



Глава

МЕДИКО- ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПСИХОТЕРАПИИ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

Психология диагностического и лечебного процесса

Выдающиеся представители отечественной медицины (С. П. Боткин, Н. И. Пирогов, В. М. Бехтерев и др.) положили начало развитию целостного клинико-личностного подхода к диагностике и лечению заболеваний, учитывающего психологию больного человека. Отечественная медицина все более проникалась пониманием взаимосвязи биологических, психологических и социальных факторов в происхождении, течении и лечении различных заболеваний. Биопсихосоциальная концепция болезни, принятая сегодня во всем мире, способна включить в себя наиболее ценные и оправдавшиеся на практике теории всего предыдущего этапа поисков взаимосвязей многоуровневых этиопатогенетических факторов заболевания для целостной диагностики и комплексного лечения.

Установление связей между данными анамнеза и соматического обследования — повседневная работа ВОП. Ориентация врача при этом может быть различной в зависимости от психосоматической или соматопсихической основы заболевания (Бройтигам В., Кристиан П., Рад М., 1999). Психосоматическая ориентация относится прежде всего к пациентам, у которых жалобы или соматические симптомы имеют психическую обусловленность; существенным здесь является выяснение роли психических факторов в возникновении и течении заболевания. Соматопсихическая ориентация врача касается пациентов с определенным соматическим заболеванием. Задача врача — определить роль психических влияний на болезнь, состояние и отношения больного, чтобы помочь ему в переработке внутренней картины болезни (ВКБ), совладании с нею и повышении соучастия в лечении (Ташлыков В. А., 1984). В беседе с больным обращают внимание не только на выявление соматических и психических симптомов, но и на его жизненную ситуацию и самочувствие, социальное положение и настроение.

Умение общаться, или коммуникативная компетенция ВОП, обеспечивает эффективность в решении поставленных задач. Если пациент ему доверяет, то будет выполнять назначения, пройдет все

необходимые диагностические и терапевтические процедуры. Коммуникативная компетентность предполагает наличие определенных навыков:

- устанавливать контакт;
- понимать невербальные проявления у пациента в ходе взаимодействия с ним;
- слушать;
- задавать вопросы определенного типа;
- сохранять спокойствие и уверенность;
- контролировать свои реакции.

Большое значение имеет коммуникативная толерантность, или терпимость врача, с которой он в состоянии переносить субъективно нежелательные, неприемлемые для него индивидуальные особенности пациентов, отрицательные качества, осуждаемые поступки, привычки, чуждые стили поведения и стереотипы мышления (Соловьева С. Л., 2001). Больной может вызывать разные чувства, нравиться или не нравиться, может быть приятен или неприятен врачу, но в любом случае психологическая подготовка последнего должна помочь ему справиться с ситуацией, предотвратить конфликт или возникновение неформальных отношений.

Существенным психологическим качеством ВОП, обеспечивающим оптимальную коммуникацию с больным, является эмпатия, т. е. способность к сочувствию и сопереживанию, включенность в мир переживаний пациента. Эмоциональное соучастие помогает установить оптимальный контакт с пациентом, получить более полную и точную информацию о нем, о его состоянии, внушить уверенность в компетентности врача, в адекватности осуществляемого им лечебно-диагностического процесса, вселить веру в выздоровление. Эмпатические качества врача могут быть полезны и в случаях несоответствия предъявляемых больным субъективных признаков, тех или иных симптомов объективной клинической картине заболевания: при агравации, диссимуляции и анозогнозии.

Осмотр больного, связанный с физическим контактом, осуществляется легче, если он естественно включен в процесс вербальной коммуникации. После него врач задает еще раз несколько вопросов, демонстрируя таким образом больному, что он не только исследует

соматические функции, но также придает большое значение психологической, субъективной стороне патологического процесса, учитывая личностные особенности своего пациента. Получение информации о больном предполагает умение ВОП формулировать закрытые и открытые вопросы. Закрытые вопросы используют для получения конкретной информации и обычно предполагают ответ в двух словах, подтверждение или отрицание. Открытые вопросы дают возможность углубленного, развернутого ответа, могут включать не только описание, но и оценку симптома, его субъективное значение для пациента, дополнительные подробности и детали. Для того чтобы предварительный диагноз, полученный при расспросе и осмотре пациента, стал окончательным, обычно необходимо проведение дополнительных лабораторных исследований. Задача ВОП — не только выписать соответствующие направления, но и мотивировать больного к прохождению всех необходимых диагностических процедур. Для этого, во-первых, следует убедить пациента в том, что результаты исследований важны для правильной постановки диагноза, назначения соответствующей терапии, быстрого улучшения самочувствия, выздоровления. Во-вторых, если диагностическая процедура неприятна и болезненна, необходимо в общих словах рассказать больному, в чем заключается исследование, предупредить о возможных неприятных ощущениях, с которыми тем не менее возможно и нужно справиться.

Важным психологическим элементом диагностического процесса является сообщение больному диагноза. В соответствии с имеющейся внутренней картиной болезни (ВКБ) у него есть те или иные представления о своем заболевании, его причинах, прогнозе. Но чаще его представления неопределенны, он полон тревожных мыслей, опасений и страхов. Пациент нередко ожидает не только разъяснений в отношении его болезни, но и указаний о том, что ему самому надо сделать, чтобы выздороветь, каков должен быть образ жизни. Его также интересует характер и длительность лечения, перспективы выздоровления и восстановления трудоспособности. Пациент нуждается при этом в эмоциональной поддержке, ободрении и вселении в него надежды, мотивации к соучастию в лечебном процессе.

Сообщая диагноз, необходимо говорить простым и понятным для пациента языком, избегая употребления медицинских терминов. Так, диагноз инфаркта миокарда ассоциируется у больных с угрозой для

жизни. В условиях внезапности заболевания эта мысль, ощущение боли и собственная беспомощность вызывают состояние острого эмоционального стресса, страха смерти. Вслед за этим, как правило, развивается явная или скрытая депрессия. Последняя возникает обычно у людей, для которых роль тяжелого больного психологически непереносима, и они иногда реагируют на подавляемый ими страх и депрессию психологическим защитным механизмом отрицания. Такие психические изменения при инфаркте миокарда, как депрессия, «уход в болезнь», страх перед физическим напряжением, представление о том, что возвращение на работу может причинить вред сердцу, вызвать повторный инфаркт миокарда, могут свести на нет усилия специалиста, стать препятствием для восстановления трудоспособности и решения вопросов трудоустройства. Психологические задачи лечения уже в первые часы болезни для ВОП — это устранение чувства страха у пациента при учете индивидуальной значимости психологических факторов, влияющих на его поведение в этой ситуации. Кроме общего чувства угрозы для жизни инфаркт миокарда для одного больного может означать крах творческих, профессиональных планов как главной жизненной ценности. Для другого — падение престижа, статуса мужественного и сильного человека. Для третьего — неосознаваемое оправдание стремления снять с себя ответственность за выполнение нежелаемых обязанностей и решение трудных проблем. Для успеха лечебного процесса следует с самого начала учитывать чрезмерно активную или пассивную позицию пациента.

Весьма значима роль ВОП при направлении больного на госпитализацию. Ее влияние на пациента, попадающего в совершенно новую для него социальную ситуацию, может быть различным. При госпитализации значительно изменяется образ жизни человека: больной оказывается изолированным от работы, семьи, лишен привычного круга общения и обстановки. Пациенты по-разному адаптируются к такой среде. По данным литературы, для 75% всех госпитализированных этот процесс требует 5 дней. Быстрее адаптируются пациенты, поступившие в стационар повторно. Медико-психологическая подготовка направления больного в стационар ВОП во многом определит характер ведения пациента после возвращения на лечение в амбулаторных условиях.

Существенным аспектом лечебного процесса является принятие больным лечебных предписаний врача и следование им, так называемый комплаенс. Важнейшим фактором, повышающим согласие пациента с врачом, является информирование больного о целях проводимой терапии, правилах приема лекарств, возможных побочных действиях медикаментов. Чем разнообразнее методы лечения и лекарства, рекомендуемые врачом, тем ниже уровень согласия с лечением.

Нонкомплаенс выражается в выборе больным собственного способа лечения (часто неадекватного) либо отстраненности от проводимых процедур, неверия в пользу от их проведения. Преодоление нонкомплаенса — важная задача медицинского персонала, в том числе ВОП, так как ведет к осознанному согласию выполнять медикаментозные, психотерапевтические и иные рекомендации врача, являющиеся условием эффективного лечения. Проблема мотивации пациентов к участию в лечебных и профилактических мероприятиях привлекает все большее внимание специалистов.

При хроническом течении заболевания поведение пациента после выписки из стационара зависит от особенностей его внутренней картины заболевания как системы психической адаптации к своей болезни, имеющей в своей основе механизмы психологической защиты и совладания. Если симптоматика сохраняется в течение некоторого времени, это способствует формированию и закреплению реакции тревожного ожидания, которая имеет патогенное значение в хронизации болезни, когда тревожно-депрессивная симптоматика превращается в своеобразный стиль жизни с развитием различных установок на болезнь и ее лечение. Наиболее распространенными видами возможного поведения больного являются диссимуляция и анозогнозия, «вторичная выгода (уход в болезнь)» и симуляция. При диссимуляции с целью сохранения своего прежнего статуса пациент сознательно пытается скрывать симптомы болезни и продолжать выполнять в полном объеме профессиональные, семейные и социальные обязанности. В случае анозогнозии пациент неосознанно стремится игнорировать симптомы болезни, утверждает, что он здоров и не нуждается в медицинской помощи. При «вторичной выгоде» пациент также неосознанно использует роль больного с целью привлечения внимания, сочувствия и заботы со стороны окружающих. При симуляции человек сознательно предъявляет симптомы болез-

ни, которой он не страдает, для получения определенных выгод для себя. Все эти виды поведения требуют выявления и последующей коррекции.

Таким образом, современный психологический подход в общемедицинской практике позволяет, с одной стороны, своевременно диагностировать психогенные, психосоматические расстройства и психосоциальные проблемы и конфликты у пациента с соматическим заболеванием, а с другой — более целостно и успешно проводить лечение больного с учетом его заболевания.