

«МАЛА ПСИХОТЕРАПІЯ» ЯК БАЗОВИЙ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ РЕСУРС ПРИ РОБОТІ З ПАЦІЄНТАМИ ІЗ СЕЧОКАМ'ЯНОЮ ХВОРОБОЮ

Харківська медична академія післядипломної освіти

Обґрунтовано необхідність та змістовне наповнення неспецифічних заходів медико-психологічної підтримки пацієнтів із сечокам'яною хворобою на першому етапі надання медичної допомоги. Зроблено висновок про те, що прийоми «малої психотерапії» є ефективною медико-психологічною технологією, яка дає змогу у стислі терміни і з мінімальними витратами полегшити стан пацієнта та підготувати його до проведення складних діагностичних і лікувальних процедур.

Ключові слова: «мала психотерапія», медико-психологічна підтримка, сечокам'яна хвороба.

Найпоширенішим захворюванням в урологічній практиці вважається сечокам'яна хвороба (СКХ), яка спостерігається приблизно у 3–4% усього населення земної кулі. В Україні найвища щорічна захворюваність на СКХ відзначається в Донецькій області і становить 5,3 на 10 000 населення.

Хвороба, описана ще стародавніми лікарями Гіппократом і Галеном, мала драматичну історію, пов'язану перш за все зі середньовічними способами каменерозсікання, і привертала увагу не тільки істориків медицини, але й письменників, художників, музикантів. Французький композитор Marin Marais (1656–1728) свої враження від операції каменерозсікання поклав в основу музичного твору «Tableau de l'operation de la taille» [1].

СКХ, або уролітіаз,— захворювання, морфологічним субстратом якого є утворення конкрементів у сечовивідних шляхах із супровідними змінами сечового тракту. Це захворювання характеризується безліччю етіологічних і патогенетичних факторів, належить до групи дисметаболических нефропатій [2].

Відповідно до результатів одного з проведених досліджень, опублікованих в журналі *European Urology* [3], СКХ асоційована з фізичними та психологічними ефектами, що призводять до клінічно значущого погіршення якості життя. При цьому акцентується, що існує значна кількість шляхів та кореляцій між ними, через які уролітіаз негативно впливає на якість життя. Оцінка зазначених ефектів та шляхів їх виникнення враховується при складанні плану лікування гострих та хронічних проявів СКХ, може суттєво вплинути на ефективність лікування зазначеної патології.

У світі декларованої зараз необхідності реформування медичної галузі та впровадження мультидисциплінарного підходу включення до урологічної практики ланки медико-психологічного супроводу

має важливе значення для підвищення ефективності надання спеціалізованої медичної допомоги зазначеній категорії пацієнтів.

Мета нашої роботи — обґрунтування та розробка заходів медико-психологічної підтримки хворих на СКХ на різних етапах надання їм медичної допомоги.

На базі Донецького обласного клінічного територіально-медичного об'єднання (ДОКТМО) протягом 2010–2014 рр. було обстежено 120 хворих на СКХ.

Специфіка цього захворювання та особливості надання допомоги таким пацієнтам обумовили формування кількох етапів дослідження залежно від виду урологічного лікування.

Усі обстежені надходили до стаціонару із симптоматикою гострого ниркового болю через СКХ. Після зняття больового синдрому та проведення діагностичних маніпуляцій здійснювали процедуру дистанційної літотрипсії. На другий день проводилась психодіагностика особливостей психоемоційного, особистісного і психосоціального статусу пацієнтів. Виявлені особливості та їх взаємозв'язки було розглянуто нами як мішені медико-психологічного психокорекційного впливу, що здійснювався в умовах амбулаторного нагляду протягом шести місяців і завершувався оцінкою ефективності заходів медико-психологічного супроводу.

Специфіка клінічних проявів СКХ та етапність медичних втручань, а саме: проведення на початку лікування основної терапевтичної процедури, обумовленої гострим больовим синдромом, часто неочікуваним для пацієнта, який дізнавався про наявність у нього захворювання на уролітіаз через напад, а вже потім — здійснення психодіагностичних і на основі їх результатів — психокорекційних заходів, свідчили про необхідність обов'язкового вживання неспецифічних заходів медико-психологічної підтримки якраз на першому етапі, при

підготовці до дистанційної літотрипсії, страх перед якою відчували всі хворі.

Відомо, що рівень культури лікарського прийому визначається насамперед тим, наскільки широко використовуються технології медико-психологічної підтримки пацієнта. Отже, до специфічних передумов проведення медико-психологічної підготовки при дистанційній літотрипсії відносять болючість і травматичність маніпуляцій, соматичний стан хворого, що супроводжується вираженим больовим синдромом та загальним дискомфортом. Сумніви у швидкому усуненні болю, можливі естетичні дефекти тощо викликають у хворих почуття тривоги і страху напередодні процедури.

Таким чином, основним завданням медико-психологічної роботи з пацієнтами із СКХ, що готуються до дистанційної літотрипсії, було купірування страху, тривоги і психоемоційної напруги, корекція неправильних установок хворих щодо урологічного лікування, запобігання невротичним реакціям і ятрогенним станам.

На нашу думку, медико-психологічними технологіями, що повністю відповідають запитам клінічної практики і прості у виконанні, є психоосвітня допомога та підготовка до процедури в рамках «малої психотерапії» за І. З. Вельвовським та ін. [4].

Сучасна психотерапія має значний арсенал методів, частина яких є класичними, інші ж не можуть бути детально стандартизовані, що дало підставу К. І. Платонову умовно виділити «велику» і «малу» психотерапію [5]. «Мала психотерапія» визначається як попутна, деонтологічна, що є сплавом психотерапії та медичної деонтології, покликана дотримати «психічної асептики» і очолити профілактику ятрогенних захворювань [4].

Розподіл психотерапії на «велику» і «малу» визначають ті завдання, які поставлені перед нею. Окремі психологічно і клінічно обґрунтовані прийоми «малої психотерапії» можуть стати фрагментами нових стратегій «великих» медико-психологічних заходів, забезпечуючи наступність медичної психології, деонтології, реабілітації [6].

Більшість прийомів «малої психотерапії» прості, легко реалізуються, мають наочний ефект, мобілізують активність хворих, дають їм змогу використовувати минулий досвід самовпливу, виконують функції реадaptaції і психічного захисту. Такі психотерапевтичні прийоми з профілактичною метою можуть застосовувати й здорові люди.

Таким чином, «мала психотерапія» — сукупність відносно простих психотерапевтичних (психокорекційних) методів, що застосовуються для дезактуалізації психотравмуючих переживань, мобілізації особистісних резервів хворих. Основними її завданнями є:

— навчання хворих прийомів цілеспрямованого розумового образного перетворення середовищних факторів, які можуть бути використані в лікувальному процесі;

— розширення діапазону і потенціювання екстрафармакологічного ефекту лікарських призначень;

— відпрацювання з хворими прийомів оціночної і поведінкової самокорекції для дезактуалізації окремих невротичних проявів.

Загальноприйнятої класифікації методів «малої психотерапії» на теперішній час не існує. На нашу думку, найбільш повною є класифікація, запропонована М. А. Нападковим зі співавт. [7].

I. За способом проведення: 1) гетеровплив; 2) аутовплив; 3) змішаний варіант.

II. За стилем: 1) «швидка» психотерапевтична допомога; 2) спрямована преінформація (опосередкування і потенціювання); 3) контрастні способи впливу; 4) навіювання наяву.

III. За виконанням: 1) у комбінації з методами «великої» психотерапії; 2) у вигляді окремих прийомів або фрагментів; 3) як система медико-психологічних заходів.

IV. За цільовим призначенням: 1) відволікаючі та седативні; 2) психорегулюючі і дезактуалізуючі; 3) компенсуючі і психозахисні; 4) потенціюючі і пролонгуючі.

Отже, при застосуванні технологій «малої психотерапії» під час підготовки пацієнта зі СКХ до проведення складних діагностичних маніпуляцій та процедури дистанційної літотрипсії основним механізмом лікувальної дії було пасивне навчання хворого через надання йому необхідної інформації та емоційної підтримки. Це дало змогу задовольнити його потреби і сподівання, поліпшити самопочуття. На відміну від цього на наступних стадіях зміна особистості і її установок відбувалися свідомо, шляхом активного перенавчання.

На початковому етапі надання медичної допомоги психологічні завдання були спрямовані на: блокування психоемоційних структур, що викликали у пацієнта розгубленість, страх, паніку; мобілізацію особистості на боротьбу з болем і вегетодискомфортними явищами; опосередкування і потенціювання призначень лікаря; зняття гальмових чинників при відправленні фізіологічних функцій у присутності інших хворих; зняття дискомфортних відчуттів від змушених поз спокою; стимулювання якісного сну; зняття інших минулих явищ (головний біль тощо); зрівноважування реакції на виникаючі емоційно-неприємні ситуації.

Труднощі медичних процедур на цьому етапі і вразливість психіки хворого вимагають обов'язкового дотримання деонтологічних прийомів:

— дезактуалізувати значущість наявних хворобливих проявів і за можливості переключити увагу хворого з турботи про власне здоров'я на інші соціально важливі цілі;

— усунути страх і тривогу за результати застосування клінічних методів дослідження;

— негативно не коментувати попередні етапи обстеження і лікування (якщо вони були);

— до всіх висловлювань хворого ставитися з увагою, оскільки категорична суперечка з пацієнтом підриває його довіру до лікаря і лікування;

— систематично пояснювати суть і позитивне значення всіх лікувальних заходів.

Медико-психологічна робота так само, як і будь-який інший вид медичної допомоги має проводитися диференційовано. Тому навіть на першому, екстремому, етапі медичної допомоги, ми враховували очевидні особистісні властивості хворих, використовуючи різні комунікаційно-емпатичні підходи. Так, для відносно спокійних урівноважених пацієнтів достатньо було роз'яснення сенсу основних процедур з акцентом на їх безболісність, створення позитивного контакту з хворим.

Надання напруженому пацієнту можливості висловитися та вербалізувати власні тривожні побоювання було свого роду заспокоєнням та способом відреагування на власні негативні емоції. При цьому хворого не можна питати: «Як ви себе почуваете?», допускати нескінченних повторень тих самих скарг, натомість м'яко, але непохитно відволікати його від багатослівного описання власних відчуттів зустрічними питаннями. За необхідності навіть можна перервати хворого: «Зрозуміло, говорити на цю тему більше не будемо!».

Для недовірливого пацієнта, який демонстрував сумніви, невпевненість та потребу в опіці, були необхідні часті лаконічні підтримуючі бесіди, що проводилися рішучим і впевненим тоном. Таким пацієнтам наводили приклад тих, у кого лікування вже успішно завершено (для подібних контактів спеціально підбирали хворих).

При легковажному і навіть ейфоричному ставленні до хвороби та її лікування доречним був директивний підхід до пацієнта. Звернення до нього могли бути витримані в наказовому тоні, з акцентуванням уваги на можливих ускладненнях, іноді навмисно перебільшуючи їх. Однак при цьому необхідно було також виявляти почуття міри, делікатність і обережність, щоб уникнути ятрогенії.

Особливо виваженою мала бути поведінка психолога (або іншого медичного персоналу, що опанував навички «малої» психотерапії), з підвищено чутливим або іпохондрично налаштованим пацієнтом. Тут метою медико-психологічної підтримки було підбадьорення, надання впевненості, однак без необгрунтованих запевнянь і нездійснених авансів.

Дуже складним контингентом були хворі з ригідним, прямолінійним мисленням. При роботі з ними «мала психотерапія» була спрямована на поступову й обережну корекцію їхніх уявлень про свій стан. Поєднуючи її з наполегливим, копітким навчанням, ми посилалися на думку авторитетів і результати експериментальних досліджень із високим рівнем доказовості, роз'яснювали значення термінів. Чималі труднощі були в роботі з пацієнтами, які отримували інформацію з Інтернету та іншої некваліфікованої санітарно-освітньої літератури, оскільки треба було переконати їх відмовитися від власних «напівзнань».

При роботі з демонстративними, істероїдним хворими є доречним директивний підхід. Бесіда з ними будувалася за імперативним сценарієм, щоб вони зрозуміли, що поряд зі співчуттям і співпереживанням медичний персонал знає справжню ціну їхнім скаргам.

У спілкуванні з пацієнтами, у яких спостерігалися виражені астенічні прояви або, навпаки, підвищена збудливість, прийнятним був емоційно нейтральний стиль, а з тривожними особами — підхід із демонстрацією співчуття.

Нейтральна, рівна, без виражених проявів емоційності поведінка медичного персоналу використовувалась при спілкуванні з педантичними пацієнтами, що оберегали себе від конфліктних ситуацій.

«Мала психотерапія», постулати якої було сформульовано в другій половині ХХ ст. представниками харківської школи психотерапії, дотепер залишається незаслужено незатребуваною, поступаючись місцем іншим новітнім зарубіжним психотерапевтичним підходам. Проте вона є нозоеспецифічною, простою у реалізації і ефективною медико-психологічною технологією, що дає змогу у стислі терміни і з мінімальними витратами полегшити стан пацієнта, нівелювати тривожно-фобічні прояви, психоемоційне напруження та почуття страху перед лікувально-діагностичними процедурами.

Наш досвід використання цієї медико-психологічної технології в роботі відділення рентген-ударно-хвильового дистанційного дроблення каменів та ендouroлогії, а також урологічного та поліклінічного відділень КЛПЗ «ДОКТМО» переконливо свідчить про її високу ефективність та необхідність широкого впровадження в клініку внутрішніх хвороб.

Список літератури

1. *Вошула В. И.* Мочекаменная болезнь: этиотропное и патогенетическое лечение и профилактика / В. И. Вошула // *Новости медицины и фармации.*— 2008.— № 7 (240).— С. 7–9.

2. *Домбровский Я. А.* Медикаментозное лечение мочекаменной болезни при помощи цитратной терапии / Я. А. Домбровский // Почки.— 2014.— № 1 (7).— С. 74–78.
3. Качество жизни, связанное со здоровьем, у пациентов с мочекаменной болезнью [Электронный ресурс] // European Urology.— 2012, August 62 (2).— Режим доступа: <http://uroweb.ru/db/article/kachestvo-zhizni-svyazannoe-so-zdorovem-u-patsientov-s-mochekamennoi-boleznyu>
4. Психотерапия в клинической практике / И. З. Вельвовский, Н. К. Липгарт, Е. М. Багалеи, В. И. Сухоруков.— К.: Здоровье, 1984.— 160 с.
5. *Платонов К. И.* Слово как физиологический и лечебный фактор. Вопросы теории и практики психотерапии на основе учения И. П. Павлова / К. И. Платонов.— М.: Гос. изд. мед. лит., 1962.— 530 с.
6. Малая психотерапия на курорте / А. Т. Филатов, А. А. Мартыненко, В. К. Мартыненко [и др.].— К.: Здоровье, 1983.— 56 с.
7. *Нападов М. А.* Медицинская деонтология и психотерапия в стоматологии / М. А. Нападов, В. М. Паламарчук, Э. М. Хохлов.— К.: Здоровье, 1984.— 88 с.

«МАЛАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ» КАК БАЗОВЫЙ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ РЕСУРС ПРИ РАБОТЕ С ПАЦИЕНТАМИ С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Л. А. БАЛКА

Обоснованы необходимость и содержательное наполнение неспецифических мер медико-психологической поддержки пациентов с мочекаменной болезнью на первом этапе оказания медицинской помощи. Сделан взвод о том, что приемы «малой психотерапии» являются эффективной медико-психологической технологией, позволяющей в сжатые сроки и с минимальными затратами облегчить состояние пациента и подготовить его к проведению сложных диагностических и лечебных процедур.

Ключевые слова: «малая психотерапия», медико-психологическая поддержка, мочекаменная болезнь.

«MINOR PSYCHOTHERAPY» AS A BASIC MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL RESOURCE IN UROLOGICAL PRACTICE WHEN DEALING WITH PATIENTS WITH UROLITHIASIS

L. O. BALK

The necessity and content of non-specific measures of medical and psychological support at the first stage of medical care for patients with urolithiasis, at preparing the patient to extracorporeal lithotripsy were substantiated. It is concluded that the measures «minor psychotherapy» are an effective medical and psychological technology that allows in a short time and with minimal costs to facilitate the patient and prepare him to complex diagnostic and therapeutic procedures.

Key words: «minor psychotherapy», medical and psychological support, urolithiasis.

Надійшла 01.09.2015