procjenu neurološkog bolesnika u palijativnoj medicini te ćemo dati neke osvrte na psihološke tretmane koje psiholog u timu pruža bolesniku.

Psihološka procjena

Ne postoji konsenzus među psiholozima koji se bave palijativnom skrbi što bi sve trebala uključivati psihosocijalna procjena palijativnog bolesnika (2). Takva činjenica niti ne čudi s obzirom da svaki pojedinac vlastitu bolest i vlastito tjelesno stanje doživljava na različite načine i u skladu s navedenim bolest doživljava na sebi osobit način. Stoga je iznimno važna holistička procjena palijativnog neurološkog bolesnika koja uključuje biološke, psihološke, socijalne, kulturalne i duhovne aspekte osobe.

Svaka psihologijska procjena započinje s upoznavanjem svih onih poteškoća i problema koji mogu utjecati na psihološku dobrobit i kvalitetu života bolesnika i njegove obitelji odnosno osoba koje o njemu skrbe, a temelji se na prikupljanju informacija i identificiranju unutarnjih snaga, resursa i potreba za svakog pojedinca zasebno. Takvo prikupljanje informacija nikada nije jednokratno, već je to proces jer se s razvojem bolesti i stanja bolesnika mijenjaju i njegove psihosocijalne potrebe, njegove snage kao i psihosocijalne potrebe njegove obitelji. Početna procjena palijativnog neurološkog bolesnika omogućava prikupljanje niza informacija i podataka o utjecaju bolesti na bolesnika i na njegovu obitelj u različitim područjima njihovog života. Na taj se način stječe slika i bolje razumijevanje uobičajenog bolesnikovog ponašanja, učinkovitih/neučinkovitih mehanizama suočavanja, motiviranosti i priroda odnosa koji ima sa svojom obitelji odnosno užom i širom socijalnom sredinom.

Psihološka procjena započinje prikupljanjem sljedećih podataka:

- Biografski/demografski podaci – datum i mjesto rođenja, stupanj obrazovanja, podaci o užoj obitelji (braća, sestre, roditelji), bračni status, interesi/hobiji, umirovljenje i sl.
- Procjena kognitivnog statusa – uključuje procjenu intelektualnih sposobnosti, stupanj mentalne deterioracije, procjenu verbalnog pamćenja – kratkoročnog, dugoročnog, procjenu vizualnog pamćenja, vizuospacijalnih konstruktivnih funkcija, perceptivnih i organizacijskih funkcija, mentalnu brzinu, konkretno mišljenje, apstraktno mišljenje, procjenu stupnja obnašanja kompleksnih zadataka, procjenu koncentracije i sposobnosti zadržavanja pažnje, procjenu sposobnosti prosuđivanja, procjenu orijentacije (prema sebi, drugima, prostora i vremena i sl.) i dr. Pri procjeni kognitivnog statusa iznimno je važno poznavanje premorbidnog kognitivnog funkcioniranja. Uz niz razvijenih psihometrijski pouzdanih psiholoških testova, važno je procijeniti koliko kognitivne deterioracije utječu na svakodnevno funkcioniranje, na samostalnost palijativnog bolesnika u obnašanju svakodnevnih aktivnosti.
- Procjena psihološkog stanja palijativnog bolesnika – psihološki faktor nesumnjivo u velikoj i značajnoj mjeri utječe na ne samo kognitivno funkcioniranje bolesnika već i na njegovo sveopće funkcioniranje. Neurološke bolesti često uz sebe „vežu“ niz psihopatoloških odgovora poput depresije i anksioznosti, osjećaj bespomoćnosti, gubitak kontrole te negiranje kao čestog mehanizma suočavanja odnosno obrambenog mehanizma. Procjena stupnja psihopatoloških komponenti ličnosti je iznimno važna kako bi se napravilo distinkciju od tzv. normalnih reakcija poput tuge, brige i zabrinutosti od tzv. patoloških odgovora poput stanja panike, kliničke depresije, kliničke anksioznosti, straha koji preplavljuje i onemogućava adekvatno funkcioniranje u okvirima primarne neurološke bolesti. Palijativni neurološki bolesnici često imaju sklonost izbjegavanju davanja odgovora o vlastitim osjećajima zbog straha da će biti viđeni kao „ludi“ i psihički bolesni. U psihološkoj procjeni vrlo su korisne kratke standardizirane ljestvice poput Beckovog inventara depresivnosti (BDI), Beckovog inventara anksioznosti (BAI), Cornellove ljestvice za depresiju kod demencija (CSDD) i sl. Procjena stupnja depresije i anksioznosti je od iznimne važnosti, jer su navedena stanja dodatan izvor stresa za bolesnika i pogoršavaju primarnu kliničku sliku palijativnog bolesnika, intenziviraju tjelesnu bol i dr. Nadalje, važnost uloge psihologa leži ne samo u psihodijagnostičkoj procjeni već i u učenju adekvatnih načina suočavanja, načina za redukciju boli, boljeg prihvaćanja bolesti i jačanju zdravih potencijala bolesnika.
- Socijalna procjena – uključuje procjenu neformalne socijalne potpore i podrške (stupanj socijalne podrške koju primaju od članova uže obitelji, prijatelja, susjeda s kojima je bolesnik u bližim odnosima). Neformalna socijalna podrška može uključivati emocionalnu podršku, financijsku i instrumentalnu. Nadalje, važno je utvrditi i stupanj formalne socijalne podrške nužne za palijativnog bolesnika. U procjeni stupnja socijalne podrške najčešće se koriste Lubbenova ljestvica socijalne podrške, Norbeckov upitnik socijalne podrške te određeni polu-strukturirani upitnici koji dodatno doprinose boljoj procjeni socijalne podrške. Polu-strukturirani upitnici kliničkom psihologu daju bolji uvid u odnos palijativnog bolesnika s članovima okoline, dok standardizirani upitnici objektiviziraju procjenu i omogućavaju praćenje promjena u odnosima palijativnog bolesnika i njegovih bližnjih.
- Psihološka procjena osoba koje skrbe o palijativnom bolesniku – često se zaboravlja da članovi obitelji također vrlo intenzivno proživljavaju bolest palijativnog neurološkog bolesnika. Često se javlja osjećaj umora, iscrpljenosti, izgaranja, a navedena stanja, ako predugo traju, nisu na vrijeme prepoznata i adekvatno tretirana (davanje podrške, savjetovanja) mogu dovesti do razvoja određenih psihopatoloških odgovora i psihičkih poremećaja. Pri procjeni članova obitelji koriste se posebno konstruirani upitnici kao npr. Lawtonova ljestvica procjene zadovoljstva i procjene izgaranja, Indeks stupnja uloženog napa i izgaranja te Inventar izgaranja (6-8).
- Procjena kvalitete života palijativnog neurološkog bolesnika – bez obzira na intenzitet i kvalitetu bolesti, njegovu prognozu i sam ishod - najvrijednija procjena je upravo procjena kvalitete života. Kvaliteta života je subjektivna mjera i odražava u velikoj mjeri zadovoljstvo životom bez obzira na postojanje objektivnih tjelesnih ograničenja. Razvijen je niz mjera za utvrđivanje kvalitete života i najčešće je korišten upitnik koji preporuča Svjetska zdravstvena organizacija – WHOQOL-BREF. Procjena kvalitete života u palijativnoj medicini/skrbi često se ispituje nizom upitnika i instrumenata koji mjere zdrav-

stvenu kvalitetu života, a najčešće je korišten upitnik SF 36.

Psihološko savjetovanje/psihoterapija

Bolesnici koji zahtijevaju palijativnu skrb suočavaju se s nizom psiholoških poteškoća koje zahtijevaju prilagodbu i dodatno ulaganje napora. Nedostatak informacija i njihova nedostupnost mogu biti jedan od izvora stresa. Stoga, neosporna zadaća psihologa je da psihoedukativnim oblicima pomoći olakšaju bolesnicima suočavanje, ali ne samo bolesnicima već i njihovim članovima obitelji (9). Psihološke intervencije su se pokazale iznimno korisne kod palijativnih bolesnika, a posebno mjesto zauzimaju kognitivno-bihevioralni terapijski oblici pomoći.

ZAKLJUČAK

Psihologija kao znanost i kao struka te klinički psiholozi zahvaljujući svojim znanjima i vještinama temeljenima na znanstvenim spoznajama u velikoj mjeri doprinose kvaliteti rada palijativnog tima te unaprjeđuju palijativnu medicinu općenito. Klinički psiholozi su u zdravstvenom sustavu najčešće prepoznati u psihodijagnostičkom radu, ali to je iznimno mali segment znanja kojima raspolažu. Osim nužnosti psihodijagnostike, u palijativnoj skrbi daleko je važnija uloga kliničkog psihologa, savjetodavni rad, psihoedukativne aktivnosti, psihoterapijske intervencije, ali ne samo s palijativnim bolesnikom i članovima njegove obitelji, već i u pružanju takvih vrsta pomoći ostalim članovima palijativnog tima.

LITERATURA

1. Cathcart F. The contribution of clinical psychology to palliative medicine. In: Doyle D, Hanks G,

Cherny NI, Calman K, eds. Oxford textbook of palliative medicine. Oxford: Oxford University Press, 2004.

2. Cull A, Stewart M, Altman DG. Assessment of and intervention for psychological problems in routine oncology practice. *Br J Cancer* 1995; 72: 229-35.
3. Maddocks I, Brew B, Waddy H, Williams I. Palliative neurology. Cambridge: Cambridge University Press, 2005.
4. Adelman EE, Albert SM, Rabkin JG *et al.* Disparities in perceptions of distress and burden in ALS patients and family caregivers. *Neurology* 2004; 62: 1766-70.
5. Neudert C, Wesner M, Borasio GD. Patients' assessment of quality of life instruments: a randomised study of SIP, SF-36 and SEIQoL-DW in patients with amyotrophic lateral sclerosis. *J Neurol Sci* 2001; 191: 103-9.
6. Lawton MP, Kleban MH, Moss M, Rovine M, Glicksman A. Measuring caregiving appraisal. *J Gerontol* 1989; 44: 61-71.
7. Novak M, Guest C. Application of a Multidimensional Caregiver Burden Inventory. *Gerontologist* 1989; 29: 789-803.
8. Robinson BC. Validation of a Caregiver Strain Index. *J Gerontol* 1983; 38: 344-8.
9. Meyer TJ, Mark MM. Effects of psychosocial interventions with advanced cancer patients; a meta-analysis of randomised experiments. *Health Psychol* 1995; 14: 101-8.

Adresa za dopisivanje: Dr. sc. Lovorka Brajković, psiholog, Centar za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine, Medicinski fakultet u Zagrebu, Sveučilište u Zagrebu, Šalata 4, 10000 Zagreb, Hrvatska. e-pošta: lovorka.brajko-[vic@yahoo.com](mailto:lovorka.brajko-vic@yahoo.com)