

Л.А. Мельник, О.В. Нечосіна, Ю.В. Пилипас, М.Г. Долинська

# Соціально-психологічна підтримка хворих на туберкульоз для формування прихильності до лікування\*

## Частина 2#

### ІV. ПЛАНУВАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ

Прихильність до лікування формується під впливом різних клінічних, психологічних і соціальних чинників. Наприклад, пацієнти можуть не дотримуватися медичних рекомендацій через недооцінку тяжкості свого стану, переконаності в безперспективності лікування, через побічні ефекти терапії, брак упевненості у професіоналізмі лікаря, через незнання про наслідки припинення лікування, фізичну безпорадність, неможливість придбання додаткових ліків. Виявлення цих чинників дає змогу зрозуміти, чому пацієнт не дотримується медичних рекомендацій, і оптимізувати лікувальну програму та передбачити послуги соціально-психологічної підтримки.

У цьому блоці інформацію буде спрямовано на виявлення (діагностику) соціально-психологічних особливостей, які зумовлюють ступінь прихильності до лікування хворих на туберкульоз (особистісні якості, тип ставлення до хвороби і ступінь усвідомлення, рівень стресостійкості, копінг-стратегії тощо), і розгляд їх у взаємозв'язку із соціальними характеристиками. Знання цих особливостей дає змогу спеціалістам планувати програму індивідуальної і групової допомоги пацієнтам із різним рівнем прихильності до лікування, враховуючи методи інформаційно-освітнього впливу для підвищення обізнаності щодо лікування туберкульозу, методик психокорекційного характеру, спрямованих на стабілізацію емоційного стану. При цьому важливо орієнтуватися на пацієнта, його актуальну життєву ситуацію, потреби і проблеми, що виникають у зв'язку із хворобою.

### Психологічні чинники, що впливають на формування прихильності до терапії

У формуванні установки пацієнта на початок і продовження лікування важливу роль відіграє те, як людина реагує на захворювання. Людина прагне до співпраці з лікарем і дотримується медичних рекомендацій тільки за усвідомлення факту захворювання та його наслідків для здоров'я, через розуміння користі лікування, що перевищує незручності, пов'язані з ним.

Правильна оцінка хворим свого стану (*гармонійний тип*) є головною запорукою формування прихильності. У цьому випадку вплив інших чинників, що знижують терапевтичну співпрацю, значно зменшується. Так, якщо пацієнт усвідомлює смертельну небезпеку хвороби або можливість інвалідизації, то, скоріш за все, він дотримуватиметься призначень лікаря, незважаючи на побічні ефекти лікування, складність лікарського режиму й економічні витрати.

У випадках мимовільного спотворення внутрішньої картини хвороби терапевтичне співробітництво погіршується. За недооцінки тяжкості хвороби (*анозогнозичний, ергопатичний, ейфорійний типи*) пацієнти применшують або повністю заперечують факт захворювання і відповідно користь лікування. Встановити контакт із такими пацієнтами і пояснити їм необхідність лікування доволі складно. Ще складніше підтримати прихильність до терапії і забезпечити дотримання медичних рекомендацій на необхідному рівні протягом усього періоду лікування. Оскільки в основі недооцінки тяжкості хвороби лежить активізація незрілої форми психологічного захисту — заперечення, цей тип внутрішньої картини хвороби поширений серед хворих молодого

\* Мельник Л.А., Нечосіна О.В., Пилипас Ю.В., Долинська М.Г. Соціально-психологічна підтримка хворих на туберкульоз для формування прихильності до лікування.— ФОР Бурнос С.О., 2017.— 112 с.

# Продовження. Початок у № 2.— 2017.— С. 97—105.

віку та у дорослих пацієнтів із рисами психічного інфантилізму. Така ситуація обов'язково потребує залучення психолога.

При мимовільному перебільшенні тяжкості хвороби (*тривожний, іпохондричний, сенситивний типи*) пацієнти шукають допомоги лікаря, охоче погоджуються на призначене лікування. Однак у подальшому прихильність до лікування часто погіршується через недостатній, на думку таких пацієнтів, успіх лікування.

Формування прихильності до терапії нерозривно пов'язане з особистісними якостями пацієнта. Домінуючі риси особистості спочатку визначають тип внутрішньої картини хвороби й установку на лікування, а в подальшому впливають на дотримання медичних рекомендацій. Люди із підвищеною тривожністю, відчуттям постійної невпевненості, схильністю до сумнівів (*тривожно-недовірливі особистості*), як правило, точно виконують розпорядження лікаря. Випадковий пропуск прийому ліків призводить до посилення тривоги, роздумів про можливі наслідки того, що сталося. Однак прихильність до терапії у таких пацієнтів формується тільки за їхньої упевненості у професіоналізмі лікаря та довірі до нього. В іншому випадку, особливо за недостатньої ефективності терапії, ці пацієнти починають звертатися до інших фахівців і часто змінюють терапію.

Люди з рисами ригідності, наполегливості в досягненні мети, упертості та егоцентризму (*застраюючий тип особистості*) чітко виконують медичні рекомендації. Бажання позбутися недуги повністю охоплює свідомість таких пацієнтів, і вони докладають усіх зусиль для одужання.

Пацієнти з *гіпертимними рисами* (людям цього типу притаманні високий рівень оптимізму, а також жадоба діяльності за можливої схильності до поверхових висновків) часто порушують приписи лікаря через легке переключення, нестійкість інтересів, недооцінку тяжкості захворювання. Поліпшення стану сприймається ними як повне одужання і можливість припинити лікування.

При переважанні *гіпотимічних рис* песимістичний настрій пацієнта сприяє формуванню прихильності до терапії внаслідок переоцінки тяжкості свого стану. Однак посилення песимізму, відчуття приреченості, розвиток депресії, до якої схильні такі люди, призводить до знецінення життя, розуміння, на їхню думку, безнадійності свого стану, безперспективності лікування і відмови від нього.

Люди із *шизоїдними рисами особистості* мають особливе ставлення до навколишнього світу, їхня позиція часто не відповідає загальноприйнятим поглядам. Встановити контакт із такими пацієн-

тами, увійти в їхню довіру непросто. Ці пацієнти надають перевагу не такому лікуванню, яке радить лікар, а такому, яке вони вважають за потрібне. Серед них поширене самолікування, засноване на медичних знаннях, отриманих із книжок і телепередач.

Деякі хворі відмовляються від лікування або не дотримуються медичних рекомендацій внаслідок негативного ставлення до ліків («таблетки — це отрута», «хімія може зашкодити здоров'ю», «потрібно лікуватися природними засобами»). Часто така позиція зумовлена особливостями виховання та культурними чинниками і тісно пов'язана зі світоглядом не тільки пацієнта, але і його родичів. Тому переконати пацієнта в помилковості його переконань і заручитися підтримкою сім'ї доволі складно. Побоювання шкідливих наслідків прийому ліків змушують хворого протидіяти терапевтичним призначенням. Якщо терапію все-таки вдалося розпочати, то поява побічних ефектів зміцнює негативне ставлення пацієнта до лікування. У деяких випадках, особливо у людей молодого віку, до браку прихильності до терапії призводить негативне ставлення до ліків родичів, а не самого пацієнта.

Звертаючись по допомогу до лікаря, людина сподівається на швидке поліпшення самопочуття. Однак можливості сучасної медицини обмежені. При захворюванні на туберкульоз суб'єктивно тяжкі симптоми захворювання зникають за відносно короткий період, проте для повного одужання необхідне тривале лікування. Важливо пояснити пацієнтові, що для досягнення бажаного ефекту терапія повинна бути тривалою. Інакше за невідповідності результатів лікування очікуванням на швидке одужання пацієнт відчуває розчарування, починає сумніватися у професіоналізмі лікаря, правильності терапії, знижується його довіра до лікаря. Пацієнти перестають дотримуватися медичних рекомендацій («навіщо садити печінку, адже мені вже краще»).

### **Соціальні чинники, що впливають на формування прихильності до терапії**

На прихильність до терапії впливає соціальний і сімейний стан пацієнта. За наявності роботи, активної соціальної позиції, через високий рівень освіти у людей формується стійка установка на одужання через побоювання зниження соціального статусу у зв'язку із хворобою. Такі пацієнти краще дотримуються медичних рекомендацій, ніж люди, що перебувають у складних життєвих обставинах. Серед них особливої уваги потребують: особи, які звільнилися із місць позбавлення волі; які вживають психоактивні речовини; внутрішньо переміщені особи; ВІЛ-позитивні; особи

Таблиця 1. Типологія комплаєнсу пацієнтів, хворих на туберкульоз

Тип комплаєнсу	Характеристика типу
Конструктивний	Усвідомлення симптомів і наслідків хвороби, установка на отримання допомоги, довіра до лікаря, стабільність під час дотримання вимог терапії
Формальний	Часткове усвідомлення хвороби, зовнішні установки на отримання допомоги, вибірковість щодо методів лікування, формальне ставлення до терапевтичних домовленостей
Пасивний	Слабкі спонукальні функції мотивів, інертність, фаталістичні установки, знецінення результатів лікування, пасивне підпорядкування лікувальним процедурам
Симбіотичний	Невпевненість в оцінці хвороби й лікування, прагнення уникнути відповідальності, тривожність, залежність від лікаря, інфантильна поведінка
Нестабільний	Спонтанність, непослідовність, недостатня організованість, амбівалентне ставлення до лікарських рекомендацій, імпульсивна поведінка
Негативістичний	Заперечення хвороби, брак емпатії, опір терапевтичним заходам і чинення дій, протилежних до вимог та очікувань лікаря
Дефіцитарний	Прояви когнітивного дефіциту, брак критики хвороби, байдужа або ейфорійна поведінка

без постійного місця проживання. Співпраця лікаря й пацієнта краща у людей, що мають сім'ю. Наявність близьких людей сприяє формуванню у пацієнта розуміння цінності життя. Деякі люди прагнуть до одужання через небажання бути тягарем для рідних. Формуванню прихильності до лікування сприяє активне залучення родичів у процес лікування.

Співпраця лікаря й пацієнта також формується краще, якщо людина знає, що в будь-який час за потреби може зв'язатися із куратором лікування по телефону (наприклад, у випадку розвитку непередбачуваних побічних дій від прийому препаратів телефонна консультація заспокоїть пацієнта і зменшить ризик пропуску прийому ліків).

Регулярність відвідувань пацієнтом медичного закладу залежить від доступності медичної служби. Багато пацієнтів ведуть активний спосіб життя, щодня працюють за графіком, тому, призначаючи прийом, лікар повинен враховувати їхній життєвий стиль. Чим простіше потрапити на прийом до лікаря, тим частіше пацієнт звертатиметься по допомогу при погіршенні стану, користуватиметься диспансерним наглядом і краще дотримуватиметься медичних рекомендацій. Людина охоче користуватиметься послугами лікарів, якщо медичний заклад розташований у зручному для неї місці, до нього легко дістатися, витративши на дорогу небагато часу й грошей, і якщо потрапити на прийом можна не чекаючи черги. Враховуючи зазначене, варто зауважити про переваги амбулаторного лікування за місцем проживання пацієнтів.

### Діагностика внутрішньої картини хвороби та визначення типу реагування пацієнта на хворобу

Для проведення діагностики внутрішньої картини хвороби та визначення типу реагування пацієнта на хворобу рекомендуємо добірку діаг-

ностичних методів. Слід звернути увагу, що такі методи використовують психологи з урахуванням ситуації пацієнта і за потреби. Перелік методів:

- Методика ТОБОЛ для виявлення типу ставлення до хвороби.
- Опитувальник А.І. Сердюка для вивчення самооцінки соціальної значимості хвороби.
- Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS).
- Опитувальник Берна «Способи подолання критичних ситуацій», спрямований на визначення превалюючих копінг-стратегій.
- Міннесотський багатопрофільний опитувальник особистості (скорочений варіант СМОЛ) для оцінки індивідуально-психологічних особливостей.
- Опитувальник Баса—Дарки для визначення рівня агресивності.
- Шкала локусу контролю Дж. Роттера для визначення рівня суб'єктивного контролю.
- Повний колірний тест Люшера для визначення характеристики внутрішніх диспозицій.

Також для побудови прихильності до терапії важливо розрізняти типологію комплаєнсу пацієнтів, хворих на туберкульоз (табл. 1).

Психодіагностичними критеріями зазначених типів є показники ступеня:

- інформованості про методи лікування;
- довіри до лікаря;
- психоемоційного стану пацієнта;
- задоволеності терапевтичними результатами;
- готовності до змін у поведінці, необхідних для видужання;
- підтримки з боку сім'ї.

Для проведення діагностики пацієнта у Додатку 5 наведена форма анкети, яку можна застосовувати на початку роботи із пацієнтом та для моніторингу змін під час завершення роботи.

Планування роботи із пацієнтом відбувається за встановленою формою, яка передбачена для

відповідного фахівця, який працює в закладі охорони здоров'я або центрі/організації соціального спрямування.

### **Форми й види допомоги для формування та збереження прихильності до лікування**

З метою формування й збереження прихильності до лікування необхідно використовувати об'єднання ресурсів фахівців і пацієнта, його рідних для спільного вирішення конкретних лікувальних завдань.

Терапевтичну співпрацю можна вважати оптимальною, якщо мету й завдання лікувального процесу його учасники однаково усвідомлюють та правильно трактують і кожен відповідальний за виконання своїх зобов'язань. Проте слід враховувати особистісні риси хворих на туберкульоз, які можуть ускладнювати процес прийняття діагнозу, усвідомлення необхідності лікування та стабілізацію досягнутих терапевтичних результатів.

### **Підходи до формування та оптимізації співпраці й прихильності до лікування:**

- *Освітні програми* спрямовані на надання хворому інформації про захворювання, його причини, наслідки, методи лікування, навчання хворого способам розпізнавання погіршення стану та особливостям поведінки у зв'язку із хворобою. На такому принципі засновані школи пацієнтів. Навчання можуть проводити лікарі, психологи або медичні сестри залежно від поставлених завдань.
- *Індивідуальний підхід до кожного клієнта* перш за все полягає у залученні останнього до підбору зручного режиму прийому ліків і включення цього режиму в життєвий стиль людини. Призначаючи лікування, необхідно дати пацієнтові чіткі інструкції щодо прийому ліків (зокрема письмові) і переконатися, що пацієнт зрозумів їх. Спрощення лікарського режиму, облік розпорядку дня і життєвого стилю особливо важливі для працюючих, соціально активних хворих. Для більшого залучення хворих у процес лікування рекомендується запропонувати заповнювати щоденник пацієнта «Мій шлях до одужання»<sup>1</sup>.
- *Формування партнерства й довіри між лікарем та хворим* відіграє важливу роль у дотриманні медичних рекомендацій. Якщо хворий не довіряє лікареві, швидше за все він не тільки не дотримуватиметься його рекомендацій, а й відмовиться від його допомоги. Хворий

охоче виконуватиме призначення лікаря, якщо взаємини між ними відповідатимуть очікуванням хворого. Крім того, пацієнт повинен бути впевнений у професіоналізмі фахівця. Оскільки хворий завжди розраховує на хороші міжособистісні стосунки із лікарем, бесіду з ним слід проводити ввічливо і шанобливо. Для формування партнерства й довіри необхідно враховувати побажання хворого і за можливості використовувати їх під час вироблення тактики лікування.

- *Оптимізації терапевтичної співпраці* сприяють регулярні огляди хворого при диспансерному спостереженні. Нагадування про майбутній візит, наприклад за допомогою телефонного дзвінка, допомагає залучити хворого у процес взаємодії з лікарем і підвищити ефективність диспансерного спостереження. Якщо хворий пропустив відвідування лікаря, то потрібно зв'язатися з ним і дізнатися про причини пропуску візиту. За необхідності пацієнт повинен мати змогу для позачергового візиту до лікаря. У процес диспансерного спостереження повинні бути залучені медичні сестри, в обов'язки яких може входити активний патронаж хворого.
- *Залучення сім'ї до процесу лікування* в багатьох випадках важливіше, ніж участь самого лікаря або хворого. Так у пацієнтів із неприйняттям діагнозу, браком критики до свого стану, вираженими депресивними симптомами саме родичі можуть контролювати дотримання медичних рекомендацій. У всіх випадках істотну роль відіграє психологічна підтримка хворого, яку можуть надати близькі йому люди. Залучення сім'ї має відбуватися за згоди пацієнта.
- *Методи поведінкового навчання чи корекції* (зменшення ризикованої поведінки).
- *Методи поведінкової терапії* полягають у використанні методів позитивного підкріплення відвідування ДОТ-кабінету та консультацій лікаря. Можна рекомендувати пацієнтові використовувати звукові сигнали, наприклад наручних годинників або телефона, для нагадувань про необхідність відвідати ДОТ-кабінет, також можна просити рідних нагадувати про це. Плануючи схему лікування, необхідно поцікавитися про звички і розпорядок дня хворого. Наприклад, якщо пацієнт працює або навчається, можна рекомендувати відвідування ДОТ-кабінету перед роботою чи навчанням. Під час прийому ліків пацієнтам рекомендується робити позначки у «Щоденнику пацієнта», в який важливо записувати зміни у симптоматиці та самопочутті пацієнта. Це створює додаткове посилення

<sup>1</sup> Щоденник пацієнта «Мій шлях до одужання», розробник — Проект USAID «Посилення контролю за туберкульозом», 2014 р.— [http://stbcu.com.ua/wp-content/uploads/2014/06/FINAL-2014\\_05\\_01\\_Dnevnik-Pacienta\\_170x240.pdf](http://stbcu.com.ua/wp-content/uploads/2014/06/FINAL-2014_05_01_Dnevnik-Pacienta_170x240.pdf).

відчуття відповідальності пацієнта за процес видужання.

Для досягнення співпраці варто використовувати кілька методик відразу, як наприклад: організація режиму лікування, зручного для пацієнта, допомога пацієнтові у разі виникнення побічної дії препаратів, залучення до лікування родичів хворого для підтримки пацієнта.

У широкому сенсі будь-який метод, спрямований на формування та оптимізацію терапевтичної співпраці, включає в себе психотерапевтичний компонент, який іноді навіть важливіший, ніж безпосередня суть методу. Також для формування і підтримки прихильності до терапії використовують спеціальні психологічні методики, спрямовані на корекцію внутрішньої картини хвороби, особливостей особистісних рис і механізмів психологічного захисту, що перешкоджають формуванню співпраці. Психокорекцію повинен проводити підготовлений фахівець-психолог, тому що робота зі стійкими захисними механізмами, які хворий використовує для подолання стресу, пов'язаного із хворобою, призводить до фрустрації. Тому одночасно із побудовою адекватного реагування на захворювання хворий потребує психологічної підтримки у зв'язку з актуалізацією неприємної стресової інформації (визнання хвороби).

### **Психологічна допомога для формування та збереження прихильності до лікування**

Психологічна допомога у лікуванні туберкульозу — це безпосередня робота з людьми, хворими на туберкульоз, та їхніми рідними, що спрямована на розв'язання різних психологічних проблем, що перешкоджають формуванню або збереженню прихильності до лікування, а також супровід у прийнятті діагнозу та розв'язанні глибинних особистісних проблем.

Розрізняють індивідуальну, групову та сімейну форми роботи. Індивідуальне консультування — це форма спеціально організованого спілкування, у процесі якого психолог-консультант допомагає клієнтові дослідити й прояснити його життєву ситуацію, актуалізувати додаткові ресурси і здібності, щоб забезпечити проходження повного курсу лікування та знайти вихід зі складних для нього обставин.

Групове психологічне консультування — форма психологічної роботи з метою особистісного зростання кожного члена групи. У ході роботи психолог-консультант створює у групі атмосферу розуміння і співчуття щодо переживань учасників, не використовує оцінок, практикує саморозкриття, що сприяє поступовому виникненню атмосфери довіри. Усе це допома-

гає учасникам групової роботи заглиблюватися у власний досвід, досліджувати як позитивні, так і негативні його сторони, усвідомлювати і приймати їх. Досвід відкритого спілкування призводить до зміни стереотипів поведінки й до більш неупередженого та безпосереднього сприйняття, сприяє глибшому розумінню членами групи самих себе. Перенесення навичок і цінностей такого спілкування, отриманих під час групової роботи, у щоденне спілкування — один із внутрішніх психологічних ресурсів людини.

Проте варто пам'ятати, що організація групової роботи можлива в умовах інфекційної безпеки й добровільності. Важливо перед початком роботи групи провести кілька індивідуальних зустрічей із кожним клієнтом для визначення і формування вмотивованості щодо участі у групі, корекції стереотипів та упереджень щодо групової роботи, прояснення запиту на групову форму роботи. Детальніше з аспектами проведення групової роботи можна ознайомитися у розділі «Організація групової роботи з метою підвищення прихильності до терапії».

Сімейне консультування — це форма психологічної допомоги, де в ролі клієнта перебуває не одна людина, а родина. Це консультування засноване на такому розумінні про сім'ю, коли взаємодія і взаємовплив членів родини одне на одного призводять до того, що всі вони роблять свій внесок у формування сімейної проблеми та її розв'язання. Сімейний підхід дає змогу впливати на поведінку, емоції, мислення всіх членів сім'ї, перебудовуючи їх таким чином, що проблема перестає бути потрібною і ресурси сім'ї спрямовують на пошук та підтримку оптимального рішення. Сімейне консультування варто проводити лише за умови згоди пацієнта.

#### **Види психологічної допомоги:**

- *психоосвіта* відбувається безпосередньо у процесі консультування, а також на лекціях, семінарах, тренінгах шляхом розповсюдження знань та інформаційних матеріалів;
- *психодіагностика* — виявлення проблем та інших психологічних показників за допомогою спеціально розроблених методик, опитувальників, тестів, практичних вправ;
- *психологічне консультування* — це психологічна допомога людям, що перебувають у межах психологічної норми в адаптації, розвитку і розширенні особистісного потенціалу;
- *психокорекція* — це метод відновлення норми як із точки зору емоційного стану, так і з точки зору особистісних рис, а також напрацювання нових патернів поведінки й реагування, які раніше не використовували;

**До уваги!****Психологічну роботу проводять із урахуванням типів реагування на хворобу.**

Пацієнти із гармонійним типом фактично не потребують психологічної корекції. Для них достатньо підтримуючих освітніх бесід у вигляді медико-психологічного супроводу, орієнтованого на розв'язання актуальних задач терапії.

Пацієнти з ергопатичним та анозогностичним типами реагування потребують використання спеціалістом клієнт-центрованого підходу, який дає змогу пом'якшити відмінність між реальним та ідеальним «Я» пацієнта, приділити основну увагу почуттям хворого і сприяти розвитку навичок управління негативними емоціями (розпізнавання, називання й екологічне вираження), стресом, розвивати позитивні допінг-стратегії адаптації до тривалої терапії. Крім цього, окремим пацієнтам (які змушені істотно змінити стиль життя через хворобу) можна запропонувати роботу з ієрархією цінностей і провести їх переоцінку відповідно до життєвої ситуації, що склалася. Це сприятиме в подальшому побудові відповідних стратегій поведінки, що базуватимуться вже на переосмислених цінностях людини. З метою уникнення пацієнтом логічних помилок і хибних поглядів та для запобігання невротичним симптомам використовують методи когнітивної та раціональної психотерапії.

Серед пацієнтів із тривожним, неврастенічним, меланхолійним, апатичним і obsесивно-фобічним типом реагування на хворобу використовують проблемно-орієнтований підхід, у який включають елементи психодинамічного, екзистенційного й когнітивно-поведінкового підходів. Психологічну корекцію зводять до мінімізації саморуйнівного мислення (катастрофізація, чорно-біле мислення, знецінення, надузагальнення), мотивують на вироблення більш раціонального і терпимого погляду на себе й інших, на умови лікування. Важлива також орієнтація на досвід клієнта, звернення до його ресурсів, що сприяли подоланню стресових ситуацій у минулому. Проте слід пам'ятати про актуальні проблеми людини і сприяти розв'язанню конфліктів, що виникають нині. Ця група типів реагування на соматичне захворювання часто потребує тривалої психологічної роботи.

Значною профілактикою невротизації психологічного реагування на хворобу буде робота із відновлення втраченого сенсу життя через різні обставини хвороби. Механізм розвитку психологічних проблем і невротичних симптомів вбачають у моральних пошуках людини та її екзистенційній кризі, яка загострюється у період захворювання та під час тривалої терапії. Екзистенційні бесіди відновлюють або сприяють придбанню людиною втраченої духовності, свободи, відповідальності.

Для пацієнтів із сенситивним, егоцентричним, ейфоричним, параноїальним типами реагування на хворобу найбільш ефективним буде еkleктичний підхід у наданні психологічної допомоги, який включає елементи когнітивно-поведінкової, раціонально-емотивної, транзактної і гештальт-терапії. Така робота сприяє:

- 1) послабленню ригідних сценаріїв, стереотипів і створенню умов для вироблення нових, більш вільних рішень, які базуються на нових знаннях;
- 2) виявленню і корекції дисфункційних стереотипів переробки інформації та модифікації переконань в бік їхньої раціоналізації і вироблення здорової життєвої позиції («бути здоровим набагато корисніше/вигідніше, ніж бути хворим»);
- 3) усвідомленню нинішнього та взяттю відповідальності за свій життєвий шлях;
- 4) виявленню та відмові від негативних копінг-стратегій і виробленню й застосуванню позитивних.

Більшість дослідників вважають, що хворі із переліченими вище типами реагування на соматичні захворювання — найбільш тяжкі та прогностично найнесприятливіші для корекції як соматичного захворювання, так і внутрішньої картини хвороби. У всіх цих випадках потрібен довготривалий і послідовний психологічний супровід.

- *психотерапія* — метод, спрямований на розв'язання глибинних особистісних проблем і глибинну трансформацію особистості.
- **Основні принципи психологічної допомоги:**
- *принцип добровільності* означає, що зазвичай клієнт сам звертається до психолога, оскільки суб'єктивно відчуває труднощі у житті, сам потребує і шукає допомоги, тобто він мотивований на прийняття психологічної допомоги;
- *принцип партнерства*, відповідно до якого хворому надають можливість брати активну участь в аналізі свого захворювання, в обговоренні і виборі методів лікування спільно із фахівцями;
- *принцип орієнтованості на клієнта* дає змогу використовувати в лікуванні сильні сторони і можливості пацієнта, а також пошук ресурсів, необхідних для реалізації потреб клієнта;
- *принцип «дестигматизації»*, завдяки якому діагноз «туберкульоз» не розглядають у площині захворювання, що знижує можливість особистого вибору і контролю;
- *принцип доброзичливого і безоцінкового ставлення до клієнта* означає вияв теплоти й поваги, уміння прийняти клієнта таким, яким він є, не оцінюючи і не засуджуючи його норми і цінності, стиль життя, поведінку;
- *принцип конфіденційності* зустрічі означає, що психолог зберігає у таємниці все, що стосується клієнта, його особистих проблем і життєвих обставин (виняток становлять випадки, коли йдеться про загрозу для життя і здоров'я клієнта чи інших людей, про що психолог має повідомити відповідні установи і про що клієнта попереджають ще на початку роботи);

Таблиця 2. **Методи когнітивно-поведінкового підходу, гуманістичної моделі консультування та теорії мотиваційного посилення**

Назва сесії	Мета сесії
Мотивація до терапевтичної співпраці	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Встановлення відносин партнерства.</li> <li>2. З'ясування уявлень про хворобу, її симптомів та терапія.</li> <li>3. Конкретизація терапевтичних цілей.</li> <li>4. Формування уявлень про терапевтичний режим.</li> <li>5. Розгляд симптомів як мішеней терапії</li> </ol>
Корекція ставлення до хвороби та дестигматизація	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Діагностика індивідуальних особливостей і внутрішньої картини хвороби.</li> <li>2. Інформування про хворобу.</li> <li>3. Прийняття діагнозу й «декатастрофізація» (корекція фаталістичних установок).</li> <li>4. Визначення вигод тривалої фармакологічної терапії.</li> <li>5. Обговорення наслідків передчасного припинення лікування.</li> <li>6. Обговорення труднощів виконання режиму</li> </ol>
Формування мотивації прихильності до терапії	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Аналіз реальних і потенційних проблем, пов'язаних із туберкульозом легень.</li> <li>2. Виявлення мотивів збереження здоров'я та орієнтація на видужання.</li> <li>3. Формування мотивації на самоуправління процесом видужання (робота зі «Щоденником пацієнта»).</li> <li>4. Прийняття відповідальності за зміни в поведінці, що ускладнюють видужання.</li> <li>5. Усвідомлення необхідності зовнішнього контролю і підтримуючої терапії (відвідування ДОТ-кабінету та лікаря)</li> </ol>
Мотивація на довготривалій прийом ліків	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Обговорення причин вибору конкретних препаратів.</li> <li>2. Розробка сумісно із хворим довготривалої схеми прийому ліків.</li> <li>3. Інформування про очікувані ефекти дії ліків.</li> <li>4. Обговорення можливості побічних ефектів ліків та дій хворого у разі їх появи.</li> <li>5. Акцентування переваг проведення повного курсу лікування.</li> <li>6. Надання рекомендацій щодо ведення записів прийому препаратів у «Щоденник пацієнта»</li> </ol>
Тренінг самоменеджменту	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Аналіз особистісних життєвих цілей.</li> <li>2. Відпрацювання тактики цілей покладання.</li> <li>3. Розгляд чинників високого ризику припинення терапії.</li> <li>4. Розширення діапазону копінг-стратегій і самоконтролю.</li> <li>5. Складання плану відновлення</li> </ol>
Закріплення оптимальних моделей дотримання режиму	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Осмислення позитивних ефектів і труднощів терапії.</li> <li>2. Визначення головної лінії подальшого дотримання режиму.</li> <li>3. Посилення відчуття контролю над хворобою та самоефективності.</li> <li>4. Встановлення графіка відвідин лікаря.</li> <li>5. Підведення підсумків</li> </ol>

- *принцип професійної вмотивованості консультанта* означає, що він захищає інтереси клієнта, а не інших осіб чи організацій, не обирає бік жодного з учасників конфлікту, уникає упередженого ставлення;
  - *принцип відмови від порад і рецептів*, оскільки він не може брати на себе відповідальність за життя іншої людини, його завдання — посилення відповідальності клієнта за те, що з ним відбувається, спонукання його до активності в аналізі проблеми, у пошуку виходу з кризи;
  - для консультанта дуже важливо *не вступати із клієнтом у будь-які особисті стосунки*. Цей принцип означає, що психологові слід уникаати як встановлення дружніх взаємин із клієнтами, так і надання психологічної допомоги своїм друзям чи родичам. В іншому випадку консультант уже не може зберегти об'єктивну і відсторонену позицію, необхідну для ефективного розв'язання проблем клієнта.
- Методологічним підґрунтям розробленої системи психологічної допомоги є останні розробки

методів когнітивно-поведінкового підходу, гуманістичної моделі консультування та теорії мотиваційного посилення (табл. 2).

Під час надання психологічної допомоги пацієнтам із туберкульозом важливо тримати в полі зору чинники, що потребують корекції у зв'язку з їхнім впливом на прихильність до терапії:

- *Орієнтація на підтримку оптимального психологічного контакту*. У процесі тривалої терапії може виникати необхідність постійної підтримки або зміни стосунків у системі «консультант-клієнт» для досягнення необхідного рівня прихильності до терапії. Ці навички спеціаліст може розвивати, звертаючись до практики клієнт-центрованого консультування, основними методами якого є: активне слухання, прояв небайдужості й зацікавленості, орієнтація на потреби клієнта (детальніше у розділі «Алгоритм консультування»).
- *Орієнтація на корекцію дезадаптивної внутрішньої картини хвороби*, яка може змінюватися під час проведення медико-психологіч-

**До уваги!**

**Пошук ресурсів.** На етапах лікування пацієнт говорить про тяжкі переживання і труднощі, тому корисно пошукати ресурси, які допоможуть подолати їх. Ресурсами можуть бути: сильні риси характеру пацієнта, позитивний досвід подолання складних ситуацій, цінності, які дають змогу зберегти досягнуті зміни життєвої ситуації, стосунки з рідними, робота й бажання скоріше повернутися до неї, подорожі тощо. Під час пошуку ресурсів у пацієнта з'являється змога порівняти свої проблеми із минулими й теперішніми успіхами, знайти можливість опертися на самого себе. Формулюючи змогу використання того чи іншого ресурсу, спеціаліст у центр висловлювання має ставити пацієнта, а не інших людей. Наприклад, не дуже вдалим буде вислів/ «Ваш ресурс — мама». Підійде, наприклад, таке: «У цій ситуації ви як ресурс можете використовувати свої стосунки з мамою, ваше відчуття підтримки від неї». Такий акцент орієнтує пацієнта не на конкретних людей, а на способи, за допомогою яких він може отримувати цю підтримку.

**Пошук ефективних копінг-стратегій.** Копінг — це когнітивні, емоційні та поведінкові спроби подолання специфічних зовнішніх та/або внутрішніх вимог, що постійно змінюються й оцінюються, як напрута, або перевищують ресурси людини щодо їх подолання. Це форма поведінки, що виявляється у готовності до розв'язання будь-яких життєвих проблем, ситуацій, завдань. Найбільш адаптивними копінг-стратегіями є ті, які безпосередньо спрямовані на розв'язання проблемної ситуації. До таких зараховують:

1. Активний копінг — активні дії з усунення джерела стресу.
2. Планування та самоконтроль — планування своїх дій щодо проблемної ситуації, яка склалася.
3. Пошук активної соціальної підтримки — пошук допомоги, поради у свого соціального оточення, спеціалістів.
4. Позитивне тлумачення та зростання — оцінка ситуації з огляду її позитивних сторін і ставлення до неї як до одного з епізодів свого життєвого досвіду.
5. Прийняття — визнання реальності ситуації і готовність перебувати в ній стільки, скільки необхідно для її вирішення.

Інший блок копінг-стратегій також може сприяти адаптації людини у стресовій ситуації, проте він не пов'язаний із активним копінгом. До них зараховують:

1. Пошук емоційної соціальної підтримки — пошук співчуття й розуміння серед оточуючих, щоб хтось вислухав.
2. Призупинка конкуруючої діяльності — зниження активності щодо інших справ і проблем, повне зосередження на джерелі стресу з метою економії сил і ресурсів.
3. Заборона — очікування сприятливіших умов для вирішення ситуації.

Третю групу копінг-стратегій становлять ті, що не зараховують до адаптивних стратегій, проте в деяких випадках допомагають людині адаптуватися у стресовій ситуації і подолати її:

1. Фокусування на емоціях і їх вираженні — емоційне реагування у проблемній ситуації.
2. Заперечення — заперечення стресової події до тих пір, доки у людини не буде достатньо ресурсу для її опанування.
3. Ментальне відчуження — психологічне відвернення від джерела стресу через розваги, мрії, сон, релігію тощо.
4. Поведінкове відчуження — відмова від вирішення ситуації, просте слідування вказівкам зовні.

Найбільш ефективне ситуативне використання всіх трьох груп стратегій. У деяких випадках людина може самостійно подолати труднощі, що виникли, в інших випадках їй потрібна підтримка оточуючих, а іноді людина може уникнути зіткнення із проблемною ситуацією, заздалегідь оцінивши негативні наслідки такого зіткнення.

них заходів. У процесі терапії, за умов стійкого оптимального психологічного контакту, під дією отриманих результатів психологічної допомоги й зусиль пацієнта можливі поступові зміни його уявлень щодо прогнозу захворювання та можливості одужати, що призводить до зміни реакції пацієнта на хворобу, ставлення до неї.

- **Орієнтація на корекцію мотиваційної сфери** (рівня потреб, цінностей, перспектив і планів). Така корекція потрібна, тому що мета лікування повинна бути не тільки зрозуміла для пацієнта, а й прийнята ним. Тобто мета лікування стає однією із пріоритетних задач пацієнта і вбудовується у графік щоденного життя. Детальніше про методи мотиваційного посилення у розділі «Мотиваційне консультування».
- **Орієнтація на корекцію стану фрустрації**, яка може наростати поступово або виникати гостро у пацієнтів під час довготривалого процесу лікування. Це зумовлено тим, що у такому

продовжаному процесі можливі невдачі (резистентність, побічні дії, конфлікти, звільнення з роботи чи неможливість витримувати звичну життєву активність, вимушені обмеження). У зв'язку з цим можуть виникати вторинні фрустрації, які потребують своєчасного втручання психолога. Психолог повинен виявити причини, що викликали фрустрацію, оцінити реакцію на ситуацію. Зважаючи на ці чинники, психолог спрямовує роботу на пошук ефективних стратегій подолання та активізацію ресурсів людини, надає підтримку, рекомендує відвідати групи взаємопідтримки.

### **Орієнтація на корекцію системи соціально-психологічних стосунків із близькими людьми**

До підтримки прихильності до лікування пацієнта важливо долучати членів сім'ї чи близьких людей, які можуть бути істотним емоційним ресурсом та допомагати вчасно приймати меди-



**До уваги!**

**Розвиток мережі соціальної підтримки.** Запитайте, чи пацієнт повідомляв комусь із рідних про свою хворобу та чи готовий він залучити когось до процесу лікування? Кого і як саме? Наведіть приклади участі сім'ї у лікуванні зі своєї практики: *«Іноді нам здається, що своїми хворобами ми можемо створювати додаткові навантаження для наших близьких, і тому намагаємося не говорити їм. Проте саме турбуючись про нас, рідні можуть заспокоїтися і впевнитися, що з нами все гаразд. На практиці рідні можуть нагадувати про відвідини лікаря, ходити разом на прогулянки та робити дихальну гімнастику з вами, допомагати готувати їжу, разом заповнювати "Щоденник"»...*

Попросіть пацієнта подумати і назвати, якої саме підтримки він потребує, згадати тих людей, які можуть надати йому підтримку, а також мають позитивний чи негативний вплив на нього. Ця так звана карта соціальної мережі допоможе виявити як систему підтримки, що є у пацієнта, так і порушення в соціальних зв'язках. Також проаналізуйте негативні думки, які порушують використання систем підтримки (наприклад, *«я не хочу бути нав'язливим», «у них і без мене купа проблем», «хворі нікому не потрібні»*).

Попросіть записати людей, які можуть нагадувати про необхідність ведення «Щоденника пацієнта», про відвідування ДОТ-кабінету чи консультацій лікаря. Проясніть, як пацієнт ставиться до такої турботи, чи не сприймає її як нав'язливу. Якщо так, то дізнайтеся, якої саме турботи він потребує та як можна попросити у рідних виявляти саме таку турботу? Пам'ятайте, що іноді люди потребують більш емоційної підтримки від своїх рідних, ніж постійних нагадувань про прийом таблеток, що часто сприймається як контроль і недовіра. Поясніть рідним, що не слід надмірно включатися, адже так можна викликати супротив у пацієнта, бо формою протесту може стати відмова від прийому препаратів.

Також важлива ідентифікація тих, хто проти лікування і проявляє конкуруючу позицію щодо медичних працівників (*«я краще знаю, як потрібно лікуватися», «не пий цієї хімії»*). обов'язково проясніть ставлення пацієнта до такої позиції члена його сім'ї, чи поділяє він її. Якщо так, то при нагоді запросіть цього члена сім'ї на спільну консультацію, на якій відзначте його внесок в успішний результат терапії, розкажіть про хід лікування та необхідність медикаментозної терапії, раціоналізуйте страхи та приділіть увагу наявним міфам. У цій бесіді члена сім'ї необхідно перевести із конкуруючої позиції у позицію співпраці, наділивши його «владою» над певною частиною терапевтичного процесу.

Крім цього, сім'я пацієнта так само, як і сам пацієнт, проходить стадії прийняття діагнозу. І кожен член родини має свою динаміку (швидкість) та особливості. Часом коли хтось із рідних швидше усвідомлює наявність хвороби за самого пацієнта, то він включається у процес лікування активніше і стає ресурсом як для пацієнта, так і для лікарів.

Детальніше про етапи прийняття діагнозу в темі «Психологічний супровід пацієнта у прийнятті діагнозу».

каменти, долати побічні дії та астено-депресивні прояви хвороби. За потреби і згоди пацієнта консультації можна проводити в контексті сімейних чи партнерських.

Також така корекція необхідна через те, що довготривале перебування пацієнта в ситуації «хвороба» формує нові соціальні ролі хворого, що призводить до формування нового життєвого стереотипу (утримання, хворого, немічного тощо). Тому у процесі психологічної допомоги потрібна періодична корекція нових соціальних ролей. Така корекція дає змогу на різних етапах видужання регулювати відтінки й соціальні ролі пацієнта, наближати його поведінку до ситуаційно-адекватної, тобто більш повно адаптуватися і не ідентифікувати себе лише як хворого на туберкульоз, а як чоловіка, батька, сина, друга, менеджера, рибалку, любителя собак. Тобто сприяти розширенню його рольового функціонування.

### **Алгоритм консультування хворого на туберкульоз для формування прихильності до лікування (мотиваційне консультування, навчання пацієнта з питань туберкульозу тощо)**

Для створення прихильності хворого на туберкульоз до лікування пропонують використання технік «консультування».

Консультування — це сукупність процедур, спрямованих на допомогу у розв'язанні проблем і прийнятті рішень, важливих для людини на певному етапі життя.

Також консультування — це конфіденційний діалог між фахівцем і пацієнтом з метою визначення проблем пацієнта, надання йому необхідної інформації й допомоги у подоланні стресу і прийнятті рішень щодо подальших дій та лікування.

Взаємодія «клієнт — консультант» побудована таким чином, що створюється безпечна атмосфера довіри, яка сприяє змінам. Консультування — це процес взаємодії двох чи більше людей в атмосфері довіри, коли спеціальні знання консультанта спрямовані на надання психологічної допомоги клієнтові чи групі клієнтів для стабілізації емоційного стану, оперативного розв'язання проблем, виявлення особистісних ресурсів чи створення перспективних програм розвитку.

Завдання під час консультування хворого на туберкульоз:

- надання емоційної підтримки (прийняти проблему в тому вигляді, в якому вона існує для людини);
- підтримка пацієнта і допомога у прийнятті й виконанні інформованого рішення;

- мотивація пацієнта пройти курс лікування повністю;
- профілактика передачі туберкульозу.

**Типи консультування, які може використовувати консультант, що працює із клієнтами з діагнозом «туберкульоз»:**

1. *Підтримуюче консультування.* Використовують, коли клієнти потребують емоційної, психологічної підтримки. Основа такого консультування — активне слухання, розуміння, прийняття й відображення того, що людина говорить і відчуває (емпатія).

2. *Інформаційне консультування.* Як правило, використовують для надання клієнтові інформації з потрібної йому теми. Консультант надає вичерпну і правильну інформацію в доступній формі, уникаючи прямих порад та рекомендацій щодо подальших дій або поведінки. Складовою такого консультування є переадресація в партнерські організації або до певних фахівців.

3. *Освітнє консультування.* Цей тип консультування може об'єднувати елементи підтримуючого та інформаційного консультування. Основна мета такого консультування — надання нової вичерпної інформації про туберкульоз, режим лікування, навчання. При проведенні навчання слід висловлювати думки просто й зрозуміло, постійно повторюючи ключові тези і не застосовуючи складні терміни. Консультування можна проводити із використанням брошур, листівок та інших видань для освіти пацієнтів.

Основні питання, які слід включити у навчання пацієнтів:

- що таке туберкульоз, які шляхи його поширення;
- яким чином здійснюють лікування туберкульозу, які існують фази лікування;
- чому важливо не пропускати прийом ліків і дотримуватися схеми лікування;
- що потрібно робити, щоб не заразити оточуючих; гігієна кашлю (як правильно кашляти);
- які можуть бути побічні ефекти від лікування і які дії у разі виникнення побічних ефектів;
- якого режиму слід дотримуватися під час лікування (який розпорядок дня, фізичні навантаження, як потрібно харчуватися під час лікування);
- як стежити за вагою, температурою тіла і чому це важливо;
- у яких випадках та за яких симптомів важливо консультуватися з лікарем.

Також варто надати пацієнтові інформацію про різні додаткові соціальні та психологічні послуги, які можна отримати за потреби (особливо у разі виникнення певних життєвих труднощів).

4. *Кризове консультування.* Використовують для допомоги людині, яка у цей момент перебу-

ває у стані стресу, опинившись у критичній ситуації. Оскільки людина відчуває при цьому різні переживання та емоції, її ситуація вимагає негайного реагування і швидкого рішення, часто із залученням інших фахівців. Тому консультант повинен мати список імен і контактних даних (бажано телефонні номери) різних служб, установ та конкретних фахівців, які можуть надати допомогу у критичній ситуації (наприклад, поліція, служба у справах дітей, кризовий центр, адвокат, медичний персонал, психолог тощо).

5. *Мотиваційне консультування.* Використовують з метою активації системи стимулів (мотивів), які спонукають людину до дії або бездіяльності. Це включає усвідомлення наявності проблеми, пошук шляхів змін, а згодом — чітке дотримання цієї стратегії змін.

6. *Проблемно-орієнтоване консультування (ПО-консультування).* Якщо розглядати консультування у призмі лікування туберкульозу, прихильності до такого лікування, то в цій ситуації доречно використовувати підхід проблемно-орієнтованого консультування, в рамках якого надають допомогу, безпосередньо пов'язану із проблемами пацієнта і його усвідомленим ставленням до цих проблем. Відмінними рисами проблемно-орієнтованого консультування є розв'язання конкретної проблеми пацієнта, навчання його способам самостійного подолання проблемних ситуацій, виявлення ресурсів для розв'язання проблеми.

Головна мета проблемно-орієнтованого консультування — поліпшення вмінь пацієнта розв'язувати свої проблеми. Після визначення проблеми відбувається постановка мети і планування подальших дій. Основне завдання — досягнення розуміння своєї проблеми пацієнтом й оволодіння такими стратегіями подолання, які дали б йому змогу після завершення процесу консультування більш успішно справлятися із труднощами і самостійно працювати над своїми проблемами. Проблемно-орієнтоване консультування націлене на усвідомлення й виявлення доволі типових перешкод, накопичених навколо і всередині людини, які вона вважає частиною себе.

**Принципи проблемно-орієнтованого консультування:**

- орієнтованість на проблему;
- орієнтованість на пацієнта;
- орієнтованість на пошук рішення;
- поєднання різних методів;
- структурованість.

*Орієнтованість на проблему:* консультант спільно з пацієнтом обирає головну проблему з-поміж тих, з якими в конкретний період людини зіткнулася у житті. Потім визначають реаль-

**До уваги!**

Емпатія — це здатність розуміти і відчувати те саме, що переживає, відчуває інша людина, тобто здатність відчувати себе на місці іншої людини.

ну можливість її розв'язання за обмежений період часу.

*Орієнтованість на пацієнта:* спрямованість роботи визначають як розумінням проблеми пацієнтом і його уявленням про мету консультування, так і міркуваннями консультанта. Теорії і ціннісні переваги консультанта відходять на задній план, а на перший виходить спільно обрана мета.

*Орієнтованість на пошук рішення:* консультант акцентує на способах розв'язання, на можливостях подолання проблеми, позитивних аспектах життя людини, активує та розробляє ресурси, сприяє виробленню позитивних копінг-стратегій.

*Поєднання різних методів:* у рамках суто практичного підходу до проблем пацієнта використовують елементи тих методів, які можуть сприяти розв'язанню тієї чи іншої проблеми найближчим часом. Методи, що застосовують у проблемно-орієнтованому консультуванні, спрямовані на активізацію свідомості, зміну схем мислення й установок, розв'язання проблем, зміну поведінки, розкриття почуттів, зняття напруги і поліпшення сприйняття пацієнтом свого тіла, підтримку пацієнта і послідовних змін у ньому.

*Структурованість:* для досягнення поставленої мети за обмежений час процес консультування необхідно структурувати, розділити на етапи, кожен із яких матиме своє завдання.

Кожна зустріч із пацієнтом повинна включати елементи мотиваційної бесіди, спрямовані на підтримку прихильності до лікування. Тому детальніше розглянемо цей вид взаємодії.

*Мотиваційна бесіда* — це засіб для пробудження внутрішньої мотивації клієнта до змін. Провідний принцип такої взаємодії — створення помітного дисонансу або протиріччя між нинішньою поведінкою та важливими особистісними цілями й цінностями людини. Один із методів досягнення цього — спонукання клієнта до оцінки власного ставлення до хвороби, її впливу, пошуку фактів, які б свідчили, що відмова від повного курсу лікування — це проблема, визнання потреби у змінах, які б сприяли успіху лікування та готовності змінюватися. Консультант намагається показати пацієнтові, що будь-які рішення, які він постановляє, це передусім його рішення.

Мотиваційне консультування — це не техніка або шлях обману для примусу людей робити те, чого вони не хочуть. Консультант не примушує пацієнта визнавати, що він має серйозні пробле-

ми і потребує змін. Замість цього консультант намагається допомогти пацієнтові реалістично оцінити власну ситуацію.

Мотиваційне консультування базується на чотирьох основоположних принципах:

1. *Виявляти емпатію.* Уміле рефлексивне вислуховування — основа налагодження контакту, а прийняття сприяє змінам.

2. *Розвивати амбівалентність/протиріччя пацієнта.* Амбівалентність пацієнта є нормою. Потрібно допомагати пацієнтові усвідомлювати наслідки амбівалентності, розвивати протиріччя між нинішньою поведінкою та істотними цілями. Це сприяє змінам і не посилює опору пацієнта. Проте важливо, щоб пацієнт сам пропонував аргументи до змін.

3. *Аналізувати опір пацієнта,* уникати конфронтації. Опір пацієнта — сигнал до зміни стратегії поведінки. Важливо вміло використовувати цей опір (не протистояти, а приєднуватися), уникати засудження, критики, таврування, зміцувати сприйняття пацієнта до більш позитивного (рефреймінг). Як показує досвід, конфронтація із переконаннями пацієнта непродуктивна.

4. *Підтримувати внутрішні резерви пацієнта.* Вітати, але не нав'язувати нові перспективи, якщо їх ініціює пацієнт, — потрібно вірити в його компетентність. Пацієнт відповідальний за власний вибір і можливі зміни у собі, тому необхідно визнавати його свободу вибору. Слід підживлювати надію на можливість реалізації альтернативних підходів до розв'язання проблем.

### **Інструменти мотивації пацієнтів із діагнозом «туберкульоз»**

До інструментів матеріального характеру зараховують:

- сприяння отриманню пацієнтом, що перебуває у складних життєвих обставинах, певних пільг, гуманітарної допомоги, продовольчих наборів тощо;
- допомога у працевлаштуванні когось із членів сім'ї;
- пошук спонсорів для покривання витрат на транспорт або підвіз ліків додому, для покращення житлово-побутових умов.

До інструментів соціально-психологічного характеру зараховують:

- отримання консультацій психолога;

- залучення членів сім'ї до процесу терапії та проведення сімейних бесід;
- залучення до освітньої школи пацієнта і групи взаємопідтримки;
- організація перенаправлення до інших фахівців чи структур. До інструментів адміністративного характеру зараховують:
- організацію стаціонарного лікування за неможливості проходити підтримуючу фазу терапії вдома;
- можливість видачі препаратів із собою, якщо пацієнт їде у відрядження чи відпустку на певний термін;
- надання послуг контролюваного лікування за місцем проживання.

Поведінкові втручання – систематизовані заходи просвітницького, навчального та підтримувального характеру, спрямовані на формування поведінки, необхідної для успіху лікування.

Головний принцип зміни поведінки полягає у тому, що така зміна – це природний процес. Він може бути усвідомленим та неусвідомленим. Людина несвідомо змінює свою поведінку під впливом обставин, які мають для неї функціонально важливе або життєво важливе значення. Людина свідомо міняє поведінку, коли зміни пов'язані із чимось важливим і цінним, тобто за наявності усвідомленого інтересу.

Формування й підтримка прихильності до терапії спрямована переважно на зміну поведінки та соціального становища пацієнта. Відомо, що рішення щодо зміни деяких видів поведінки дається людині нелегко. Доволі часто люди заявляють про свої наміри пройти повний курс медикаментозної терапії, але на рівні поведінки це не відповідає дійсності, або ж роблять кроки до змін непослідовно чи нерішуче. Нерідко людина може довгий час перебувати у стані роздумів і сумнівів щодо того, змінювати поведінку чи ні. Іноді, постановивши рішення, людина раптом передумує ще до того, як встигає зробити перші кроки. Таким чином, процес зміни поведінки складається із двох компонентів: 1) роздумів щодо зміни поведінки; 2) зміни поведінки.

Обдумування зміни поведінки включає:

- усвідомлення проблеми (людина отримує нову інформацію про наслідки своєї поведінки або про переваги нової поведінки, що змушує її замислитися);
- емоційні переживання через проблему (переживання емоцій різної інтенсивності через наслідки своєї поведінки, дії або бездіяльності та бажання результатів внаслідок нової поведінки);
- усвідомлення впливу поведінки на інших людей, особливо близьких;



Рисунок. Стадії зміни поведінки (за Джеймсом Прохаска та Карлом Ді Клементе)

- переосмислення власних цінностей і пріоритетів (людина намагається з'ясувати, чому саме її не задовольняє така поведінка або що змінить нова поведінка);
- оцінка власних і соціальних ресурсів (людина обдумує, чи вистачить у неї сил для змін, які додаткові переваги від оточення, яке може стимулювати людину змінити поведінку, та яка підтримка зміни поведінки з боку соціального оточення можлива).

Зміна поведінки включає:

- активізацію власних ресурсів (самозаохочення до активних дій, готовність до дій із метою зміни поведінки);
- формування підтримуючих стосунків (налагодження контакту з іншими людьми та обговорення з ними зміни поведінки);
- створення умов, які сприяють зміні поведінки й закріпленню нової поведінки (дії або бездіяльності);
- створення системи заохочення підтримки зміненої поведінки;
- формування нової моделі поведінки та її закріплення.

Для глибшого розуміння стратегій консультативної роботи з людьми із високим ризиком переривання курсу терапії необхідно розглянути етапи змін, які проходить людина, змінюючи поведінку. Ці зміни поведінки американські фахівці Джеймс Прохаска та Карло Ді Клементе зображають у вигляді руху по колу (рисунок).

Людина на етапі незацікавленості у зміні способу життя не помічає або не бажає помічати негативних наслідків нинішньої поведінки. Такою поведінкою може бути не лише відмова чи

пропуск прийому ліків, а й зловживання алкоголем, нездорове харчування, небажання робити реабілітаційну зарядку тощо. Яким повинне бути втручання психолога або медичних та соціальних працівників на такому етапі життя людини? Найперше — жодного засудження, проте й не слід потурати шкідливому способу життя. Поведінка людини — це її вибір. Тому приймаючи людину як особистість, яка може обирати спосіб життя, необхідно спробувати похитнути її віру, змусити сумніватися у виборі шкідливої поведінки. Допомогти у цьому може надання об'єктивної інформації (без залякування та перебільшення) про наслідки такої поведінки, вказування на вже очевидні негативні прояви для людини, насажуючи прикладами інших та надавши адреси організацій, де можна отримати додаткову допомогу.

Якщо людина вирішила змінити свою поведінку, то наступний етап, який вона пройде, — це роздуми про зміну. Цей етап характеризується ваганнями щодо зміни, які пояснюються амбівалентністю людини, вона не впевнена, що ліки їй допоможуть, що їх необхідно вживати впродовж довгого періоду, що побічні дії тимчасові. Для цього із пацієнтом необхідно обговорити переваги та недоліки можливих наслідків змін. Якщо людина не бачитиме позитиву у тривалому лікуванні, то завдання спеціаліста — допомогти виявити чинники, які сприятимуть постановленню рішення про необхідність дотримання прихильності до лікування.

На етапі підготовки до змін надзвичайно важливе обговорення бар'єрів, які потрібно буде здолати, та планування змін. Пацієнт має обдумати, чого він хоче, як він досягне мети, хто йому допоможе у цьому і які для цього необхідні ресурси. Важливо, щоб людина побачила перед собою чіткий план дій, який можна почати виконувати вже зараз. Слід зауважити, що план — не догма, він може зазнавати змін, що залежать від нинішньої ситуації пацієнта. Так, пацієнт, перебуваючи на етапі підтримуючої терапії, скоріш за все плануватиме повернення у соціум: вихід на роботу, налагодження контактів із сім'єю, організацію системи підтримки тощо.

На етапі реалізації змін людина запроваджує зміни у своєму житті. Це доволі складний життєвий період, адже зміни сприймають як не властиві людині, не звичні для неї. Тому важливий наступний етап, нерозривно пов'язаний із попереднім, — підтримка змін. На цьому етапі необхідно подумати про систему підтримки й закріплення змін. Людина повинна чітко усвідомлювати, хто і коли зможе її підтримати у змінах. До такої системи підтримки можна залу-

чати соціальних працівників, родину пацієнта, персонал ДОТ-кабінетів, групу взаємодопомоги. Якщо була добре сформована система підтримки і процес підтримуючої терапії був тривалим, то пацієнт має всі шанси перейти на рівень безпечного способу життя.

Якщо людина не в змозі зберегти зміни, вона повертається до старого способу життя. Це відбувається з різних причин: іноді тому, що в житті людини трапляються певні особистісні злами, через які процес змін втрачає свою цінність; або тому, що зникає чи стає менш ефективною підтримка оточення; можливо, у людини не було адекватного усвідомлення, яким складним і тривалим буде процес лікування. Важливо пам'ятати, що рецидив — це нормально, це не катастрофа, а новий досвід, який необхідно оцінити, врахувати і виробити рекомендації надалі. До того ж рецидив не неминучий, але при цьому він — це частина усього процесу.

Втрата прихильності до лікування асоціюється із ситуаціями підвищеного ризику, які можуть підпадати під такі категорії: негативні емоційні стани, які важко подолати (сум, агресія, депресія, сором); міжособистісні конфлікти; соціальний тиск. Важлива також профілактика через навчання, як упоратися із ситуаціями підвищеного ризику.

Оскільки етапи змін зображені у вигляді руху по колу, то через зрив людина рухається знову до етапу роздумів про зміну. Але ситуація зриву може бути настільки деморалізуючою, що пацієнт втратить віру в можливість позитивних змін і повернеться до етапу незацікавленості в зміні ризикованого способу життя.

Таким чином, люди просуюються вперед або назад стадіями змін, проводячи різну кількість часу на кожній стадії. Але люди, які успішно змінили спосіб життя, — проходять усі стадії. Дії консультанта щодо підтримки змін у поведінці клієнта мають базуватися на розумінні того, що допомагає людині рухатися від етапу до етапу на шляху до змін. На початкових етапах змін роздуми про ситуацію і можливість/необхідність/бажаність змін допомагають просуватися вперед. На наступних етапах вже зміна поведінки просуває людину вперед до результату. Консультант має прагнути допомогти клієнтові усвідомити зміни як процес дій, а не як миттєвий результат або як здійснення бажання. Важливо утримувати клієнта від негайного переходу до необдуманих дій, допомагати йому ухвалювати рішення на підставі ретельного зважування усіх «за» і «проти» змін, обдумувати свої кроки, насажувати щодо можливості реалізувати зміни та застерігати від можливих труднощів.

На різних етапах зміни поведінки необхідні різні втручання. Зважаючи на модель, розробляють мету та стратегії участі консультанта залежно від того, на якій стадії перебуває клієнт. Найважливіше завдання консультанта — встановити, на якій стадії зміни поведінки перебуває клієнт, визначити його рівень мотивації щодо змін та на основі результатів спо-

стережень обрати відповідну стратегію консультування. Якщо стратегія обрана невдало, консультант витратить більше зусиль на просування клієнта до змін, ніж цього вимагала б ситуація, при цьому клієнт, вірогідно, чинитиме опір надмірним зусиллям консультанта. Тому важливо пам'ятати про принцип адекватності втручання.

*Далі буде*