

ОБҐРУНТУВАННЯ ЗАГАЛЬНИХ ЗАСАД МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА СЕЧОКАМ'ЯНУ ХВОРОБУ ОДНІЄЇ АБО ЄДИНОЇ НИРКИ

Харківська медична академія післядипломної освіти

Для обґрунтування загальних засад медико-психологічного супроводу хворих із сечокам'яною хворобою однієї або єдиної нирки на базі урологічного відділення Донецького територіально-медичного об'єднання протягом 2010–2014 рр. комплексно обстежено 120 пацієнтів. В результаті дослідження сформульовано загальні засади та визначено основні напрями медико-психологічної роботи з даним контингентом пацієнтів.

Ключові слова: сечокам'яна хвороба, медико-психологічна підтримка.

На сучасному етапі є важливим питання підвищення ролі системної медико-психологічної допомоги в соматичній медицині. В Україні розробляються та впроваджуються у клінічну практику певні системи психологічної допомоги соматичному хворому та значущому для нього оточенню, що є проривом медичної психології не лише на рівні теорії, а й практики. Медична психологія у цьому сенсі має потужний потенціал для вирішення багатьох практичних проблем сучасної медицини, орієнтованої на якість життя хворого [1–3].

Метою роботи є обґрунтування та формулювання загальних засад медико-психологічної допомоги хворим на сечокам'яну хворобу (СКХ) однієї або єдиної нирки зі спрямуванням психокорекційного впливу на виявлені чинники їх дезадаптації.

Для розробки засад медико-психологічної допомоги цій категорії хворих на базі урологічного відділення Донецького територіально-медичного об'єднання протягом 2010–2014 рр. було обстежено 120 пацієнтів.

Дизайн дослідження передбачав наявність кількох етапів залежно від виду медичної урологічної допомоги і включав психоосвітні, психодіагностичні й психокорекційні заходи.

Усі обстежені надходили на лікування із симптоматикою гострого ниркового болю, спричиненого СКХ. Після зняття больового синдрому та проведення діагностичних маніпуляцій, перед здійсненням дистанційної літотрипсії усім пацієнтам надавалась психоосвітня допомога та медико-психологічна підготовка до процедури в рамках «малої психотерапії» за І. З. Вельвовським [4, 5].

На другий день після дистанційної літотрипсії виконувалася психодіагностика, що включала визначення особливостей психоемоційного статусу, індивідуально-психологічних і психосоціальних особливостей пацієнтів. Виявлені особливості та їх взаємозв'язки були розглянуті нами як мішені

медико-психологічного психокорекційного впливу, який починали здійснювати з третього-четвертого дня після літотрипсії, проводили в умовах амбулаторного нагляду протягом шести місяців та завершували оцінкою ефективності заходів медико-психологічного супроводу.

Психологічна корекція хворих на СКХ повинна розпочинатися з дійсного тлумачення хвороби, яке передбачає до певної міри знання про страждання, біль, тривоги з акцентом на наявне психоемоційне тло цього захворювання. За результатами власних досліджень та екскурсу в наукову літературу була отримана можливість надати узагальнену характеристику внутрішнього світу хворих. Можна зазначити, що «підсвідоме» хворого сповнене складними, виключно індивідуальними бажаннями, страхами, потребами, символами.

Характеризуючи «домагання Я особистості» хворого, можна зазначити, що його місце в системі проблем обумовлене турботою про власну безпеку, коли свідомість перебуває в скутому стані. Замкненість у собі зі своїми проблемами підтверджує інтровертованість. Характер руху особистості в просторі власного життя обмежений. Відзначаються «заціпеніння», «невихід» за межі того, що пропонують обставини. У хворих простежується потреба «символічно» виразити себе, але «скромно», «астенічно», з відтінком песимістичності.

У ставленні пацієнта до перешкод на життєвому шляху є символізм певної готовності мати справу з незнайомими речами, вирішувати власні проблеми, що саме по собі є гарантом успішності у перспективі медико-психологічного супроводу. Однак хворі не готові «ламати» перешкоди, вони відчують брак перетворюючої активності.

Працюючи з хворими із СКХ однієї нирки, треба усвідомлювати поняття адаптації. Так, за нашим розумінням, адаптація — це процес входження у згоду із зовнішнім світом, з одного боку,

і зі своїми власними унікальними психологічними характеристиками — з іншого, що передбачає здатність розпізнавати суб'єктивні образи, образи зовнішнього світу, а також уміння ефективно впливати на середовище. Тому ефективний медико-психологічний супровід має будуватися на образній сфері пацієнтів, використанні творчої сили для поліпшення психічної регуляції, поглиблення самопізнання, створення індивідуального бачення будь-яких ситуацій, зокрема, знаходження виходу з важких ситуацій, усвідомлення наявності вибору, перевірки варіантів у підході до проблеми «виявлення підводних каменів». Образи ефективно використовуються в психодіагностичних цілях, полегшуючи розуміння внутрішнього світу хворого. Трансформація образів у процесі психокорекції є індикатором напрямів змін, що відбуваються. Образи допомагають знайти потрібний корекційний процес у кожен момент лікування.

Образи — це те головне, за допомогою чого неусвідомлюване (у тому числі і те, що підпадає під гіпотетичне поняття «надсвідомості») здатне інтегруватися з «життям свідомості» (що посилює, як зазвичай підкреслюється, можливість інтуїтивних «образних підказок»). Тому творча робота з образною сферою здатна допомогти хворому розібратися у своєрідності власного «патерну захисних механізмів». Так, образи можуть показати тенденцію до самопокарання (аутоагресія у зв'язку з «ретрофлексією»); у мріях і спогадах можна побачити «фіксацію», «інтродекцію» і багато інших захисних механізмів. Особливе значення має багатогранна робота з проєкцією (від психотерапевтичної до світоглядної).

Оскільки актуалізації адекватних образів заважають психологічні захисти, особливого значення набувають символічні образи — чудові посередники в упорядкуванні досвіду. При символізації образи, «задовольняючи» бажання, можуть бути головним виразником нагальних, критичних, але поки ще прихованих від усвідомлення ідей. Символічні образи з'являються водночас і як результат уникнення усвідомлення неприємного. У результаті суб'єктивний світ може наповнюватися тривожними фантазіями, спотвореними спогадами (в тому числі і про сновидіння).

Окремим питанням роботи із образною сферою є те, що вона відображає функціонування підсвідомих психодинамічних патернів контролю. Зокрема, саморегуляція на рівні неусвідомлюваних образів у чомусь є ідентичною материнському контролю. Тому робота з образною сферою здатна виправляти психодинаміку. Водночас, працюючи з образною сферою, необхідно пам'ятати, що не можна «ламати» дію захисних механізмів.

Образну сферу можна вважати головним посередником між психотерапевтом і хворим, причому

акцент робиться на недирективній взаємодії. Трансформація образів у процесі терапії може бути індикатором напрямку змін, що відбуваються. Тому незаперечна перевага використання образів у психотерапії як основі медико-психологічного супроводу полягає в тому, що вони допомагають знайти потрібний корекційний процес у певний момент, дають змогу «програвати варіанти».

Аналіз взаємозв'язків показників клініко-патопсихологічних, індивідуально-психологічних і психосоціальних особливостей у хворих із СКХ однієї або єдиної нирки виявив істотний внесок суб'єктивних чинників як в етіологію, так і в патогенез патологічного процесу, а саме [6]:

стереотипність соціальної поведінки у фруструючих ситуаціях, переважання зовнішньої спрямованості реагування (які є зовні демонстрованими й маскують істинні внутрішні реакції);

ставлення до оточення із прив'язкою до «супільних стандартів і норм поведінки»: хворі схильні до неврахування власних емоційно неприйнятних думок і запобігають їм за допомогою розвитку у себе протилежних цим бажанням установок при зниженні для себе значущості причин, що викликали психотравмуючу ситуацію.

За результатами проведених досліджень було встановлено, що почуття провини, агресивні тенденції і залежність пацієнтів від оточення тісно взаємопов'язані. Те, як вони працюють із трикутником «вина — агресія — залежність», визначає найширший спектр переживань, гармонійних або деструктивних психічних станів, а також особливості неусвідомлюваного «життєвого сценарію» і перешкоди до духовного розвитку.

За результатами факторного аналізу усіх показників було виділено відносно незалежні, узагальнені характеристики, які згруповано у чинники дезадаптації, що виявились характерними для пацієнтів із СКХ єдиної нирки. Такі чинники включають [3]: А — порушення адекватної родинної взаємодії, викривлення психоемоційного стану, зниження працездатності; В — завищені показники спонтанності, незадоволеності фізичним станом, реакції поведінки у фруструючих ситуаціях; слабко виражену особистісну автономність, контактність, гнучкість, що характеризує їх дезінтеграцію; С — незадоволеність взаєминами з родиною, друзями, матеріальним становищем, взаємовідносинами з представниками протилежної статі, психоемоційним станом, суб'єктивне неблагополуччя формують ситуативні дезадаптуючі впливи; D — фіксацію на перешкоді у фруструючих ситуаціях, незадоволеність взаєминами з дітьми, способом життя, внутрішньо-родинними відносинами; діагностується пасивна захисна поведінка в дезадаптуючому соціальному контексті.

Індивідуально-психологічними і психосоціальними мішенями медико-психологічного супроводу цього контингенту хворих є [7]:

1) високий рівень алекситимії, що зумовлює наявність дезінтеграції емоційної сфери та схильність до психосоматичного деструктивного відреагування;

2) превалювання проявів психологічної дезадаптації інтерпсихічної спрямованості, що обумовлює неадекватну оцінку хвороби та заважає консолідації особистісних ресурсних можливостей;

3) високий ресурс сімейної підтримки, більший у пацієнтів із СКХ єдиної нирки, та недооцінка джерел підтримки друзів і значущих інших осіб;

4) більш значне порівняно з іншими ураження таких сфер якості життя, як фізичне благополуччя, соціоемоційна підтримка, працездатність, загальне сприйняття якості життя, на тлі його вираженого зниження.

Психокорекційну роботу у рамках медико-психологічного супроводу з подолання «алекситимічного бар'єру» можна подати таким чином. Основним принципом психологічної корекції алекситимії, стрижневим змістом психологічного впливу є опора на невербальні засоби спілкування. Цей зміст реалізується повною мірою, якщо попереду є стадія релаксації і певна дидактична спрямованість занять, а логічним продовженням служить актуалізація внутрішніх діалогів. Стадія релаксації є не лише підготовчим етапом подолання алекситимії, а й станом, що дає змогу знизити тонус гладкої мускулатури сечоводу і відповідно сприяє виведенню сольових фрагментів. Релаксуючими прийомами служать: аутогенне тренування, музичні сеанси, психогімнастичні прийоми. При цьому повною мірою реалізується усвідомлення власного почуття. В умовах групи добре проходить усвідомлення пацієнтом себе в ситуації спілкування.

За результатами дослідження особистісної тривожності, соціальної підтримки, якості життя можна узагальнити таку думку: пацієнти стикаються з безліччю подій, які зовсім не викликають стресу. Їх проблема полягає в тому, що вони не в змозі відсторонитися від цього, дозволяючи панувати негативно зарядженим думкам і почуттям протягом усього дня до такої міри, що втрачають можливість отримати задоволення від гарних моментів, які трапляються набагато частіше. Навіть перебуваючи в лікарні, вони пропускають ті моменти, які могли б швидко відновити сили і допомогти розслабитися. Розум виявляється не в змозі вільно переключатися з одного враження на інше.

Отже, за результатами власних досліджень нами сформульовано наступні засади медико-пси-

хологічної допомоги пацієнтам із СКХ однієї або єдиної нирки [6].

1. Медико-психологічний вплив необхідно будувати у напрямі нівелювання негативних наслідків базового психологічного/емоційного відчуття тривоги, яке у більшості хворих стає фоном для виникнення проблем в інших сферах функціонування.

2. Необхідно більше уваги приділяти терапії не лише власне соматичного стану, а також психологічному і психічному стану хворого та їх наслідкам із метою відновлення відчуття психологічного й емоційного благополуччя.

3. Обов'язкове відновлення так званих складних об'єктів терапевтичного впливу, а саме — самообслуговування й незалежності у діях, оскільки вони залежать від сукупних об'єктивних умов мікросоціального та макросоціального середовища.

4. Для подолання існуючих та профілактики нових проблем у сферах суспільної та службової підтримки необхідно застосовувати заходи психосоціальної спрямованості з підвищенням мотивації хворого на досягнення соціально значущих цілей.

5. Медико-психологічне втручання повинно обов'язково спиратися на показник загального сприйняття якості життя, а не лише на оцінку окремих сфер функціонування.

Загальними напрямками медико-психологічної роботи із зазначеним контингентом пацієнтів вважаємо такі [7]:

а) сприяння усвідомленню власного здоров'я як найбільшої цінності;

б) формування здатності брати на себе відповідальність за своє здоров'я;

в) ознайомлення зі специфікою емоційного й поведінкового реагування осіб із високим рівнем алекситимії та інтрапсихічною спрямованістю особистісного реагування на хворобу, після чого — формування навичок опанування власними індивідуально-психологічними особливостями;

г) розвиток навичок поліпшення і збереження здоров'я;

г) активація саногенного потенціалу;

д) формування навичок складання й реалізації власних індивідуально-оздоровчих програм.

Список літератури

1. *Маркова М. В.* Інтеграція медичної психології в систему надання медичної допомоги хворим на тяжкі соматичні захворювання як необхідна умова оптимізації лікувального процесу / М. В. Маркова, І. Р. Мухаровська, О. В. Піонтковська // Мед. психологія.— 2014.— № 3 (35).— С. 3—6.
2. *Максименко С. Д.* Психологічна допомога тяжким соматично хворим: навч. посібн. для студ. вищ.



- навч. закл. / С. Д. Максименко, Н. Ф. Шевченко.— Ніжин: Міланік, 2007.— 115 с.
3. *Менделевич В. Д.* Клиническая и медицинская психология: практическое руководство / В. Д. Менделевич.— М.: МЕДпресс, 2001.— 592 с.
 4. Психотерапия в клинической практике / И. З. Вельвовский, Н. К. Липгарт, Е. М. Багалеи, В. И. Сухоруков.— К.: Здоровья, 1984.— 160 с.
 5. *Табачникова В. С.* Место «малой» психотерапии в коррекции невротических нарушений у больных с стоматической патологией / В. С. Табачникова // Актуальные проблемы сексологии и сексопатологии.— Харьков, 2002.— С. 169–173.
 6. *Балка Л. О.* Клініко-патопсихологічні, індивідуально-психологічні й психосоціальні чинники в генезі дезадаптації хворих на сечокам'яну хворобу одної або єдиної нирки / Л. О. Балка // Мед. психологія.— 2014.— № 3.— С. 22–29.
 7. *Балка Л. О.* Індивідуально-психологічні й психосоціальні властивості пацієнтів з сечокам'яною хворобою одної або єдиної нирки / Л. О. Балка // Мед. психологія.— 2014.— № 2.— С. 74–81.

ОБОСНОВАНИЕ ОБЩИХ ПОЛОЖЕНИЙ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ОДНОЙ ИЛИ ЕДИНСТВЕННОЙ ПОЧКИ

Л. А. БАЛКА

Для обоснования общих принципов медико-психологического сопровождения больных с мочекаменной болезнью одной или единственной почки на базе урологического отделения Донецкого территориально-медицинского объединения в течение 2010–2014 гг. комплексно обследовано 120 пациентов. В результате исследования сформулированы общие принципы и определены основные направления медико-психологической работы с данным контингентом пациентов.

Ключевые слова: мочекаменная болезнь, медико-психологическая поддержка.

BACKGROUND OF GENERAL PRINCIPLES OF MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL CARE TO PATIENTS WITH UROLITHIASIS OF ONE OR SINGLE KIDNEY

L. O. BALKА

One hundred and twenty patients underwent a comprehensive examination at Urology Department of Donetsk Territorial Medical Association in 2010–2014 to justify the general principles of medical and psychological support for patients with urolithiasis of one or single kidney. The study allowed to set up the general principles and to determine the basic directions of medical and psychological work with this patient population.

Key words: urolithiasis, medical and psychological support.

Надійшла 15.05.2015