



ДИПЛОМНА РОБОТА

Когнітивно-поведінкова терапія пацієнтів, що потребують паліативної допомоги

Божена Мартиненко

Львів-2020



ЗМІСТ

Вступ.....	3
1. Визначення та актуальний стан паліативної допомоги	4
2. Комплексна модель КПТ у роботі з паліативними пацієнтами	8
2.1. КПТ паліативних пацієнтів	8
2.2. КПТ осіб, що є близькими чи опікунами паліативних пацієнтів	28
2.3. КПТ персоналу, що надає паліативну допомогу	37
3. Індивідуальний та груповий формати КПТ в процесі супроводу паліативних пацієнтів	39
4. Підсумкові рефлексії.....	41
5. Бібліографія	42



Вступ

«Леся терпить, т.є. мовчить, і думає, що я не бачу її мук всякого рода, що я навіть не чую, як вона часом уночі плаче. Я все чую і все бачу, а її стан фізичний лучче бачу, ніж вона сама. Вона, може, ще трохи надіється на вилічення, а я не надіюся ні крихти – всі ці паліативи – це одна мана і скорботна процедура, довга, марудна, тягуча жили і з слабкої, і з цілої сім'ї.

Ранньою весною кажуть їхати у Євпаторію. Скільки знов муки, нудьги, трати часу, грошей (котрих зовсім нема) – надаремне. Ні крихти користи я од сього всього не жду, себто “крихта” поліпшення буде, але не буде жадної гарантії, що знов не прийдеться в один прекрасний тиждень звалитись безпомічною слабкою. І там назавше»

З листа матері Лесі Українки Олени Пчілки до сина Михайла (грудень 1896р.)

Така ось реалістична замальовка повсякденного життя людини, що страждає від невиліковної хвороби в особистому, сімейному та суспільному розрізі.

Що відчуває Леся?..

А її мати?.. Її сім'я?.. Її друзі?.. Ті, хто її лікує?.. А сторонні спостерігачі?..

Чи це має значення, що всі вони відчувають?..

А чи може страждати тіло окремо від психіки?.. Чи психіка окремо від тіла?..

Чи/чим може допомогти/зарадити психотерапія, зокрема і КПТ?..

У даній роботі спробуємо проілюструвати місце/вплив/значення когнітивно-поведінкової терапії в контексті надання паліативної допомоги сюжетами з життєвих історій невиліковно хворих пацієнтів.



1. Визначення та актуальний стан паліативної допомоги

Термін «паліативний» походить від латинського слова «pallium», що має значення «плащ», «покривало». У цій метафорі можна розпізнати зміст і філософію паліативної допомоги: окутати турботою, захистити від несприятливих обставин, не подолати їх, а знайти спосіб максимально комфортного перебування у них.

Паліативна допомога переважно асоціюється з супроводом пацієнта у термінальних станах: як знеболення та заспокоєння у кінцевій стадії життя. Частіше, навіть, сприймається як частина помирання, а не життя. Звичайно, що паліативна допомога включає в себе так звану турботу наприкінці життя, однак, поняття значно ширше.

Всесвітня організація охорони здоров'я подає таке визначення паліативної допомоги:

Паліативна допомога — це підхід, що допомагає покращити якість життя пацієнтів та членів їхніх сімей, що стикаються з проблемами смертельного захворювання, шляхом запобігання і полегшення страждань завдяки ранньому виявленню, ретельній оцінці й лікуванню болю та вирішенню інших фізичних, психосоціальних та духовних проблем.

Паліативна допомога:

- забезпечує полегшення від болю та інших симптомів;
- стверджує життя і вважає смерть нормальним природним процесом;
- не має наміру ні пришвидшити, ні відтермінувати смерть;
- інтегрує психологічні та духовні аспекти догляду за пацієнтами;
- пропонує систему підтримки, яка допоможе пацієнтам жити якомога активніше до смерті;
- пропонує систему підтримки близьких пацієнта під час його хвороби, а також у період тяжкої втрати;
- використовує мультидисциплінарний підхід для задоволення потреб пацієнтів та членів їх сімей, включаючи консультації, пов'язані зі пережиттям втрати, якщо вони необхідні;
- підвищує якість життя, що також може позитивно вплинути на перебіг хвороби;
- застосовується вже на ранніх стадіях невиліковної хвороби у поєднанні з іншими методами терапії, призначеними для продовження життя, такими як хіміотерапія або променева терапія, і включає



дослідження, необхідні для кращого розуміння та керування важкими клінічними ускладненнями.

Паліативний пацієнт – пацієнт з обмеженим прогнозом життя, який страждає на невиліковні прогресуючі захворювання, що не можуть бути вилікувані сучасними методами та засобами і супроводжуються вираженим больовим синдромом, тяжкими розладами життєдіяльності, потребують медичної допомоги, догляду, психологічного супроводу та духовної підтримки.

Паліативна допомога надається у будь-якому віці та стадії невиліковного захворювання, вдома чи в стаціонарі. Основна мета – турбуючись про гідність, покращити якість життя паліативного хворого, полегшити його страждання, підтримати його близьких. Важливо, що в її основі закладено холістичний принцип: єдність усіх вимірів людини – фізичного, інтелектуального, емоційного, суспільного та духовного. Діагноз не повинен затьмарювати особистості пацієнта. Допомога має включати окрім медичного також психологічний, соціальний, духовний супровід. Охоплює турботою самого пацієнта, а також його рідних та опікунів. Вимагає спеціальної освітньої підготовки осіб, що надають послуги паліативної допомоги.

Допомога наприкінці життя як складова паліативної починається, коли пацієнт з високою ймовірністю може померти протягом наступного року життя (звісно, передбачення завжди є відносним). До таких пацієнтів відносять тих, чия скоро смерть є очевидною, хто загалом дуже немічний, хто має високий ризик померти від раптової кризи у наявному стані, хто має гострий стан, що загрожує життю, спричинений катастрофічною подією як аварія чи інсульт, наприклад.

Від ранньої та максимально точної діагностики захворювання, що загрожує життю, залежить процес лікування та планування супутньої паліативної допомоги.

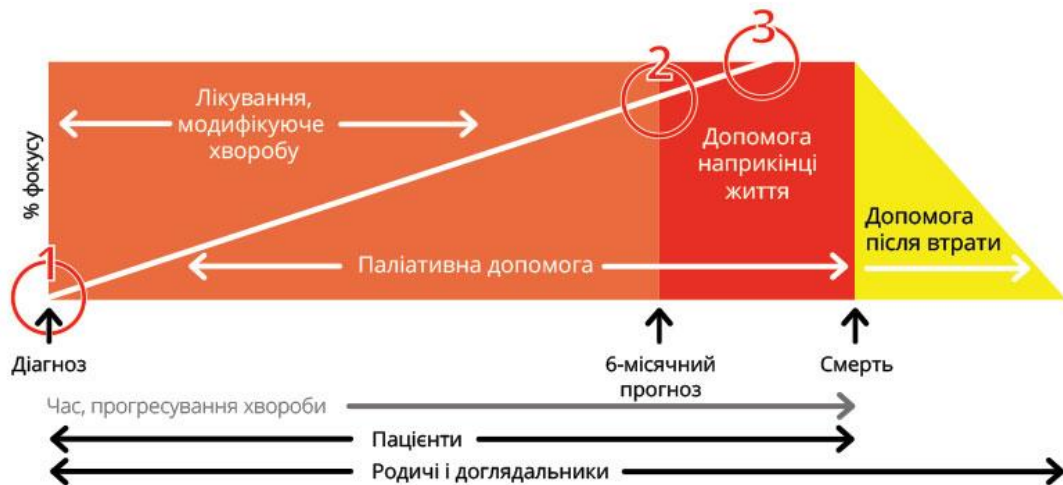
На схемі нижче показано основне співвідношення різних етапів надання паліативної допомоги (адаптовано з видання *Comprehensive Guidelines for TB and DRTB Palliative Care and Support*, USAID, University Research Co., LLC, May 2015), де позначено три основні моменти прийняття рішень переходу по стадіях надання допомоги:

1 – діагностування захворювання, що загрожує життю — початок паліативної допомоги.



2 – фаза, коли лікування, спрямоване навилікування (радикальне, куративне), переходить у фазу такого, що підтримує життя (може зняти біль, зменшити набряк, сповільнити метастазування).

3 – коли будь-яке етіотропне лікування (наприклад, протиракове) задля блага пацієнта (для кращого самопочуття) слід завершити, бо шкода від нього починає переважати над користю.



Важливо відзначити, що паліативна допомога доступна навіть після смерті пацієнта у форматі турботи про психологічні, релігійні та духовні запити його рідних та опікунів.

Основними викликами сучасної паліативної допомоги в Україні можна визначити такі:

- стигматизація паліативної допомоги. Тема смерті, часто, є табу, через що пацієнта зазвичай не інформують про діагноз та процес медичного супроводу, відповідальність між собою розділяють лікар та найближчі родичі чи опікуни;

- недосяжність усім потребувачим, особливо соціально вразливим верствам населення. Хоча згідно з Законом «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», паліативна допомога входить до «зеленого списку» видів медичної допомоги, витрати на які мають покриватися державою. У даний час попит на отримання паліативної допомоги є вищим за державну та приватну пропозицію її надавати. Щороку в Україні нараховується понад 600 000 осіб, які потребують паліативної допомоги. З них понад 200 000 – це діти. Отримати якісну паліативну допомогу можуть лише 15% пацієнтів від їх загального числа. Тому актуальним є розвиток паліативних відділень на базі стаціонарних



медичних закладів чи центрів, а також ініціювання соціальної підтримки проектів на підтримку доступної паліативної допомоги усім верствам населення;

- досягнення ефективного знеболення. Тут має вплив і соціокультурна та релігійна толерантність страждань і неготовність до широкого застосування опіїдних анальгетиків через нещодавні бюрократичні труднощі у системі використання та призначення цих лікарських засобів (спрощену у 2013 р. постановою КМ №333). Згідно з результатами вибіркового дослідження у 80-90% осіб, що потребують знеболення, не досягнуто очікуваного рівня успішного знеболення, умовно успішного досягнуто у 5-14% пацієнтів.



2. Комплексна модель КПТ у роботі з паліативними пацієнтами

Психологічну допомогу паліативним пацієнтам варто розглядати у комплексі допомоги самим пацієнтам, надання підтримки їхньому оточенню та здійснення супроводу медичного персоналу як умову підвищення ефективності через роботу із середовищем. Так як ми не розглядаємо проблему/розлад/діагноз відокремлено від особистості клієнта, так само доцільніше здійснювати психотерапевтичні втручання, задіюючи в роботу складові актуального контексту пацієнта, якщо це можливо. Розглянемо кожен складову цієї системи окремо.

2.1. КПТ паліативних пацієнтів

Дізнаючись про невиліковне захворювання, чи потрапляючи без пояснень у відділення паліативної допомоги, особа має чимало викликів у сфері турботи про власне психічне здоров'я, починаючи від стресу та тривоги за здоров'я і аж до екзистенційної кризи та переусвідомлення власного Я. Деяка частка осіб здатна впоратись самостійно чи з допомогою найближчого оточення. Однак, значна частина таких осіб стикаються з психічними труднощами, що впливають на якість життя та на перебіг самого захворювання, і потребують фахової допомоги.

Згідно з біопсихосоціальної моделі, людина, що отримала статус невиліковно хворої, є у багаторівневій системі взаємозв'язку: реагує на захворювання та його наслідки для життя відповідно до набутого досвіду (ГП і ПЖ), цінностей, релігійного та культурального світоглядів, травматичного досвіду, соціального ресурсу, фінансового стану. Ставлення до хвороби та своєї нової ролі виражається і в когнітивному, і в емоційному, і в поведінковому форматах. КПТ може бути застосована до кожного з тих рівнів: коригування дезадаптивних наданих значень, переосмислення, пошук та прийняття оптимальних рішень; валідизація емоцій, регуляція емоційного дистресу, прийняття втрати (надій, працездатності, мобільності і т.д.); моніторинг та заміна на ефективний коупінг з окремими симптомами чи захворюванням загалом, покращення чи підтримка якості життя, налагодження соціальної підтримуючої взаємодії, профілактика коморбідних психічних розладів.



Специфічні умови здійснення КПТ паліативних пацієнтів можна виділити такі:

- Розмиті орієнтири в часі: навіть, якщо є медичний прогноз на певний термін, він часто має умовний характер. Часом йдеться про одну консультацію, іноді – про річну терапію, деколи – про «одну» консультацію впродовж довгого періоду часу.

- Низька мотивація до роботи. Може спостерігатись внаслідок відсутності інформації чи то про власний стан/статус, чи то про саму психотерапію (часто – у людей старшого віку внаслідок стигматизації психології та психіатрії як карального чи маніпуляційного інструменту). Також на мотивацію можуть впливати очікування швидких і успішних результатів терапії в умовах дефіциту часу, невизначеного медичного прогнозу та нестерпного самопочуття.

- Несприятливе фізичне самопочуття чи стан пацієнта (після інсульту, хіміотерапії тощо, залежно від стадії захворювання). Це впливає на тривалість сесії, на можливість її проведення в домовлений час, на її зміст (згідно з плану чи у відповідь на актуальний стан).

- Відсутність «ідеальних» умов проведення терапії. Якщо пацієнт не має змоги відвідувати психотерапевтичний кабінет, то терапевт може надавати йому допомогу за місцем перебування. Якщо йдеться про допомогу у стаціонарному відділенні, то задля побудови довірливих стосунків і ефективного альянсу, дотримання правил терапії (зокрема, відвертості та конфіденційності) доведеться зважати на інших пацієнтів в палаті та лікарняний режим (графіки харчування, гігієнічно-санітарних процедур, здійснення медичний оглядів чи маніпуляцій, проведення дозвілля, час для відвідувань). Коли пацієнт отримує допомогу вдома, то також слід враховувати соціально-побутові умови задля облаштування безпечного психотерапевтичного простору: відсутність інших осіб на сесії без потреби, і натомість швидкий їхній доступ за необхідності.

- Робота у тісній співпраці з іншими фахівцями. Важливо, щоб пацієнт відчував єдність і взаємодопомогу між учасниками команди надання паліативної допомоги: спільне бачення, взаємодоповнюючі стратегії та усвідомленість в часовій парадигмі (як є зараз, чому так могло статись через минуле, на що орієнтуватись в майбутньому). Відсутність взаємодії всередині команди може стати для пацієнта новим стресовим та модифікуючим фактором отримання паліативної допомоги.



Приклади застосування КПТ: терапевтичні історії

Завдяки доказовості, інтегративності, ефективності, динамічності та багаторівневості КПТ має підстави вважатись оптимальним інструментом психологічної допомоги людям з негативним прогнозом на життя. Спектр допомоги дуже широкий. Кожен пацієнт на різних етапах потребуватиме різного втручання, що є можливим завдяки холістичності та творчості даного напрямку.

Спробуємо показати особливості процесу та ефект застосування КПТ при поширених запитах паліативних пацієнтів у наведеній нижче таблиці. Ідентифікуючі дані пацієнтів є змінені з наміром зберегти конфіденційність, медичні діагнози не зазначено у зв'язку зі збереженням медичної таємниці (їх замінено на узагальнені описи стану пацієнта).

Зазначимо, що в таблиці подано уривок з контексту життя пацієнта і його терапії, так би мовити одну із сюжетних ліній, а не весь опис випадку.



Проблема	Історія пацієнта	Основні КПТ втручання та результат	Рефлексія
У форматі терапії / супроводу			
<p>Пережиття втрати і депресія</p>	<p>Ольга, 84р., онкохвора, родина закордоном, прабабуся, вдова. Сенс життя у дітях, жила від їх візиту до візиту, нещодавно народилася друга правнучка, ще її не бачила. Перебуває у лікарні, бо втратила здатність до самообслуговування. Комунікабельна. Цікавиться новинами у світі, життям сусідок по палаті та персоналу. Хвороба проходить безсимптомно, тому не мала особливих скарг та запитів на терапію.</p> <p>Однак, її син розбився в ДТП. Ця втрата сильно вразила її фізично і морально: втратила апетит, сон, припинила спілкуватись і виходити з палати, уникала співчуття, багато думала, лежачи обличчям до стіни.</p>	<p>Психоедукація про депресію та втрату</p> <p>Відреагування емоцій: написання листів до сина, розмови про нього і до нього</p> <p>Дистанціювання від думок «Нічого немає сенсу», «Мені вже все одно», «Нікому я непотрібна», «Всім тільки заважаю»</p> <p>Тестування НАДів та генерування адаптивних думок «Сенс є в житті, навіть після смерті», «У мене ще є інші діти, яких я люблю», «Дітям я потрібна завжди, бо вони діти, поки у них є мама/бабуся/прабабуся», «Я живу і даю їм любов, молитви, підтримку»</p> <p>Активація ціннісних та ресурсних активностей: слухати радіо, співати пісень, спілкуватись по скайпу з дітками, турбуватись про слабших пацієнток, виходити на прогулянки, розмовляти про своє самопочуття</p> <p>Майндфулнес: дослідження нового у звичному середовищі: ззовні і всередині – кольорів, запахів, звуків, смаків, дотиків, історій, сенсів</p> <p>Самоспівчуття та самотурбота: увага до своїх емоцій і право їх виражати, навіть,</p>	<p>Цей випадок особливий тим, що, подолавши уникання та емоційне застрягання, пройшовши через сум і біль, пацієнтка в мирі зустріла власне погіршення стану згодом. Смерть її сина стала для неї місточком через страх смерті, «бо мене там є кому зустріти»</p>



		<p>якщо вони можуть бути незручними для інших – плакати і сумувати.</p> <p>Переоцінка втрати та свого стану, інсталяція надії: очікування на зустріч.</p>	
<p>Фобія болю</p>	<p>Павло, 79р., онкохворий, хвороба протікає безсимптомно, виявлена випадково. Вдівець, має дітей та внуків, які майже щодня його навідують у лікарні. Все життя будував літаки, був романтиком та оптимістом. Зараз також не втрачає надії, що «все закінчиться добре: піду собі спокійно за веселку». Не боїться смерті, але боїться болю. Бачив багато прикладів смерті у стражданнях (його мама, брат у старшому вже віці, сусіди по палаті). Коли відчуває найменший дискомфорт, відразу кличе на допомогу, просить ліки. Тригером також є ночі і чергування певних змін, «на які не можна надіятись вночі», тоді намагається якомога довше не спати, що має негативні наслідки наступного дня. Має спеціальну молитву проти болісної смерті.</p>	<p>Психоедукація про страх, про вплив травматичних спогадів.</p> <p>Тестування наданих значень: «мене чекають теж такі страждання; це нестерпно; ніхто не допоможе; це триватиме всю ніч; це буде повторюватися і я не витримаю - збожеволюю». Генерування адаптивних думок: «у кожного свій больовий поріг; біль – це завжди суб’єктивно; я витримував багато різного болю: рвав зуби без анестезії, бився в молодості за дівчат; поряд є ті, хто може допомогти, це – їхня робота і вони знають, що робити».</p> <p>Поведінковий експеримент: не чатувати вночі, а пробувати заснути, а якщо прокинеться від болю, то покликати на допомогу. Двічі спробував на тій «ризикованій зміні» - не боліло, прокинувся вранці. Тому, щоб такі перевірити думку, зімітував клич про допомогу наступного разу – медсестра прибігла через 1 хвилину. Нові надання значення: «краще вночі спати; якщо</p>	<p>У цьому випадку вагому роль терапевтичного ефекту відіграв гумор. Пацієнт, маючи легку і натхненну вдачу, засмакував техніки КПТ і зумів приборкати свого «єдиного ворога – страх». Це дало йому свободу жити своє життя цікаво: вдень досліджувати навколишній світ («є так багато різних каш, я і не знав»), а вночі – відпочивати.</p> <p>Цікаво, що він сам зауважив згодом, що, навіть, коли боліло, то і до 5не доходило.</p>



		<p>болітиме, мені прийдуть на допомогу»</p> <p>Також важливо було навчитися моніторити свої больові відчуття і шкалювати їх, щоб не зловживати ліками і не звикати до їхньої дії. За 10-бальною шкалою клієнт вирішив толерувати біль до 6 рівня, а з 6.1 – звертатись по допомогу.</p> <p>Імагінативна рескрипція спогадів про болісне вмирання інших.</p> <p>Експозицію до болю вирішили не проводити, бо ймовірна вигода не перевищувала ймовірну шкоду.</p> <p>Молитву про безболісну смерть пацієнт замінив на прохання про безболісне і радісне життя, а смерть – швидко.</p>	
<p>Хронічний біль</p>	<p>Богдан, 65 р., страждає від цукрового діабету (має ампутовану кінцівку), наслідків інсульту (часткова втрата мовлення, однобічний парез). Є дружина, діти і внуки – закордоном. Працював будівельником, любив прогулянки і грати у футбол (спільне хобі з внучкою). Відчуває постійне оніміння паралізованої сторони, часто – фантомні болі втраченої кінцівки. Хворіє більше року. Є</p>	<p>Психоедукація про біопсихосоціальний аспект болю, про його вплив на якість життя.</p> <p>Корекція наданих значень «Біль – дурнувата помилка природи; я не можу ніяк його заглушити; таке життя нестерпне і ніхто мене не може зрозуміти» - «Біль – це сигнал нашого організму про поломку задля привернення до неї уваги; я можу впливати на біль і на ставлення до болю; життя з постійним болем – складне до розуміння, але можливе до прийняття</p>	<p>У даному випадку величезне значення на результат терапевтичного втручання мало залучення середовища: психоедукація персоналу та дружини про психологічні виклики пацієнта в умовах хронічного болю. Зміна їхньої поведінки із заперечення і вимагання активності на прийняття та розділення відповідальності</p>



	<p>хронічна втома. Переживає про дружину, що всі турботи зараз на ній. Властиві негативізм та імпульсивність. Персонал відзначає, що пацієнт не йде на контакт, саботує лікування та реабілітацію.</p>	<p>собою та іншими»</p> <p>Валідизація емоцій, вивільнення злості та невдоволення, тривоги та співпереживання за дружину, надії на одужання і «маленьких радощів життя».</p> <p>Менеджмент больового синдрому, майдфунес (відзначав дієвим переведення уваги на будівлю за вікном: рахував кути, шибки у вікнах, горизонтальні і вертикальні лінії) і прийняття того, що не можна змінити.</p> <p>Планування активності: розрізнення впливу гіпер- і гіпоактивності на больові відчуття та інвалідизацію.</p> <p>Активація цінностей у сфері сім'ї, ініціація поведінки, спрямованої на реалізацію ціннісного значення – дарування квітів дружині, листівка на іменини, ніжні торкання, висловлення похвали, вдячності та компліментів, пригадування минулого: прохання пробачити за образи і планування майбутніх щасливих подій. Ця частинка роботи мала особливий вплив на «хімію» болю, прокручуючи в думках приємні затії чи спогади, увага обходила так званий терпимий біль (низької інтенсивності), що, відповідно, впливало на якість життя.</p>	<p>разом з пацієнтом допомогло побудувати взаємодію, де пацієнт почувався побаченим (до того - «вони бачать лише хворобу, а я також тут є»), важливим і діючим, замість того «що сам собі шкодить».</p> <p>Важливим моментом є також те, що пацієнт частково сам здійснював цю психоедукацію, говорячи про власні емоції та переживання, а також підкріплював бажану поведінку слова вдячності.</p>
--	--	---	---



<p>Тривога за здоров'я</p>	<p>Аліна, 55р., післяінсультний стан, має доньку та сестру, мешкає в селі, працювала в школі кухарем. Перебуваючи у лікарні на реабілітації, діагностували онкозахворювання на III стадії.</p> <p>Має багато тривоги про власне здоров'я: «як інсульт пов'язаний з раком, чи зможе відновитись після інсульту, чи зможе подолати онкозахворювання, чи немає ще якихось прихованих захворювань, чи буде «інвалідом»?» Відповіді на ці запитання, навіть, не допускає до усвідомлення. Присутня постійна румінація. Сканування і діагностика підсилюють пригнічення, знижують фізичну і соціальну активність, інвалідизують.</p>	<p>Психоедукація про тривожні розлади. Валідизація усіх емоцій пов'язаних із хворобами.</p> <p>Розрізнення адаптивної тривоги як турботи про власне життя і сприяння одужанню/підтримці здоров'я від тривоги як збитої з налаштувань системи сигналізації, що тільки й прагне отримати 100% гарантії убезпечення від найрізноманітніших загроз.</p> <p>Когнітивне тестування наданих симптомам тривоги значень, розвінчування ідеї про магічне мислення та генерування адаптивних думок: «з наслідками інсульту я працюю згідно з рекомендацій лікаря; моє онкозахворювання має певну природу і механізм розвитку, ми з медиками визначили протокол втручання, дотримуємось плану лікування та аналізуємо по ходу терапії, по запити вносимо зміни; на даний час немає діагностованих інших наявних захворювань; відчуття тривоги є сигналом, який потребує правильного пояснення».</p> <p>Важливо було навчитися розрізняти, коли тривога дає корисні і некорисні сигнали.</p> <p>Майндфулнес допомагав приймати ті</p>	<p>Важливо бути особливо чутливим, працюючи з тривогою за здоров'я у людей, що мають актуальні соматичні захворювання, щоб, з одного боку, не входити разом з пацієнтом у підтримуючі цикли, а з іншого, не знехтувати сигналами погіршення здоров'я. Разом вчитися шукати баланс між прислуханням до свого самопочуття і переведенням уваги та зусиль на інші сфери своєї життєдіяльності.</p> <p>Найскладнішим етапом роботи у даному випадку було толерування невизначеності стосовно онкозахворювання. Однак воно дало і найбільший ефект – свободу жити у цьому моменті без страху за наступний.</p>
----------------------------	--	--	---



		<p>стати, які не потрібно ні коригувати, ні фокусуватись (відчуття стягнення паралізованої кінцівки) на них, а також охоплювати увагою інші сфери власного життя: зокрема, стосунок з родичами, хобі (вишивання, читання, перегляд серіалів), життя тут і зараз.</p> <p>Активування фізичної активності згідно з планом реабілітолога та терапевта, що дало змогу розширити соціальну замученість у життя відділення (відвідування групових заходів, відвідування пацієнтів в інших палатах, харчування поза межами палати).</p> <p>Толерування невизначеності та розвиток стресостійкості завдяки актуалізації системи ресурсів (внутрішніх та зовнішніх) дало змогу відновити зв'язок з цінностями, зосередити зусилля на їх реалізацію вже і зараз замість «коли/ якщо одужаю».</p> <p>Здійснили експозицію в уяві до різних сценаріїв (смерті також), що теж підсилило відчуття цінування життя зараз, будівництва його продовження згідно з власних бажань та цінностей.</p> <p>Пацієнтка вчилася жити в новому статусі, розглядала нові перспективи: відмовилась від діяльності, яку вважала</p>	
--	--	--	--



		<p>необхідно вимушеною – садити гектари поля і тримати велику господарку, натомість, запланувала закласти садок і квітник біля дому.</p> <p>Щоб попереджувати рецидив тривожного розладу пацієнтка утверджувала навички бути сама собі терапевтом.</p>	
<p>Втрата віри у майбутнє</p>	<p>Олена, 64р., має чоловіка, 4 дітей, 2 внуків, донедавна працювала вчителькою. Має онкозахворювання IV стадії з важким больовим синдромом.</p> <p>В силу вольового характеру (глибинне переконання «Я не варта любові» компенсувала поведінкою перфекціоніста – «бути супер-донькою/дружиною/мамою/працівницею») не приділяла належної уваги своєму самопочуттю, більше дбала про потреби інших. Коли біль став нестерпним, звернулась по лікарську допомогу, дізналась діагноз і «зламалась»: втратила віру, що можна вплинути на ситуацію, почала завершувати справи, прощатись з родиною.</p>	<p>Пацієнтка мала упередження до психологічної допомоги (і до медичної, і до соціальної, і до духовної). Однак вона була відкрита до нового досвіду і подумала, що таким чином зможе допомогти родині прийняти її втрату (вона знала, що на консультаціях з психологом залежить її чоловікові).</p> <p>Психоедукація про біль, пережиття втрати особою, що хворіє, та її рідними та соціалізація в КПТ заклали добрий стосунок співпраці, розвінчали упередження і допомогли увімкнути внутрішню мотивацію (а, можливо, також вплинула звичка бути супер-..., у даному випадку – супер-пацієнткою)</p> <p>Когнітивна реструктуризація допомогла позбутися некорисних песимістичних думок «Вже все скінчено; не наївся – не налижешся; я їм така – тільки</p>	<p>Робота з цією пацієнткою була емоційно важкою, але, водночас, дуже ресурсною. Бо це була особистість дуже прогресивна і активна впродовж свого життя, такою зуміла бути і в часі його завершення. Працювати з нею було не складно через її величезний когнітивний ресурс, а її система соціальних контактів забезпечувала постійне вливання ресурсу, що рухатись далі.</p> <p>Тому це випадок особливий тим, що є прикладом, наскільки наповненою здатна бути людина у складних життєвих обставинах, якщо вона</p>



	<p>Тримала життєдіяльність на побутовому рівні, робила вигляд, що все так і має бути, переживала більше про емоції рідних, готувала їх до втрати.</p> <p>По психологічну допомогу попросив чоловік пацієнтки, бо «важко боротись із хворою, і з людиною. Вона вже ніби поховала себе, але вона ще з нами»</p>	<p>обуза; чим швидше все закінчиться, тим краще для всіх». Натомість прийшли адаптивні думки «поки немає смерті – є життя, поки є життя – є сенс, поки є сенс – ватро діяти; у них все ще є мама, тому вони – діти, можуть не бути надто серйозними і не мусять бути надто самотніми».</p> <p>Тоді сократівським діалогом шукали нових сенсів і горизонтів. Замість планування свого похорону пацієнтка ініціювала велике святкування свого 65-річчя (через три місяці. Їй це вдалося: зібрати навіть далеку родину і кожному сказати важливі речі). Потім вона почала очікувати народження третього внучка (донька була на 3 місяці вагітності). Коли почав погіршуватись її стан, вона вирішила написати дитинці листа («Мое дороге дитятко,...»бо стать дитини була невідома) і передала його доньці, щоб та прочитала, коли дитинка вже буде слухати історії про свою бабусю. Ще один горизонт, що було відкрито як «далеку-близьку» перспективу – загробне життя. Це також допомогло впорядкувати роздуми, підвести життєві підсумки, сказати «люблю/вибач/вибачаю/дякую/прощавай» рідним та друзям.</p> <p>Майндфулнес допомагав</p>	<p>інвентаризує внутрішні і зовнішні ресурси і розпорядиться ними на досягнення реалістичних змістовних цілей у форматі маленьких кроків (в наперед необмеженій кількості, а поступово орієнтуючись у відведеній часовій величині).</p>
--	---	--	---



		<p>перескерувувати увагу, приймати свій стан як частину контексту свого життя: коли стан був жахливий вона зосереджувалась, щоб «розширити зум», а якщо навпаки – спокійний чи радісний – звужувала його до моменту тут і зараз.</p> <p>Стосунки в родині стали ще ближчі, бо були зняті табу на всі емоції і тему смерті, вони разом сумували, і разом раділи.</p>	
<p>Умовна самооцінка</p>	<p>Віра, 84р., має чоловіка (у шлюбі 60 років), двоє дітей, двоє внуків, мешкає з чоловіком у багатопверхівці. Вже третій рік має діагностовано хворобу Паркінсона. Працювала на керівних посадах у чоловічих колективах. Була головною у своїй сім'ї. Завжди ставила високі цілі і досягала їх.</p> <p>У дитинстві мала тільки маму, дуже її любила і завжди допомагала. Були примусово виселені з квартири у центрі міста, пережили холеру (вижила завдяки голодуванню). Багато вчилась і працювала. Все життя була активною у всіх своїх сферах життя (літала в кіно у Ленінград, подорожувала на круїзних лайнерах, побудувала дачу,</p>	<p>Психоедукація про депресію, про біопсихосоціальну модель хвороби, про життя з невизначеністю проводилась на різних етапах роботи з пацієнткою.</p> <p>Робота була тривалою і циклічною, цікавою і виснажливою. Когнітивний ресурс: освіченість, з одного боку, і ригідність мислення, з іншого, пацієнтки давав змогу «вести постійні торги за правду і користь», вигадував все нові ідеї та аргументи, аж поки ми не прийняли рішення спробувати попрацювати «на глибині» - і перейшли до експеріментальної роботи з ГП. Тоді відкрилися багато болю і вразливості. Пацієнтка багато плакала і просила про підтримку (і в мамі, і в тата, якого забрала війна, і в Бога, і в чоловіка, і в дітей). Маленька дівчинка всередині була до краю втомлена. Вона хотіла видихнути і відпустити. Вона хотіла</p>	<p>Зміни в якості життя відбувалися. Про це відзначала і сама пацієнтка, і її близькі. Однак, на жаль, вони мали хиткий характер: коли самопочуття погіршувалося, вмикались старі переконання, коли мала багато зовнішньої підтримки і добре самопочуття, утверджувалась в нових переконаннях.</p> <p>Важливим був не результат як доконаний стан, а як можливість обирати йти по такому шляху. Це і було найбільшим результатом терапії – мати вибір обирати свій стиль життя, беручи до уваги ресурси, цінності і</p>



	<p>придбала квартиру, була чудовою дружиною, мамою, бабусею, подругою, працівником, парафіянкою і т.д.)</p> <p>Її ресурси: добробут сім'ї, дача, квітники, церква, читання, прогулянки, спілкування «про високе».</p> <p>З виходом на пенсію покинула роботу – присвятила життя собі і своїм, почала ним смакувати, стишилась, «побачила, що по небу хмарки ходять».</p> <p>Коли почала погано почуватись звернулась до невропатолога. Діагноз заперечувала два роки, постійно проходила різні обстеження. Стан поступово погіршувався, мобільності ставало все менше. Це спричинило депресивний стан через ураження самооцінки: «Я безпорадна» - «я здатна все здолати, треба докласти більше зусиль» - «здається, що я не можу побороти хворобу Паркінсона, вона «перемагає» мене», а також «Я неварта любові» - «Я повинна робити все якнайкраще, щоб бути потрібною і</p>	<p>ніжності і турботи. Вона хотіла легкості і безтурботності.</p> <p>Для пацієнтки було незвично дивно відчувати ту дівчинку всередині себе. Вона змінювалась в позі тіла. Її поведінка була схожа на перші виступи на сцені: багато захоплення, хвилювання і задоволення від захоплених поглядів і оплесків. Пацієнтка вчилася через медитації турбуватись про себе так, як вона уважно це робила для інших. Вона поставила свою дитячу фотографію на при ліжковий столик, щоб пам'ятати подбати про ще одну дитину в її житті. Вона стала добрішою і менш вимогливою до себе.</p> <p>Тоді ми знову спробували когнітивно перебудувати глибинні переконання.</p> <p>Про безпорадність сформувані нові переконання допоміг образ Бога, «який не дає більше того, що людина здатна пережити» - «Я є сильна і моє життя – підтвердження тому, але я – людина, а людям не все під силу, є речі, з якими треба миритись, як сніг взимку».</p> <p>А про безумовну любов допомогла усвідомити нові значення бабуся пацієнтки, яка перед смертю три роки провела в ліжку, і пацієнтка не вважала її обузою, а раділа, зустрічам і розмовам з</p>	<p>потреби</p>
--	---	---	----------------



	заробляти на любов» - «Нікому не потрібні хворі люди, я – обуза для чоловіка і дітей»	нею – «любові достойна кожна людина не за заслуги, а просто так. Такий закон Божий і природи».	
Компульсивне переїдання	<p>Софія, 87р., вдова, є 5 дітей, 11 внуків, 2 правнуки, має хворобу Альцгеймера, перебуває в лікарні через втрату здатності до самообслуговування та психічні порушення.</p> <p>Маючи порушення пам'яті та відсутність почуття насичення, схильна з'їдати всі солодощі, які потрапляють в поле зору (навіть, зі столиків інших пацієнтів, якщо вони не стримують чи відсутні). За останній місяць набрала 10 кг ваги, це призводить до зменшення рухливості та погіршення самопочуття – знижується якість життя</p>	<p>Звісно, що тут не йдеться про класичне компульсивне переїдання. У даному випадку воно мало ефект емоційної регуляції та сили звички. Пацієнтка зловживала солодощами у станах нудьги та по причині, що їй «завжди подобалось їсти солоденьке».</p> <p>Зважаючи на специфіку основного захворювання і його стадію, не йшлося про зміну наданих значень та мотивування до змін, бо стан пам'яті «з'їдав» всі короткострокові результати. Тому ми сфокусувались на менеджменті тригерів та емоційній регуляції через поведінковий компонент (кПт).</p> <p>Пацієнтка подбала про маленькі кроки до вирішення проблеми (мати збалансоване харчування) на різних рівнях:</p> <p>1) Для себе намалювала таблички-нагадування, що, коли їй стає нудно, треба йти гуляти, або дивитись телевізор, або з кимось поговорити, або дивитись старі фотографії і пригадувати історії, або читати вірші чи співати пісень. Таким</p>	<p>Важливо, що пацієнтка вчасно звернула увагу на проблему і змогла самостійно повпливати на її вирішення, що так важливо в контексті турботи про гідність людини, незалежно від її психічного статусу: допомогти їй бути активним учасником, суб'єктом замість об'єкту паліативної допомоги.</p> <p>Психоедукація та соціалізація (Кпт) стосувалась оточення пацієнтки.</p> <p>Чи вплинула така комбінація кПт і Кпт на якість життя пацієнтки, суб'єктивно можна вважати, що так. Хоча з часом прогресування хвороби Альцгеймера посягнуло на ці здобутки, донька клієнтки відмітила, що мама мала яскравішу смугу свого життя завдяки переорієнтації з їжі на іншу діяльність, тоді - в</p>



		<p>чином розширила спектр своєї активності і додала до життя нових вражень.</p> <p>2) Для персоналу дала вказівку прибрати всі гостинці на кухню і видавати в обмеженій кількості не частіше, ніж через три години і не більше, ніж 4 рази на день</p> <p>3) Для родичів (їх багато і всі приносили/передавали солодощі, тому їх завжди було надміру) прохання погодити між собою графік передач і їхнє наповнення змінити на більш здорове – менше в об’ємі і замінити солодощі на фрукти чи ягоди, чи сухофрукти.</p> <p>4) Сусідів по палаті попросила зберігати свої гостинці на закритих полицях і не пригощати її.</p> <p>Ці зміни, на жаль, не були довго усвідомлювані пацієнткою у часовій перспективі, однак надихнули сформувати «здорову звичку харчової поведінки» у тих, хто відповідав за її догляд (зі слів молодшої медсестри: «навіть, якщо вона зараз просить мене дати їй поїсти щось солоденьке, то я пам’ятаю, як вона тоді просила мене допомогти їй цього не робити. І це допомагає встояти і зробити правильне рішення задля інтересу самої пацієнтки»).</p>	<p>«ній було більше життя»</p>
--	--	---	--------------------------------



<p>Труднощі у стосунку з рідними</p>	<p>Єва, 95р., має 2 дітей, 5 внуків, 8 правнуків, 6 праправнуків (всіх по іменах не пам'ятає), загальний немічний стан, перебуває у лікарні, бо зламала шийку стегна.</p> <p>Про себе розповідає, що є просто людиною, творінням Божим, і «капочкою» світу природи.</p> <p>Має труднощі у спілкуванні з донькою та деякими внуками і правнуками, котрі «гвалтують» її лікуванням. Кричить їм «дайте мені спокійно вмерти, мені 95 років», вони ігнорують, домовляються з лікарями про підтримуючу терапію</p>	<p>Психоедукація про пережиття втрати рідними.</p> <p>Валідизація емоцій, що переживає пацієнтка через насильницький характер лікування і власну неспроможність вплинути на ситуацію (замовник послуг – донька, з нею і ведуть спілкування лікарі).</p> <p>Тестування думок «вони знущаються з мене; то кара за те, що не дивилась за ними належно», генерування нових: «вони думають, що помагають мені; вони не знають, як я мучусь: що думаю, відчуваю, чого поребую».</p> <p>Пошук нових варіантів ведення бесід з родичами і лікарями: говорити про свої емоції, питати в них про їхні, ставити їм багато запитань, запрошувати до процесу «однодумців» серед родичів.</p> <p>Переосмислення і використання «виграного» часу на ціннісні речі: молитву, спілкування, завершення справ, замість нарікання.</p> <p>Старання пацієнтки допомогли їй частково вирішити проблему. Хоча особливо «бойова» внучка і ще пару родичів залишились при своїй стратегії «причиняти добро», загально емоційний стан родинних стосунків зазнав змін: вона</p>	<p>Цей випадок про те, що не скрізь, де є тінь смерті, буде страх перед нею. Про це, що особистість має багато знарядь, щоб долати свої життєві виклики або ж миритися з ними. Що існує природна людська мудрість психіки бути резиліентною.</p>
--------------------------------------	---	--	--



		стишила голос, щоб сказати про важливе, вони прислухались і почули, також почали говорити про свій жаль, бо дуже її люблять і не хочуть відпускати. Формат їхніх зустрічей змінився з боротьби на співпрацю.	
У форматі одноразової консультації			
Заперечення смерті та емоцій, пов'язаних з нею	Ірина, 45р., має чоловіка, 2 дітей, внучку, онкозахворювання, остання стадія, важкий стан. Розуміє критичний стан свого здоров'я, але не визнає його перед рідними, намагається усміхатися, смішити їх, говорити про позитивне. На цей «спектакль» йде багато сил, втомлена, але стурбована, щоб її близькі не мали пригніченого настрою «завчасно»	Психоедукація про пережиття втрати. Сократівським діалогом тестування думок, що вони не знають правди і тому не відчують негативу. Валідизація емоцій пацієнтки та її рідних. Ці три інтервенції звільнили з пам'яті власний травматичний спогад: коли помирала мама пацієнтки, вона заборонила їй плакати. А потім та важко і довго переживала її втрату, забувши про заборону, а зафіксувавши «смерть = важкі страждання рідних померлої особи» Це усвідомлення дуже розчулило пацієнтку: «ох, а я ж психолог (сміється), і не допетрала, в чому справа. Ви зупинили мене на крок від великої помилки, яка могла би дорого коштувати мої дорогим людям. Я обов'язково з ними говоритиму,	Після втрати на консультацію прийшов син пацієнтки і багато говорив про емоції: про останні дні разом з мамою, про її помирання, про похорон («друзі рекомендували випити, щоб легше пережити, а я хотів відчувати всі емоції, слухав всі пісні у церкві, дивився на тіло матері, бо знав, що впораюсь так само, як і мама»), про стосунок з вітчимою (вони залишились жити разом як тато і син), з сім'єю сестри (внучка пацієнтки 5 років приходила в гості читати казки, а потім принесла бабусі букет



		<p>бо я знаю, як то важливо. Тепер все складається»</p>	<p>«найгарніших» квітів). Емоційна «скринька Пандори» їхньої сім'ї була відкрита</p>
<p>Тривога за майбутнє дітей</p>	<p>Людмила, 56р., має чоловіка (зловживає алкоголем), троє дітей (19-28рр.). Діагностували онкозахворювання останньої стадії, донедавна працювала продавцем, вела господарство. Через погіршення стану переїхала в місто до доньки. Жила своє життя заради дітей. Зараз має багато тривожних думок, як діти житимуть далі, хто їм допомагатиме, чи вони справляться (молодша донька дуже важко переживає ситуацію, як виявилось згодом – має панічний розлад). А також почуття провини, що хворіє і помирає внаслідок власного вибору (одного разу посварила з чоловіком і подумала, що краще вмерти, ніж так далі жити)</p>	<p>Психоедукація про пережиття втрати хворою особою та її рідними. Валідизація емоцій: проговорення їх зняло напруження, випустило сльози, дало полегшення. Тестування думок у сократівському стилі відкрило нові значення: «у мене найкращі в світі діти: самостійні, розумні, гарні, сильні, здорові, успішні, дружні. Вони не самі, вони разом і допомагатимуть одне одному, як то було завжди», «я не винна, що захворіла. Люди хворіють на рак, цього разу це сталося зі мною» А також пацієнтка вирішила бути щирою з дітьми і тепер хоче то сказати їм: які вони в неї чудові, як вона їх любить, і сумує, що має покинути.</p>	<p>Передісторія цього випадку: звернувся син пацієнтки, що не може бути ефективним у стосунку з мамою – не може спокійно розказати їй про діагноз і прогноз. Попросив допомоги: розказати разом. На консультації теж була психоедукація про втрату, валідизація емоцій, когнітивне розхитування думок. Після сесії сам прийняв рішення «бути неефективним, якщо вже так станеться» і поговорив в мамою. Тому сама консультація лиш утвердила пацієнтку в її невпевнених намірах бути щирою з дітьми. Вона всю інформацію «підозрювала» і лиш потребувала допомоги, щоб побороти страх, що може</p>



			<p>завдати забагато болю власним дітям наостанок, замість підтримати і спасти.</p>
<p>Страх створювати проблеми батькам</p>	<p>Віктор, 18 р., має батьків та старшого брата, був студентом ВНЗ. Онкозахворювання, рецидив.</p> <p>Новина про рецидив дуже вразила сім'ю, було багато запитань-нарікань, мовляв, чому знову, чому хвороба вернулася, що зробили не так, хто винен.</p> <p>Пацієнт приймав провину на себе: бо багато думав про свою хворобу, іноді думав, що бути хворим – легше, не був вдячний постійно за здоров'я, іноді курих і пив алкоголь, сварився з рідними, тому зараз я не можу бути з ними з ними щирим.</p> <p>Про свої думки нікому не розказував, намагався бути суперзручним, тому не розказував також про погане самопочуття і побічні дії лікування. Це призводило до поглиблення симптомів і ще більшої тривожної метушні вдома.</p>	<p>Психоедукація про тривогу за здоров'я, про фобії.</p> <p>Когнітивна робота з наданими значеннями, генерування нових адаптивних «Рецидиви трапляються; думки не здатні матеріалізуватись, не все що ми думаємо стається; бути вдячним не означає жити в стерильних умовах; наслідки від кількості і обсягу шкідливих «звичок» малоймовірно могли спричинити рецидив; батьки люблять мене і завжди прагнули мене зрозуміти і підтримати».</p> <p>Ця когнітивна робота звільнила від тягара відповідальності за все. Страх спричинити проблеми перетворився в надію спільно максимально ефективно променеджирити процес протистояння рецидиву, вивільнив почуття жалю і суму, що знову ситуація непростя, допоміг прийняти тривожність батьків не як особистий напад, а як їхнє ставлення до ситуації.</p>	<p>Так важливо бачити за діагнозом людину, а за емоцією потребу. Коли ми пробуємо прочитати між рядків, це відкриває абсолютно нові нюанси. Однак, їх варто перевіряти, чи те, що зчитую я відповідає написаному іншими людьми.</p>

УКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ

www.i-cbt.org.ua





2.2. КПТ осіб, що є близькими чи опікунами паліативних пацієнтів

Середовище, в якому перебуває особа, має великий вплив на її самопочуття та самоідентичність від народження і впродовж всього життя. І особливо в моменти стресових ситуацій та критичних життєвих подій, до яких можна віднести і отримання статусу паліативного хворого. Особливістю невиліковних захворювань, окрім смертності, є ще високий рівень інвалідизації в процесі їхнього прогресування, що є підґрунтям для розвитку психічних розладів чи труднощів психічного здоров'я. Провідними труднощами паліативних хворих на психосоціальному рівні є зміни у професійній діяльності (графік роботи, перехід на часткову зайнятість, звільнення) та соціальній активності в наслідок зниження фізичної працездатності та витривалості, порушення сімейної взаємодії та комунікації з ескалацією конфліктів на фоні психоемоційного напруження, стигматизація (в тому числі само стигматизація), прив'язаність до медичних закладів. Втрата фізичного здоров'я зумовлює потребу у догляді за хворим, що найчастіше здійснюється за рахунок зусиль його родини (звільнення з роботи, освоєння навичок догляду, виключення з активного соціального життя та ін.). Захворювання з негативним прогнозом на життя за своїм змістом є психотравмуючими для родини пацієнта і становлять певний виклик як на життєво-побутовому так і екзистенційному рівнях. Хвороба впливає на сімейне функціонування на рівні комунікації, психологічного відреагування, міжособистісної взаємодії. Кожен елемент сімейної системи має власну реакцію на стресовий фактор і переживає її відповідно до власних факторів схильності, життєвого досвіду та провідних коупінгів. Невідповідність у форматі реагування родича та пацієнта може провокувати міжособистісні труднощі та зростання сімейного напруження. Зрушення у психічній сфері пацієнтів також мають негативний вплив на близьке оточення і викликають додаткову травматизацію з розвитком дезадаптивних психологічних реакцій чи навіть психічних розладів афективного та невротичного характеру. Особливості психоемоційного стану членів сім'ї хворого та специфіка сімейної взаємодії – важливі аспекти при плануванні надання паліативної допомоги з позиції комплексного підходу для всіх учасників лікувального процесу.



Звісно, що ті, хто поряд маю власні виклики, привнесені в їх сімейну систему невиліковним захворюванням, і потребують фахової допомоги, щоб подолати актуальні труднощі чи розлади та мінімізувати наслідки перенесення травматичного досвіду на майбутнє. Однак, у цій роботі ми сфокусуємось на те, як їхні думки, емоції та поведінка можуть впливати на хворого в рамках паліативної допомоги. Розглянемо, які результати може дати, так би мовити, опосередковане КПТ втручання: через оточення на пацієнта.

На першому етапі такої роботи особливо важливо подбати про залучення у терапію/супровід членів родини паліативного пацієнта чи його опікунів. Необхідно проводити психоедукаційну роботу про особливості функціонування сім'ї як системи взаємопов'язаних елементів: коли змінюється один елемент, це впливає на інші. Тобто, коли хтось у сім'ї отримує статус невиліковно хворого, адаптація до стресового фактору має відбутись на загальному рівні. Когнітивні, емоційні та поведінкові реакції родичів чи опікунів можуть суттєво впливати на стан самого хворого. Валідизація страждань, активація внутрішніх та зовнішніх ресурсів, когнітивне переосмислення наданих значень, адаптація до хвороби та ефективний коупінг, регуляція емоційного дистресу, майдфулнес, відпускання втраченого та орієнтація на можливе, націлювання на якість життя, активування цінностей – можливі функції використання КПТ для паліативних хворих через терапію/супровід їхнього оточення.

У наведеній нижче таблиці подано деякі приклади застосування КПТ тих, хто є поряд з хворою особою, і її ефект на самопочуття пацієнта / перебіг захворювання/якість життя. Ідентифікуючі дані пацієнтів та їх родичів є змінені задля збереження конфіденційності, медичні діагнози не зазначено у зв'язку зі збереженням медичної таємниці, подані в узагальненому вигляді.



Проблема	Короткий опис проблемної ситуації	КПТ інтервенція	Приклад з практики/ вплив на самопочуття та якість життя пацієнта	Рефлексії
Труднощі прийняття рішень	Часто в наших реаліях у медичній сфері дотримуються правила по можливості повідомляти позитивний аналіз (несприятливий діагноз) не самому пацієнтові, а його найближчим родичам. Тоді вони отримують шок, власні когнітивну та емоційну реакцію та «задачу з зірочкою»: що з тим всім робити далі – чи повідомляти всю правду, чи її частину, чи неправду; приймати рішення про лікування чи не лікування; як подбати про життєдіяльність сімейної системи в кризових умовах. Що отримує пацієнт – почуття зневаги («вони думають, що я дурний і нічого не розумію»), тривогу від браку інформації вербальної і надлишок неприємної невербальної, стрес від зміни життєдіяльності (перебування в лікарні чи візити	Що можна застосувати з КПТ: психоедукацію відповідно до випадку, техніку прийняття рішення та вирішення проблем, емоційну валідацію, роботу з перфекціонізмом та страхом помилки, техніку Дерево прийняття рішень для тривожних думок, тестування думок та дістанціювання, майндфулнес для «присутності з людиною», активацію власних ресурсів та цінностей.	Ірина 56р., остання стадія раку: «Нам пропонували операцію, хіміотерапію і ще повно всього. «Шанси продовжити життя є,» - казали вони. Я бачила, як мучиться мій чоловік, бо не знає, як правильно вчинити, ті шанси і те життя були як міраж. І ми обоє то знали. Але мені було легше, я прийняла, а він – відчував відповідальність і не смів собі дозволити «пожаліти грошей». Ми поговорили про це, спільно прийняли рішення жити так, як зараз є, знеболювати і радіти маленьким радощам, а гроші залишити дитині на майбутнє. Так було правильно. Він видихнув і примирився. Після цього мені стало легше. Ми просто жили	Коли родичі приймають рішення чи обирають спосіб долати проблему, з'являється енергія для плекання стосунку. Інформація звільняє – це правило стає дуже дієвим для пацієнта, він здобуває межі, в яких може чутись у безпеці. Якщо родичі вирішують розділити відповідальність за прийняті рішення з пацієнтом, то в більшості випадків можна відмітити позитивний результат («тепер я знаю, на що можу надіятись, і з ким боротись, за що молитись; ми можемо разом готуватись до хорошого чи поганого:



	<p>медперсоналу додому), відсутність внутрішньої мотивації боротись з хворобою чи її наслідками (чи то внаслідок незнання, чи то внаслідок катастрофізації в умовах браку інформації).</p>		<p>своє життя без «а може ще треба ...» (Після психотерапевтичних сесій з Іваном, чоловіком Ірини)</p>	<p>разом легше».</p>
<p>Тривожні розлади: тривога за здоров'я, панічний розлад, соціальна фобія («а що люди скажуть, що я віддав маму на вИрання») неприйнятт я невизначен ості та ін.</p>	<p>Система тривоги інтегрована у нашу психіку задля збереження життя. Тож, коли психіка отримує інформацію про беззаперечну загрозу – невиліковне захворювання, цілком логічно, що в системі тривоги може статись збій через надмірну активацію і пошук рішення. Кожен новий подразник (нове обстеження, інша інтерпретація, окреме слово/цифра/міміка) влучає в ціль і вмикає сигнал тривоги.</p> <p>Часто родичі мають не менше тривожних переживань, ніж пацієнт, бо саме вони, подекуди, є посередниками між лікарем і пацієнтом.</p> <p>У членів сімей паліативних пацієнтів визначається власний</p>	<p>КПТ-модель тривожних розладів дає пояснення про механізм переходу нормальної тривоги, що носить лінійний характер, у тривожний розлад, при якому тривога має циклічний характер.</p> <p>Побудова формулювання (використовуючи кероване відкриття, сократівські запитання) допомагає пацієнту відкрити та ідентифікувати специфічні підтримуючі цикли взаємодій між думками, емоціями, поведінкою, тілесними</p>	<p>Катерина (19р.) перебувала закордоном на роботі, коли дізналася про онкостатус своєї мами (пацієнтка Людмила, про яку ми вже згадували вище). Це був її перший самостійний від'їзд з дому так далеко, перебувала там лише з подругою. Звістка з дому уразила правило життя «щоб все було добре, треба покладатися на старших, особливо, на маму» і активувала глибинне переконання «я безпорадна», відбулася перша панічна атака. Згодом – інші. Розвинувся панічний розлад. Після повернення додому хвора мама, бачачи</p>	<p>Робота з тривожними розладами в умовах паліативної допомоги є особливо непростю і цінною внаслідок постійного поєднання протидії атакуванню стресових факторів і боротьби за ключові цінності: життя і його якість.</p> <p>Метафорично, у паліативному відділенні є спеціальний безлімітний «шведський стіл» для тривожності, тому вона має всі можливості набрати зайву вагу у швидкому часі.</p> <p>Навчання пацієнта</p>



	<p>спектр психологічних проблем, що включають високий рівень дистресу, почуття провини за неможливість допомогти хворому, тривогу, що вони сприймаються гарантами благополуччя пацієнтів.</p>	<p>симптомами тривоги.</p> <p>Психоедукація щодо конкретного розладу нормалізує досвід хворого та інсталує надію, надаючи інформацію про дані доказової медицини щодо можливості ефективного лікування тощо.</p> <p>Зважаючи на важливість підтримуючих циклів конкретних випадків, метою терапії є вироблення адаптивного сприйняття (корекція неадекватних когнітивних інтерпретацій класичними когнітивними техніками КПТ та поведінковими експериментами); розривання зв'язку між умовним стимулом та тривогою шляхом сприяння процесу габітуації – «звикання» і згасання тривоги при</p>	<p>страждання доньки, замовчувала власні скарги і зрощувала тривожні переживання про майбутнє дітей.</p> <p>Катерина звернулася за психотерапевтичною допомогою (завдяки рекомендації та фінансовій підтримці старшого брата) і внаслідок доброї психоедукації та роботи з глибинними переконаннями та правилами життя в короткотривалому терміні пододала панічний розлад. Це зняло велику частку напруження у сімейній системі, звільнивши простір для щирих розмов, емоційного відреагування на основну стресову подію – хворобу матері.</p> <p>Приклад того, що Катя пододала панічний розлад, що інші діти ініціювали допомогу їй, був ключовим доказом для Людмили про те, що діти впораються і допомагатимуть</p>	<p>та його оточення годувати не одну тривогу відгукується голосами вдячності інших їхніх вагомих потреб: любові, стосунку, прийняття, спонтанності і гри та ін.</p>
--	---	---	--	---



		<p>тривалій конфронтації зі стимулом (поведінкові техніки покрокової експозиції та поведінкові експерименти); та закріплення адаптивних коупінг-реакцій, котрі переведуть тривогу з циклічного процесу у лінійний, що сприятиме поступовому згасанню тривоги та редукції розладу.</p> <p>Важливим етапом є консолідація набутих пацієнтом навичок самопомоги задля попередження рецидиву.</p>	одне одному після її смерті.	
Депресія	<p>Звістка про невиліковне захворювання є шокуючою, зазвичай, і для оточення пацієнта. Залежно від власних факторів схильності, наявних ресурсів та патернів поведінки, родич чи опікун матиме власну реакцію (когнітивну, емоційну та поведінкову) на критичну подію.</p> <p>Депресія ж є, згідно певних концепцій трактування теорій</p>	<p>КПТ депресії покликана, в першу чергу, сприяти зміні мислення пацієнта, його типового способу сприйняття себе та своєї життєвої ситуації.</p> <p>Критичним місцем «прориву» з метою «вирватися» зі зляканої лабіринту депресії є власне</p>	<p>Василь, 48р., син онкохворої матері на завершальній стадії життя, перестав її відвідувати в лікарні, рідше телефонував, не хотів спілкуватись, якщо приходив, мав неохайний вигляд. Вони мали близький стосунок, жили вдвох все життя.</p> <p>Раїса, пацієнтка, дуже</p>	<p>Депресії у паліативному форматі пребагато. Напевно, для того, щоб у природній спосіб проживати горе.</p> <p>Депресія у паліативному форматі – це нормально. Бо нормально відчувати смуток, коли «бал окончен» (слова Романа,</p>



	<p>пережиття втрати, одним із етапів природнього процесу прийняття та адаптації до змін, що прийдуть вслід за діагнозом невиліковного захворювання. Тому з нею так часто доводиться боротися в контексті паліативної допомоги.</p> <p>Також вона (як і інші психопатологічні симптоми) може залежати від етапу перебігу захворювання, рівня сімейної адаптації, гендерної складової.</p>	<p>звільнення від тенденції до негативного сприйняття дійсності та потоку негативного мислення, яке зумовлює афективні симптоми та поведінкові зміни. Це відбувається разом з роботою зі схемами та переконаннями пацієнта, а також із втручаннями щодо змін у сфері поведінки.</p>	<p>переживала за нього і вмовила його піти до психолога (проте сама думала, що стала йому непотрібна, і що йому гидко дивитись на неї хвору, і він чекає її смерті, щоб якнайшвидше забути)</p> <p>Василь не ділився ні з ким своїми почуттями, бо окрім матері нікого не мав, а «їй своїх проблем вистачає». На прохання мами звернувся за психологічною допомогою. В процесі терапії багато плакав і говорив, сумував про те, що ще не сталося (про втрату), аж поки не зрозумів, що мама ще є і він може взяти від неї те, чого потребує (порад, настанов, підтримки і любові) і дати їй те, що потрібно їй (любов, прийняття її такою, примирення і надію на добре майбутнє для них обох).</p> <p>Вона допомогла йому вийти з депресії, а він їй – спокійно зустріти смерть</p>	<p>86р. пацієнта про життя після отримання статусу невиліковно хворого).</p> <p>Депресія у паліативі – не єдине з емоційної палітри переживань учасників процесу. Бо, все таки, паліативна допомога – не про вмирання, а про гідне життя аж до самого кінця.</p>
--	--	---	---	--



			(яку, до речі, він також потім у природній спосіб переживав під супроводом)	
Труднощі пережиття втрати	На процес пережиття втрати мають вплив не лише особистісні фактори (внутрішні і зовнішні ресурси, стосунок з втраченою особою, власні глибання переживання і правила життя), але й культуральні, релігійні та соціальні установки пацієнта та його оточення. Залежно від обставин ставлення до смерті можна спостерігати сприяння або перешкоди до природного процесу пережиття втрати. Існують вірування, що, наприклад, забороняють плакати, що блокує емоційне реагування, зрощує напруження, сприяє формуванню психологічних проблем. Також може бути багато тривоги, страху і стигм стосовно самої покійної особи через фізіологічні процеси (загострені риси обличчя, неприємний запах тощо) чи ритуалізацію (торкатись тільки через тканину,	Індивідуально до випадку задля інтеграції втрати необхідно здійснити психоедукацію про природній процес пережиття втрати та необхідних умов, зрозуміти перешкоди чи відсутність умов, активувати ресурси, опрацювати перешкоди (порушити підтримуючі цикли когнітивно та поведінково, скоригувати ГП і ПЖ, навчитися майфулнесу), запланувати специфічні завдання для прийняття і оплакування втрати, інтеграції стосунку з померлою особою. Важливо зберігати баланс між двома ключовими складовими процесу пережиття	Микола і Мар'яна, діти покійної пацієнти, будучи на вечорі пам'яті розповіли, що кардинально по-різному переживали втрату матері: донька була на той час поряд, а син – закордоном на роботі, повернувся через рік. Мар'яна прийняла і змогла адаптуватись до змін. Микола продовжував шукати причини/винних/знеболення /забуття. Після повернення в країну, вирішив прийти до лікарні, де померла його мати, поговорити з лікарями, можливо з сусідками по палаті, зайшов, навіть, до психолога. І сукупність всього допомогло йому інтегрувати втрату. На завершення він написав спогад і подяку у Книзі пам'яті і поділився своїм досвідом з іншими учасниками поминального	«Найважливішим для роботи з втратою є віра фахівця у життя після втрати...» (Джоані Спірінгз). Ця цитата дуже гарно резюмує психотерапевтичну роботу. Не зважаючи на власні культуральні, релігійні, особистісні установки стосовно смерті і втрати, якщо ми будемо вірити у життя після втрати, то зможемо допомогти клієнту його досягнути, навіть, якщо спосіб не буде простим.



	<p>не зав'язувати вузлів, покласти нитку поперек домовити та ін.), котрі також створюють додаткові перепони природному процесу.</p> <p>До психологічних передумов утруднення інтеграції (окрім, вище вказаних) можна віднести труднощі самооцінки, а також розлади особистості.</p>	<p>втрати: оплакування та віднова життя.</p> <p>Заключною фазою терапії буде адаптація до змін у житті: відвести втраченій особі нове місце в пам'яті, переосмислити зміст життя та власну ідентичність.</p>	<p>кола.</p> <p>Це був чуттєвий момент колективного пережиття горя за своїми рідними так, як кожен вмів чи був готовий.</p>	
--	---	--	---	--



2.3. КПТ персоналу, що надає паліативну допомогу

Концепція КПТ передбачає плекання партнерського стосунку та співпраці між клієнтом та терапевтом. Це надзвичайно важливий аспект для наслідування та застосування у медичній практиці між медперсоналом та пацієнтом. Спільне дослідження існуючих проблем сприяє порозумінню, усвідомленню деталей проблеми (іноді остання стадія раку – це не про страх смерті, а про менеджмент життєзабезпечення малолітніх дітей після втрати) та пошуку оптимальних варіантів коупінгу. Створення терапевтичного альянсу з пацієнтом є умовою залучення його до ефективної співучасті в процесі лікування. Ефективна комунікація з родиною чи найближчим оточенням пацієнта також сприяє налагодженню сприятливої психоемоційної атмосфери, що має вплив на перебіг захворювання, самопочуття пацієнта та якість життя.

Перш за все, приділимо увагу постаті лікаря як куратора усього процесу надання паліативної допомоги. В роботі лікаря велике значення мають не лише медична компетентність (клінічне обстеження, призначення та інтерпретація діагностичних тестів, призначення терапії, техніка виконання інвазивних та неінвазивних втручань і правильне заповнення медичної документації), але й дотримання етичного кодексу, комунікація з пацієнтом, залучення пацієнта до лікувального процесу. Важливо засвоїти конкретні техніки комунікації для вирішення важких ситуацій у спілкуванні з паліативними пацієнтами у реальному житті.

Лікаря дуже важливо розуміти психологічні особливості пацієнтів, що стикаються із діагнозом невиліковного захворювання. Навчитись розрізняти, який емоційний стан стоїть за поведінкою пацієнта. Планувати свій час так, щоб будувати ефективну комунікацію, приймаючи емоції пацієнта. Особливо це важливо під час етапу повідомлення діагнозу. Цю розмову варто завчасно спланувати: мати достатньо часу (більше, ніж при звичайному огляді/ візиті), приготувати місце (запросити у кабінет або подбати, щоб довкола не було зайвих слухачів/ спостерігачів), підготувати всі необхідні результати аналізів). Тоді, при розмові не поспішати, сказати про власні емоції («мені прикро, що маю розказати Вам невтішні новини», наприклад), розпитати пацієнта, що йому відомо, що він хотів би ще дізнатись (це допоможе виділити важливе для пацієнта: часовий прогност, варіанти терапії,



можливість інвалідизації тощо), повідомити основну інформацію, зробити паузу, прийняти емоції пацієнта, нормалізувати їх («більшість людей у такій ситуації відчують розгубленість/сум/ роздратування/ шок/тощо», а тоді або домовитись про нову зустріч для уточнення деталей або продовжувати бесіду про можливість медико-психологічного та соціального супроводу у даній ситуації. На цю бесіду бажано, щоб пацієнт обирав: хоче він прийти сам чи з кимось із рідних задля підтримки.

Лікарю важливо розрізнити емоції пацієнта та свої власні, щоб не «зіскакувати» в неадаптивні форми реагування. Тоді важливо пам'ятати, що маєш справу з людиною, яка відчуває фізичне або психологічне страждання. Опрацювавши емоційні реакції, можна опосередковано змінити і поведінку пацієнта, яка ймовірно заважала лікувальному процесу.

Що ж стосується іншого медичного персоналу, соціальних працівників, духівників, то правила налагодження ефективної комунікації задля турботи про пацієнта є такі ж самі: емпатичне ставлення, нормалізація емоцій, підтримка, повага, побудова партнерських стосунків.

Емпатичне ставлення – це чуйність та прийняття емоційних переживань пацієнтів, без осудження та без оцінки. Бути уважним до деталей: слів, поглядів, переведення подиху, інтонацій. Все, що може допомогти зрозуміти, як найкраще допомогти.

Нормалізація емоцій допомагає свідомо розділити особистість і її поведінку: людина кричить не тому, що погана, а тому що їй дуже боляче, наприклад. А також утримувати власний емоційний баланс: вона кричить не на мене, а тому що їй дуже боляче, а я є поряд, щоб почути про її біль. І, звичайно, після контейнерування емоцій, з'являється змога почути історію про минуле, теперішнє чи бажане майбутнє.

Підтримка не означає фраз «як я Вас розумію», «все буде добре, не переймайтеся наперед», виключає запевнення та безумовне розраджування. Підтримка передбачає фрази «я поряд, я з Вами, робімо те, що може допомогти», забезпечення виконання можливих прохань, мовчання чи підтримання бесіди, навіть, на «сторонні» теми. Саме підтримка дає пацієнту відчуття звичного життя попри паліативний антураж.



Повага і партнерство сприяють залученню пацієнта у процес в активній ролі, не як споживача послуг, а як учасника – експерта команди по збереженню чи підвищенню якості життя.

Не варто оминати увагою і адміністративний і технічний персонал, що забезпечує роботу паліативних відділень в умовах стаціонару. Вони також потребують, в першу чергу, інформаційної підтримки задля ефективного виконання своєї праці. Адже, працюючи на забезпечення паліативного догляду, необхідно бути в контексті паліативу: зокрема, розділяти цінності гідного ставлення до людини, навіть в термінальному стані, і цікавитись актуальними нормами та вимогами.

Працюючи на будь-якій ланці паліативної допомоги ватро обов'язково бути уважним до власних емоцій, щоб уникнути психологічних труднощів як емоційне вигорання, професійна деформація, утруднене пережиття втрати, тривожні розлади та ін. Щоб не втратити ціннісного орієнтиру своєї діяльності, такої важливої для людей, що стикнулись з невиліковним захворюванням лицем до лица.

3. Індивідуальний та груповий формати КПТ в процесі супроводу паліативних пацієнтів

КПТ застосовується в індивідуальному, сімейному та груповому форматах. Можна також виокремити так би мовити «самостійний формат» - коли пацієнт/клієнт користується книгами, психоедукаційними відео- та аудіо-матеріалами, мобільними додатками чи інтернет-ресурсами задля опанування навички сам собі психотерапевт.

У роботі з паліативними пацієнтами ефективними є всі формати КПТ. Однак варто враховувати специфіку кожного випадку індивідуально, щоб підібрати найкращий формат чи їхню комбінацію. Індивідуальні консультації можуть бути коротші в часі і частіше, ніж традиційно. Групові заняття передбачають додаткову організацію (бажано, щоб пацієнти були мобільними). Можуть мати психоедукаційну, корекційну, тренінгову та релаксаційну функцію. Зокрема, в групах добре шукати нові адаптивні надання значення, тренувати навички комунікації, асертивності, практикувати медитації та самоспівчуття і піклування.

У роботі з персоналом величезне значення має фахова підтримка внутрішня і зовнішня. *Інтервізія* допомагає нормалізувати власні



переживання, валідизувати емоції, скоригувати надані значення, прийняти альтернативні рішення чи вирішити проблеми. Інтервізійні зустрічі варто проводити регулярно з метою дати персоналу безпеку і межі: «що б не трапилось, Ти маєш місце і час бути вразливим і поділитись досвідом, заручитись підтримкою». Вони можуть бути моно і мультидисциплінарні.

Супервізія окрім інтервізійних цілей допомагає також отримати фахову сторонню допомогу вищого рівня. Такі зустрічі можуть проводитись за запитом або в контексті опрацювання певної теми. Вони допомагають зростати професійно: зберігати чутливість до свого стилю роботи, бачити свої сильні сторони та зважати на точки до зросту, та уникати професійної деформації.

Психоедукаційні заходи – чудовий варіант поширювати знання, «сіяти сумніви» («я знаю, що нічого не pomoже, бо я вже все поспробував, що знав»), забезпечувати профілактику психічних розладів та давати орієнтири коли і куди звертатись по допомогу у разі необхідності.

Рекреаційні заходи також можна проводити у стилі КПТ: «сократівські діалоги», майндфулнес, самоприйняття та самотурбота. Відновлення та відпочинок мають бути виокремлені як обов'язкова і важлива частка роботи працівників, що надають паліативну допомогу, зважаючи на специфіку їхньої праці. Інакше є висока ймовірність емоційного вигорання та інших психічних труднощів.

У роботі з родичами та опікунами пацієнтів доцільно проводити психоедукаційні семінари та навчальні тренінги, групи взаємодопомоги, вечори пам'яті втрачених близьких осіб. Такий формат роботи може мати вплив більш поверхневий (знямати симптоми), а не глибинних трансформацій (долати проблеми). Проте відчуття спільноти та залучення допомагають зміцнити соціальний синапс, що так важливо для підтримання психічного здоров'я.



4. Підсумкові рефлексії

Здійснювати психологічну підтримку/терапію/супровід в контексті паліативної допомоги – це історія про те, як бути... Бути в команді пліч-о-пліч з пацієнтом, родичами/опікунами/друзями, лікарем, медичним та іншим персоналом, що забезпечує надання паліативної допомоги, волонтерами у процесі протистояння між життям і смертю, між емоціями і когніціями, між реакціями і цілеспрямованою діяльністю, між зневірою і надією. Бути поруч, щоб здійснити свій маленький вплив у канві подолання стигматизації паліативної допомоги та утвердженню безумовного права мати гідне життя, навіть у термінальному стані. Бути активним і впевненим і, водночас, нейтральним і толеруючим. Бути «спостерігачем», «рятівником», «тригером», «передавачем», «сповідником», «другом», «наставником», «учнем» і спробувати ще багато можливих ролей, які присвоюють нам клієнти паліативного процесу. Бути в одному човні посеред відкритого моря у умовах примхливої погоди разом з усіма учасниками процесу надання паліативної допомоги. Бути спраглим до нових знань, активним у практикуванні професійних навичок, відкритим до зворотного зв'язку, чутливим до власного стану. Тобто, такі собі звичайні професійні будні з присмаком смерті: іноді ледь чутним і легким, іноді – зовсім навпаки.

КПТ у роботі з паліативними хворими дає добру сатисфакцію у кредит на завтра, щоб йти до праці сьогодні. Звісно, не все завжди йде по протоколу, не всі випадки успішно завершено і не всі в мирі і без наслідків прощаються з життям. Однак, такі труднощі не мають права знецінювати «маленькі перемоги» («сьогодні думаю інакше/ менше болить/ вже не злюся/ поговорили з мамою/ написала листа/ засмакував кашу/ подякував за вчасну зміну підгузника і відчинене вікно/ вирішив (не) лікуватися» та ін.) і великі досягнення (вихід з депресії, подолання тривожного розладу, прийняття хвороби і болю, покращення комунікації в родині, віднайдення спокою та нових сенсів та ін.)

За особливе ставлення до теми паліативної допомоги я дякую своїй бабусі, котра відходила від мене саме в такому форматі: гідного і природного завершення життя, підведення підсумків і роздавання своєї любові всім до остатку, нічого не залишаючи собі, щоб «легко піднятися в небо»... А я продовжую досвідчувати життя після втрати...



5. Бібліографія

- ❖ Арнод А., Гітта Я. Схема-терапія: Модель роботи з частками. 2014.
- ❖ Вестбрук Д., Кеннерлі Г., Кірк. Дж. Вступ у когнітивно-поведінкову терапію. 2014.
- ❖ Гузій О.В. Паліативна допомога в Україні: що має змінитися – Журнал «Український медичний часопис». 2018.
- ❖ Долішня Н., Мироненко О. Депресія у похилому віці: психологічні, психіатричні та соціальні проблеми - Журнал «Нейро News». №2. 2010.
- ❖ Івасюк П. Лікарі мають право та повинні призначати знеболюючі ліки – експерт. UNN - Українські Національні Новини. 2016.
- ❖ Коваль І. Особливості прояву та вираженість психічного стресу родичів інкурабельних онкологічних пацієнтів – Психосоматична медицина та загальна практика. №1. 2016.
- ❖ Кривоніс Т. Прояви тривоги та депресії у родичів пацієнтів з онкологічними захворюваннями – Scientific Journal «ScienceRise: Medical Science», №2. 2020.
- ❖ Леся Українка: листи, троянди і блакить – Журнал «Нейро News». №2. 2019.
- ❖ Романчук О. Майндфулнес орієнтована КПТ: ефективний метод попередження рецидиву депресії – Журнал «Нейро News». №3. 2012.
- ❖ Романчук. О. Когнітивно-поведінкова терапія депресії – Журнал «Нейро News». №6. 2008.
- ❖ Романчук. О. Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів: модель розуміння, терапії та емпіричні докази ефективності – Журнал «Нейро News». №4. 2012.
- ❖ Сидоренко І. Лікування афективних і тривожних розладів у осіб похилого віку – Журнал «Нейро News». №1. 2017.
- ❖ Український Центр Суспільних Даних. Паліативна допомога — що це таке? 2018.
- ❖ Український Центр Суспільних Даних. Скільки людей в Україні потребують паліативної допомоги? 2017.
- ❖ Чабан О., Хаустова О. Психічне здоров'я людей похилого віку: проблеми діагностики і терапії - Журнал «Нейро News». №2. 2013.



- ❖ Шаттенбург Л., Кульчинський Я. Психодинаміка болю – Журнал «Нейро News». №4. 2019.
- ❖ WHO Definition of Palliative Care.
<https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- ❖ Бек А. Техники когнитивної психотерапії // Московський психотерапевтичний журнал. - 1996. - № 3.
- ❖ Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная психотерапія депресії. СПб: Питер, 2003.
- ❖ Берч В., Пенман Д. Осознанная медитація. Практическое пособие по снятию боли и снижению стресса. 2014.
- ❖ Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании. 2001.
- ❖ Маккей М., Дэвис М., Фэннинг П.. Как победить стресс и депрессию. – М., СПб., Питер, 2011.
- ❖ Уильямс М., Пенман Д. Осознанность. Как обрести гармонию в нашем безумном мире. 2011.

Художня література:

- ✚ Каланіті П. Коли подих стає повітрям. 2016.
- ✚ Кіз Д. Квіти для Ельжернона. 2020.
- ✚ Кінг С. Кладовище домашніх тварин. 2015.
- ✚ Марш Г. Історії про життя, смерть і нейрохірургію. 2014.
- ✚ Шмітт Е. Оскар і Рожева Пані. 2002.
- ✚ Ялом І. Вдивляючись у сонце. Долаючи страх смерті. 2020.
- ✚ Жюллиан А. Два маленьких шага по мокрому песку. 2012.
- ✚ Тейлор Дж. Мой инсульт был мне наукой. 2012.
- ✚ Элбом М. Книга жизни. Вторники с Морри. 2005.