

ОСНОВЫ ПРИМЕНЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Мультидисциплинарная бригада

Цели

Краткосрочные

Долгосрочные



Основные подходы к определению понятия «психологическая реабилитация»

Е. И. Гусев и А. С. Кадыков

преодоление отрицательных реакций со стороны психики, восстановление нарушенных функций, социальных контактов, профессиональных навыков, возвращение больного в общество и к посильному труду

М.Н. Гордеев, Е.Н. Тимошенко

применения психологической коррекции в острый и ранний восстановительный период, когда в клинической картине наблюдаются различные психоэмоциональные нарушения (тревога, страхи, депрессия, агрессивность, негативизм и т.д.)

Мустафина Л.В.

система мероприятий, направленных на преодоление дефекта, приводящего к развитию инвалидности больного, на приспособление его к самообслуживанию и трудовой деятельности в новых условиях, возникших вследствие болезни

ЦЕЛИ **психологической реабилитации**

Обеспечение доступности и повышение качества помощи по психологической реабилитации в условиях трехуровневой системы оказания медицинской помощи



Осуществление комплексного интегрального подхода к больному человеку (инвалиду) с учетом не только клинико-биологических закономерностей болезни, но и психосоциальных факторов, особенностей окружающей его среды.

Психолог

1-й этап - тестирование

MMSE

- (Mini Mental State Examination — Краткая шкала оценки психического статуса)

CES-D

- Самоопросник для выявления депрессии

HADS

- Шкала госпитальной тревоги и депрессии

SF-36

- Опросник качества жизни

Процесс реабилитации пациентов

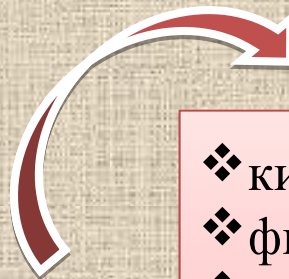
**Диагностический
модуль**



- ❖ клинический
- ❖ психологический
- ❖ лабораторный
- ❖ нейрофизиологический
- ❖ биомеханический
- ❖ лучевой диагностики



**Реабилитационные
модуль**



- ❖ кинезотерапия
- ❖ физиолечение (в т.ч. бальнеотерапия)
- ❖ рефлексотерапия
- ❖ эрготерапия
- ❖ психологическое сопровождение
- ❖ медикаментозное лечение
- ❖ логопедия
- ❖ мануальная терапия
- ❖ школа Здоровья

**Психологические факторы,
оказывающие значительное влияние на
возникновение и течение заболеваний**

Эмоциональные состояния

- Многочисленными исследованиями последних лет
- (Бокерия Л. А., Киселева М. Г., 2011)
 - доказан тот факт, что наиболее значимыми являются
- **депрессия, тревога, агрессивность, алекситимия (Rozanski A., 1999).**

- Значительно более типичными для *кардиологической практики* являются нарушения психической адаптации, сопровождающиеся
- $\approx$ нарушения психической адаптации с преобладанием **сомато-вегетативных проявлений**;
- $\approx$ нарушения психической адаптации с преобладанием **тревоги**;
- $\approx$ нарушения психической адаптации с преобладанием угнетенного настроения (**депрессивных проявлений**).

Нарушения психической адаптации

Тревога, тревожность

- **Тревога** как состояния является базовым для определения тревожности как свойства личности:
- **тревожность** — это «склонность индивида к переживанию тревоги, характеризующаяся низким порогом возникновения реакции тревоги»
- (Петровский А. В., Ярошевский М. Г., 1998, с. 407).

**Выделяют следующие
варианты нарушений
эмоционально сферы:
тревожно-фобические,
тревожно-депрессивные:**

- **Фобические расстройства.**

- **Фобическая тревога имеет отчетливую** фабулу и возникает в связи со специфическими ситуациями (или их ожиданием), объектами, предметами, сопряжена с избегающим поведением, по механизмам научения усиливающим фобические переживания.
- **Паническое расстройство-** *непредсказуемые и не*
- связанные с определенными ситуациями и обстоятельствами **приступы острой тревоги.**
- Приступ развивается с внезапного сердцебиения, ощущения удушья, головокружения с **вторичными страхами смерти** и потери самоконтроля.
- **Генерализованная тревога** *проявляется хроническим проявлением (более 6 месяцев)*
- эмоциональном напряжении, постоянной обеспокоенностью, подверженностью неопределенным опасениям, предчувствиями

Последствия снижения тревоги

- ослабление сигнальной функции тревоги,
- формирование ложного представления об излечении
- пренебрежение профилактическими мероприятиями,
- отказ от медикаментозной терапии,
- возврат к нездоровому образу жизни
- ухудшение течения болезни.

**НАРУШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ
АДАПТАЦИИ
С ПРЕОБЛАДАНИЕМ
ДЕПРЕССИВНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ**

Депрессия

- В современном понимании депрессия представляет собой **психическое расстройство**, характеризующееся патологически сниженным настроением (гипотимией) с негативной, пессимистической оценкой себя, своего положения в окружающей действительности и своего будущего (Смулевич А. Б., 2001).

Прогностическое значение депрессии

- определяется тем фактом, что при ее наличии частота внезапных
- сердечных смертей в несколько раз выше, чем при ее отсутствии
- (Винокур В. А., 2008).

- К основным психологическим факторам, которые связывают с состоянием соматического здоровья, в последнее время также относят **враждебность и агрессию**.
- существует точка зрения, что следует не устанавливать четких границ между этими явлениями, а рассматривать **враждебность** как устойчивую комплексную личностную черту, подразумевающую обесценивание мотивов и личностных качеств других людей, ощущение себя в оппозиции к окружающим и желание причинить им определенный ущерб

Враждебность и агрессия **(Винокур В. А., 2008).**

АЛЕКСИТИМИЯ

- **комплекс когнитивно-аффективных свойств личности,**
 - заключающийся в неспособности к эмоциональному резонансу, словесному выражению своих чувств,
 - сочетающийся с «оперативным мышлением» (Sifneos P. E., 1972)
- и предусматривающий определенный (предположительно, конституционально обусловленный) изъян в когнитивной сфере.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ УСТАНОВКИ ПАЦИЕНТОВ

*ИЛИ
ЗАЧЕМ ПАЦИЕНТУ
БОЛЕТЬ?*

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ УСТАНОВКИ ВЛИЯЮТ НА:



Боли

Двигательную активность (координация,
мышечный тонус, праксис, выносливость,
силу)

Дыхание, АД, ЧСС

Речь

Слух

Глотание

Память



ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ УСТАНОВКИ

работают на бессознательном уровне и с трудом поддаются сознательной коррекции

например

Паническая
атака

Психогенная
гипертензия

Б
Бессознательно считываются знаки от мимики, жестов, интонации, поз и движений.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ УСТАНОВКИ не бросаются в глаза, о них не знает и сам пациент, их трудно выявить без психологической диагностики

Например:

у пациента ОНМК, его родственник умер от инсульта.
Возможно, это случилось в детстве пациента и он не
вспомнит об этом эпизоде в обычной беседе.

Пациент дисциплинированно лечится, но верит в то, что должен умереть, так как «от инсульта умирают».

Соответственно установке пациент демонстрирует **соматические феномены**, не связанные с основным заболеванием.

ПРИМЕР



Пациент перенес ОНМК, мужчина 68 лет.

Повышен тонус в правой ноге, парез 3 балла.

При восстановлении ходьбы **упал**, отказывается вставать, ходить, после упражнений в ноге **нарастает** тонус, ночью **плохо спит** из-за судорог в ноге.

•Выявлено **нежелание** выписываться из стационара.

Пациент одинокий, боится что из-за плохой мобильности не сможет открыть дверь и **умрет дома в одиночестве**.

Психологическая установка: умрет дома в одиночестве.

КОРРЕКЦИЯ



С пациентом проработана ситуация –вызова дальней родственницы по телефону, запасные ключи у соседей, страх переведен в ресурс восстановления ходьбы на дистанцию равную домашнему расстоянию от кровати до двери.

•На третий день пациент самостоятельно доходил до туалета и далее. Тонус снизился, парез снизился до 4 баллов, сон нормализовался, жалоб на судороги нет.

ПРИМЕР



Женщина, 47 лет, ОНМК. Легкая дизартрия, парез 3 балла в стопе и кисти слева. Не может заниматься ЛФК из-за головокружения, нестабильного АД. От упражнений нарастает тонус. Туалет не посещает, пользуется памперсом. Формально сотрудничает, не конфликтна, но активности не проявляет, в основном лежит. Когнитивные функции в норме.

•Выявлено –пациентка **в состоянии развода с мужем**. Инициатор пациентка, причина –измена мужа. Инсульт случился за день до развода. Теперь муж приходит в больницу каждый день, ухаживает, просит прощение.

Психологическая установка: никому не нужна, отчаяние.

КОРРЕКЦИЯ



После выявления ситуации пациентка активизировалась, головокружение, нестабильность АД нормализовались.

2 вопрос

Внутренняя картина болезни у пациентов.

*Реакции личности, типы отношения человека к
нарушению функций.
Мотивированность пациентов.*

Внутренняя картина болезни (ВКБ).

Внутренняя картина болезни – это сложный комплекс представлений, переживаний и идей, своеобразно отражающие в психике больного патологические процессы и связанные с ними условия жизни, определяемые патологией.

В структуре внутренней картины болезни различают 4 уровня:

- 1. Чувствительная сторона** – это комплекс болезненных и других неприятных ощущений;
- 2. Интеллектуальная сторона** – представление о болезни пациентом, её реальная оценка;
- 3. Эмоциональная сторона** – это то, как человек переживает болезнь. Это своеобразная окраска страха, чувства тревоги, эйфории.
- 4. Поведенческая (волевая) сторона** – это все связанное с усилиями, прилагаемыми или нет для того, чтобы справиться с болезнью.

ВКБ обуславливают факторы:

- 1. Характер заболевания:** Определяет отношение и поведение к болезни.
 - А) Наличие или отсутствие боли;
 - Б) Наличие или отсутствие косметических дефектов;
 - В) Наличие или отсутствие ограничения подвижности; Г) требуемое лечение;

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ
ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ
(ВКБ)



12 типов отношения к болезни
по А.Е.Личко и Н.Я.Иванову (1980)

ТИПЫ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ

I

ГАРМОНИЧНЫЙ (Г) **(РЕАЛИСТИЧНЫЙ, ВЗВЕШЕННЫЙ):**

Оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть, но и без недооценки тяжести болезни.

Стремление во всем активно содействовать успеху лечения.

Стремление облегчить близким тяготы ухода за собой.

В случае понимания неблагоприятного прогноза заболевания – переключение интересов на те области жизни, которые останутся доступными больному, сосредоточение внимания на своих делах, заботе о близких

II

ЭРГОПАТИЧЕСКИЙ (Р) (СТЕНИЧЕСКИЙ) **“УХОД ОТ БОЛЕЗНИ В РАБОТУ”**

Характерно сверхответственное, подчас одержимое, стеничное отношение к работе, которое в ряде случаев выражено еще в большей степени, чем до болезни.

Избирательное отношение к обследованию и лечению, обусловленное, прежде всего стремлением, несмотря на тяжесть заболевания, продолжать работу.

Стремление во что бы то ни стало сохранить профессиональный статус и возможность продолжения активной трудовой

деятельности в прежнем качестве •

III

АНОЗОГНОЗИЧЕСКИЙ (З) (ЭЙФОРИЧЕСКИЙ):

Активнее отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях, вплоть до отрицания очевидного. При признании болезни – отбрасывание мыслей о возможных ее последствиях.

Отчетливые тенденции рассматривать симптомы болезни как проявления "несерьезных" заболеваний или случайных колебаний самочувствия.

В связи с этим нередко характерны отказ от врачебного обследования и лечения, желание “разобраться самому” и “обойтись своими средствами”, надежда на то, что “само все обойдется”.

ТИПЫ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ

IV

ТРЕВОЖНЫЙ (Т) (ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЙ):

Непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений неэффективности и даже опасности лечения. Поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни и методах лечения, поиск “авторитетов”, частая смена лечащего врача. В отличие от ипохондрического типа отношения к болезни, в большей степени выражен интерес к объективным данным (результаты анализов, заключения специалистов), нежели к субъективным ощущениям. Поэтому – предпочтение слушать о проявлениях заболевания у других, а не предъявлять без конца свои жалобы. Настроение тревожное. Как следствие тревоги – угнетенность настроения и психической активности.

IV

ТРЕВОЖНЫЙ (Т) (ОБСЕССИВНО-ФОБИЧЕСКИЙ):

При обсессивно-фобическом варианте этого типа – тревожная мнительность, которая, прежде всего, касается опасений не реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а также возможных (но малообоснованных) неудач в жизни; работе, взаимоотношениях с близкими в связи с болезнью.

Воображаемые опасности волнуют более чем реальные.

Защитой от тревоги становятся приметы и ритуалы.

V

ИПОХОНДРИЧЕСКИЙ (И):

Чрезмерное сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. Стремление постоянно рассказывать о них врачам, медперсоналу и окружающим.

Преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий. Преувеличение неприятных ощущений в связи с побочными действиями лекарств и диагностических процедур.

Сочетание желания лечиться и не верия в успех, постоянных требований тщательного обследования у авторитетных специалистов и боязни вреда и болезненности процедур.

VI

НЕВРАСТЕНИЧЕСКИЙ (Н) :-

Поведение по типу “раздражительной слабости”. Вспышки раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения.

Раздражение нередко изливается на первого попавшегося и завершается раскаянием и угрызениями совести.

Неумение и нежелание терпеть болевые ощущения. Нетерпеливость в обследовании и лечении, неспособность терпеливо ждать облегчения.

В последующем – критическое отношение к своим поступкам и необдуманым словам, просьбы о прощении.

VII

МЕЛАНХОЛИЧЕСКИЙ (М) (ВИТАЛЬНО-ТОСКЛИВЫЙ):

Сверхудрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения.

Активные депрессивные высказывания вплоть до суицидных мыслей.

Пессимистический взгляд на все вокруг.

Сомнение в успехе лечения даже при благоприятных объективных данных и удовлетворительном самочувствии.

ТИПЫ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ

VIII **АПАТИЧЕСКИЙ (А):**

Полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения.

Пассивное подчинение процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны.

Утрата интереса к жизни, ко всему, что ранее волновало.

Вялость и апатия в поведении, деятельности и межличностных отношениях.

IX **СЕНСИТИВНЫЙ (С):**

Чрезмерная ранимость, уязвимость, озабоченность возможными неблагоприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения о болезни.

Опасения, что окружающие станут жалеть, считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться, распускать сплетни и неблагоприятные слухи о причине и природе болезни и даже избегать общения с больным.

Боязнь стать обузой для близких из-за болезни и неблагоприятного отношения с их стороны в связи с этим.

Колебания настроения, связанные, главным образом, с межличностными контактами.

X **Эгоцентрический (Э)** **(ИСТЕРОИДНЫЙ):**

Принятие болезни и поиски выгод в связи с болезнью. Выставление напоказ близким окружающим своих страданий и переживаний с целью вызвать сочувствие и полностью завладеть их вниманием.

Требование исключительной заботы о себе в ущерб другим делам и и заботам, полное невнимание к близким. Разговоры с окружающими быстро переводит на «себя».

Эмоциональная нестабильность и непредсказуемость.

ТИПЫ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ

XI

ПАРАНОЙЯЛЬНЫЙ (П) :

Уверенность, что болезнь – результат внешних причин, чьего-то злого умысла.

Крайняя подозрительность и настороженность к разговорам о себе, к лекарствам и процедурам.

Стремление приписывать возможные осложнения или побочные действия лекарств халатности или злему умыслу врачей и персонала.

Обвинения и требования наказаний в связи с этим

XII

ДИСФОРИЧЕСКИЙ (Д) (агрессивный) :

Доминирует гневливо-мрачное, озлобленное настроение, постоянный угрюмый и недовольный вид.

Зависть и ненависть к здоровым, включая родных и близких.

Вспышки озлобленности со склонностью винить в своей болезни других.

Требование особого внимания к себе и подозрительность к процедурам и лечению.

Агрессивное, подчас деспотическое отношение к близким, требование во всем угождать.

ТИПЫ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ

**АКТУАЛЬНОСТЬ
психологической
реабилитации**

*Коррекция
депрессии, страха
перед физическим
напряжением
являющихся
основной причиной,
препятствующей
возвращению
человека к труду*

О
С
У
Щ
Е
С
Т
В
Л
Е
Н
И
Е

*Коррекция
психических
нарушений
оказывающих
неблагоприятное
воздействие на течение
основного заболевания,
нарушающих
функционирование
различных органов.*

Психологической коррекции установки «уход в болезнь»,
психологической реакции на болезнь, оказывающих влияние
пациента на отношения к врачебным рекомендациям,
определяющих уровень социальной активности после болезни или
инвалидности.

Методические основы применения психотерапии

Основы психотерапевтической и психологической помощи больным

Динамическое направление

Цель: выявление роли интрапсихических *конфликтов* в механизмах возникновения *психических конфликтов*, психических расстройств, являющихся результатом динамической и часто бессознательной борьбы противоречивых моментов внутри личности



Когнитивно - поведенческое

Цель: выявление патогенных (т. е. ошибочных) мыслей, убеждений, предположений, ожиданий, которые предшествуют патологическим (неадекватным) чувствам (депрессии, страху) или поведению.



Экзистенциально-гуманистическое направление

Цель: формирование осознания ответственности человека за формирование собственного внутреннего мира и выбор жизненного пути

Психотерапия – метод лечения больного психологическим воздействием.

Метод в психотерапии – общий принцип лечения и коррекции.

- **Направление** – совокупность методов, объединенным общим принципом или подходом.

*Динамическое
направление*

*Когнитивно-
поведенческое*

*Экзистенциально-
гуманистическое
направление*

Основными целями психотерапии в кардиологической практике являются:

- *осознание больным своей роли в успешном лечении и реабилитации;
- *коррекция неправильных реакций на болезнь (отрицания, ухода в болезнь, безразличия и др.);
- *стимуляция активности больного в преодолении заболевания;
- *создание системы **психологической** поддержки больному и условий для исправления неадекватного отношения к болезни, мешающего проведению эффективного лечения.

Психодинамические методы

метод
свободных
ассоциаций

ЦЕЛЬ

Метод интерпретация
терапевтом переноса,
сопротивления и
сновидений клиента

помочь людям с генерализованным тревожным расстройством

помочь тревожным клиентам обнаружить и разрешить детские
проблемы взаимоотношений, которые продолжают
поддерживать высокий уровень тревоги в зрелом возрасте

Методические основы применения психотерапии в реабилитации

Психодинамические методы



Эти методы основаны на концентрации приоритетной роли интрапсихических *конфликтов* в механизмах возникновения *психических конфликтов* психических расстройств, являющихся результатом динамической и часто бессознательной борьбы противоречивых моментов внутри личности;
Психодинамические методы направлены на выявление и устранение подобных конфликтов.

Классический психоанализ Фрейда представляет собой «разговорную терапию».

Лечение есть встреча равных людей, а не лекарство, прописываемое специалистом

Улучшение у пациентов наступает само по себе, если терапевт создает правильные условия

Обязательным условием является установление отношения принятия и поддержки.

Методические основы применения психотерапии в реабилитации

КОГНИТИВНЫЕ МЕТОДЫ

Когнитивная часть психотерапии направлена на обнаружение патогенных (т. е. ошибочных) мыслей, убеждений, предположений, ожиданий, которые предшествуют патологическим (неадекватным) чувствам (депрессии, страху) или поведению.

Беседа с больным

Активное стимулирование его усилий, направленных на преодоление болезни, и на перестройку поведения

Эмоциональная
реакция

Метод рациональной (от лат. ratio – разум) психотерапии. В основе его лежит психотерапевтическое убеждение путем использования логической аргументации с целью изменения неадекватных установок и оценок больным своего заболевания

Техника рациональной психотерапии сводится к беседе с больным, во время которой врач разъясняет ему в доступной форме причину и механизмы возникновения заболевания, объясняет, что имеющиеся у него нарушения обратимы, призывает больного изменить свое отношение к волнующим его событиям окружающее обстановки, перестать фиксировать *внимание* на симптоме болезни.

Методические основы применения психотерапии в реабилитации

Психотерапия изменения поведения пациента

Разработана на базе бихевиоризма (от англ. Behavior – поведение) – учения о формировании, закреплении, исчезновении привычек, навыков, поведенческих форм реагирования.

Бихевиоральная (поведенческая) психотерапия является симптоматической и строится как процесс угасания нежелательного и моделирование нового поведения, в основе ее лежит научение и тренинг, которые помогают добиваться снижения тревоги и страха при столкновении (конфронтации) с пугающей ситуацией.

Разнообразные методики поведенческой психотерапии направлены на выработку новых (адекватных) навыков и форм поведения вместо патологических

систематическая
десенсибилизация

аверсивная
психотерапия

парадоксальная
интенция

Методические основы применения экзистенциально-гуманистического направления психотерапии в реабилитации

Цель: осознание ответственности человека за формирование собственного внутреннего мира и выбор жизненного пути.

Используется в кардиологии психотерапевтический метод — экзистенциальный анализ, или **дазайнализ**.

Сущность которого заключается в познании пациентом своих возможностей, необходимых для решения проблем, с которыми он столкнулся.

Выздоровление понимается лишь как восстановление способности к саморазвитию

Врач помогает найти пациенту выход из мира невротического или психотического, «потерянного», «ошибочного», «искаженного» способа существования в мир выздоровления.

Экзистенциальный
аналитик изучает
РЕЧЬ,
ПИСЬМЕННУЮ
ПРОДУКЦИЮ

Экзистенциальный
аналитик изучает
СВОБОДНЫЕ
АССОЦИИАЦИИ

Экзистенциальный
аналитик
РЕКОНСТРУИРУЕТ
АВТОБИОГРАФИЮ

Основные приемы
психотерапии в русле
гештальттерапии

*Чаще всего мы видим не то, что
есть, а то, что готовы увидеть*







Фредерик Перлз (1893 - 1970)
- немецкий, американский
психолог, основатель
гештальт-терапии.

Gestalt – от нем. образ,
форма, структура,
завершенность.

- *Вы пришли в этот мир не для того, чтобы жить в соответствии с моими ожиданиями.*
- *Так же, как и я пришел сюда не для того, чтобы оправдать ваши.*
- *Если мы встретимся и поладим - это прекрасно. Если же нет, то ничего не поделаешь.*

Человек воспринимает, чувствует и действует одновременно!

- **Человек – есть целостность, а не сумма ощущений, мыслей, действий.**
- **Акт восприятия невозможно рассматривать в отрыве от поведения, а поведение в отрыве от мыслей, мысли в отрыве от чувств.**



Индивидуальность

Другие

Я

Принадлежность

Цель гештальттерапии

- *- восстановление сознания, опирающегося на чувства и ощущения.*
- Осознание- базовый термин гештальттерапии.

Патогенная ситуация и ее механизмы

- **СЛИЯНИЕ** – человек не чувствует границ между собой и своим окружением, ему кажется, что он и его окружение – это единое целое.
- **ИНТРОЕКЦИЯ** – процесс, во время которого понятия, стандарты поведения, мораль, ценности другого человека или общества берутся личностью целиком, без критической проверки.

Работа с интроекцией

Упр-е: «Список» Продолжите фразу и составьте список имеющихся у вас убеждений:

ЖЕНЩИНА ДОЛЖНА....

МУЖЧИНА ДОЛЖЕН.....

ПСИХОЛОГ ДОЛЖЕН....

Патогенная ситуация и ее механизмы

- **ПРОЕКЦИЯ** – это приписывание среде того, что принадлежит субъекту.
- *«Обычно субъект переводит во вне то, за что не может сам отвечать, за что не берет ответственности на себя, в особенности за свои эмоции и аффекты.... Такой человек может считать кого-то другого встревоженным, потому что не может принять то, что он сам агрессивен и беспокоен».*

Патогенная ситуация и ее механизмы

- **РЕТРОФЛЕКСИЯ** – обозначенный опыт, который начинается как контакт с окружающей средой, а затем возвращается к самому организму, т.е. субъект делает себе то, что предназначено или было бы предназначено окружающей среде.
- *Вместо того чтобы нападать, он будет себя бить по рукам, вместо того, чтобы укунить, он будет грызть ногти и т.д.»*

**Методические основы
организации эффективного взаимодействия с
пациентами**

Мотив - это то, что определяет, стимулирует, побуждает человека к совершению какого-либо действия.

Мотивация - «закон готовности»
Э.Торндайка, первый обязательный этап формирования умственных действий

МОТИВИРОВАННОСТЬ БОЛЬНЫХ

Внутренние мотивы

К внутренним мотивам относят такие, которые побуждают пациента к учению, к непосредственной цели учения, к потребности в активности и нового состояния, к стремлению повысить достигнутый ранее уровень знаний, умений и навыков. Потребность пациента в чем-либо выражается поступками и повседневным поведением

Психотерапевтические методы способствуют формированию у больных мотивации освобождения от негативных эмоций, переживания через принятие.

Внешние мотивы

К внешним мотивам относятся требования, ожидание выздоровления, материальная выгода, наказание, награда и т.д.

*Технологии психологического сопровождения
реабилитационного процесса у пациентов.*

*Критерии эффективности психологической
реабилитации пациентов*

Практические методы поэтапной реабилитации и их содержание

*Первый этап реабилитации –
стационарный в больнице или сосудистом центре*

*2-й этап – психологическая коррекция
Оценка психологического статуса больного
Проведение индивидуальных, групповых бесед*

3-й этап – продолжение психокоррекционной работы

4-й этап – поддерживающе-корригирующий

Практические методы поэтапной реабилитации

Первый этап реабилитации – стационарный в больнице или сосудистом центре

Беседы по объяснению больному ситуации в связи с заболеванием.
Цель: разъяснить, что такое ИБС и ОИМ, каковы их возможные последствия, какие цели комплексной медикаментозной терапии в стационаре и как высока значимость мероприятий по реабилитации и вторичной профилактике.

Акцентировать внимание больного на благоприятных перспективах в отношении здоровья и долголетия, объяснить, что если он тщательно будет соблюдать приверженность врачебным предписаниям по медикаментозной и немедикаментозной терапии не только в больнице, но и в последующей жизни, то произойдет стабилизация состояния и улучшение течения болезни вплоть до его обратного развития.

Весьма положительно сказывается привлечение к этому процессу родственников больного.

Первый этап



включает в себя *клиническую беседу и наблюдение.*

В первичном контакте основные усилия психолога направляются на создание *доверительных, поддерживающих отношений.*

Кроме того, исследуется информация о переживаниях, связанных с началом заболевания и субъективно выделенных больными возможных причинах заболевания.

Проясняются данные об отношении к болезни, своему состоянию, профессиональным и жизненным перспективам, отношениях с членами семьи и др.

Руководство по проведению принимающим врачом скрининга относительно наличия психических/социальных проблем¹

Психика/центральная нервная система	нет	спорно	да
Негативные аффекты (например, депрессивное состояние, цинизм, повышенная склонность к раздражению) или тревожные расстройства	0	0	0
Нарушения в отношении сознания, ориентации, концентрации	0	0	0
Нарушения памяти и способности запоминать	0	0	0
Расстройства мышления или восприятия (психоорганический синдром)	0	0	0
Признаки зависимости от употребления какого-либо вещества/пристрастие	0	0	0
Психическое заболевание в анамнезе (в частности, депрессия)	0	0	0
Психологическая адаптация к заболеванию	нет	спорно	да
Выраженная аггравация, отрицание, депрессивное содержание мышления (в соответствующих случаях нужно подчеркнуть)	0	0	0
Существующий или ожидаемый стресс	нет	спорно	да
Критические события в жизни, тяжёлый стресс или конфликты, предстоящие медицинские вмешательства	0	0	0
Социальная компетентность	нет	спорно	да
Неблагополучная социальная интеграция (семья, круг друзей)	0	0	0
Отсутствие компенсационной деятельности и активного проведения досуга	0	0	0
Проблемы при (само-)обслуживании в домашних условиях	0	0	0
Профессиональные проблемы	нет	спорно	да
Факторы риска (высокая физическая или психо-ментальная нагрузка, конфликты на рабочем месте)	0	0	0
Низкая удовлетворённость работой	0	0	0
Отсутствие желания работать или выходить на пенсию	0	0	0

¹ Категории «нет», «спорно» и «да» указаны только по принципиальным причинам (например, на случай возникновения вопросов по исследованиям). Данный инструмент задуман как руководство по проведению обследования при поступлении, а не как анкета, на вопросы которой должен будет ответить каждый пациент

**ОБРАЩАЕМ
ВНИМАНИЕ**

Первый этап

Скрининг посредством
**клинической шкалы
уровня тревоги и депрессии**
– немецкая версия (HADS-D;
14 пунктов) для
идентификации пациентов с
тревожными расстройствами
или депрессивными
состояниями

АНКЕТА
для установления
негативных аффектов,
социальной изоляции,
стрессовых
переживаний и
социального статуса

Автор: немецкое
сообщество профилактики
и реабилитации при
сердечно-сосудистых
заболеваниях (DGPR).

**пациенты заполняют
АНКЕТУ при
поступлении.**

Кроме того, информация
основывается на наблюдении за
поведением со стороны всего
коллектива, проводящего
реабилитационные мероприятия

Таблица 1. Лечение психических расстройств/поведенческих нарушений

Проблемная область	Дополнительная диагностика	Цели терапии	Терапия (планирование)	Оценка
Негативные аффекты (например, депрессия)	Диагностическая беседа Дополнительная диагностика (например, BDI, STAI, STAXI, шкала Ho)	Ликвидация • депрессивного содержания мышления и стратегий истолкования • абиедентного поведения • (чрезмерной) потребности в контроле • выраженной враждебности • повышенной агрессивности Увеличение активности (положительный подкрепляющий стимул) Поощрение положительного содержания мышления Снижение тревожности Способность расслабляться	Психотерапия (например, поведенческая терапия, коммуникативная психотерапия) Реабилитация кризисных психологических состояний Обучение релаксации (тревожность!) Консультирование (в определённых случаях также членов семьи пациента) Рекомендации по фармакотерапии (депрессия!)	Наблюдение за поведением Диагностическая беседа Например, HADS, BDI, STAI

Таблица 1. Лечение психических расстройств/поведенческих нарушений

Проблемная область	Дополнительная диагностика	Цели терапии	Терапия (планирование)	Оценка
Нарушение процесса адаптации к заболеванию/ неверное осмысливание терапии	Диагностическая беседа Например, TSK, KKG, IRES (шкалы второго порядка)	Модификация неадекватной адаптации к заболеванию или моделей заболевания Поощрение внутренних локусов контроля и ожиданий самозффективности Мобилизация социальной поддержки	В соответствующих случаях психотерапия (например, поведенческая терапия, коммуникативная психотерапия) Психологические консультации (в определённых случаях также членов семьи пациента) Предоставление информации в рамках оздоровительного тренинга	Наблюдение за поведением Диагностическая беседа Например, IRES (шкалы второго порядка), KKG

Таблица 1. Лечение психических расстройств/поведенческих нарушений

Проблемная область	Дополнительная диагностика	Цели терапии	Терапия (планирование)	Оценка
Неадекватное управление стрессом	Диагностическая беседа (к настоящему времени специфические рекомендации по диагностике с помощью тестирования ещё не разработаны)	Обнаружение раздражителей, вызванных стрессом, и вытекающих отсюда реакций Осознание когнитивных процессов оценки Изменение иррационального настроя/ ожиданий Формирование ожиданий самоэффективности Ликвидация тенденции самоперенапряжения Способность расслабляться Улучшение организации времени	Тренинг по преодолению стресса Консультирование по вопросам психологии Обучение релаксации В соответствующих случаях обратная биологическая связь	В настоящее время рекомендации отсутствуют

Таблица 1. Лечение психических расстройств/поведенческих нарушений

Проблемная область	Дополнительная диагностика	Цели терапии	Терапия (планирование)	Оценка
Нагрузка по причине предстоящего медицинского обследования и вмешательства	Диагностическая беседа Анкеты (например, STAI)	Снижение тревожности Способность расслабляться	Подготовка к медицинским процедурам В соответствующих случаях психотерапия (например, поведенческая терапия) Консультирование по вопросам психологии Обучение релаксации Респираторная обратная биологическая связь	Средний (оптимальный) дооперационный уровень тревоги (например, STAI) Проведение процедуры и послеоперационный период без возникновения осложнений
Органические когнитивные (церебральные) нарушения	Диагностическая беседа Дифференциальная диагностика для исключения депрессии, например, аппаратными методами, MWT-B и экспресс-тест на церебральную недостаточность/ тест Бентона/ тест d2	Улучшение функции головного мозга	Тренинг улучшения функции головного мозга (факультативно с помощью компьютерных программ)	Наблюдение за поведением Диагностическая беседа Например, тест d2, тест на реакцию и внимательность

2-й этап – психологическая коррекция

Не выявлено
отклонений по тестам
(благоприятный
уровень)

Посещение
**ШКОЛЫ
ЗДОРОВЬЯ**

- Принять новое поведение в отношении здоровья;
- Адаптация к профессиональной и бытовой деятельности
- Совершенствовать приобретенные в клинике навыки по здоровому образу жизни;
- Посещать индивидуальные и групповые тренинги
- Аутотренинги

Выявлен повышенный или
высокий уровень
тревожности

- Индивидуальная консультация психолога по выявлению проблем с целью адаптации к обстоятельствам и мотивации на ЗДОРОВЬЕ;
 - сеансы релаксации групповым методом;
 - дыхательные тренинги направленные на снятие тревоги и напряжения;
 - Аутотренинги на само выздоровление « Я владею собой» ;
- Психокоррекционные занятия с помощью:
арттерапии. музыкотерапии, творческое самовыражение, ролевые игры

Депрессивное
расстройство

Углубленная
психодиагностика

УНП
(уровень
невротизации и
психопатизаци
и

Опросник
Айзека

ПСИХОТЕРАПЕВТ

Индивидуальные тренинги
Групповая аутогенная
тренировка
Медикаментозная
коррекция

Второй этап



На втором этапе проводится первичная психодиагностика, включающая *личностно-ориентированную диагностику* (направленную в основном на исследование преморбидных особенности личности),
и *симптом-ориентированную*,
(включающую исследование реакции личности на болезнь, нейро-психологическую диагностику проявлений, непосредственно связанных с очагами органической патологии, а также выявляющую сопутствующие болезни психопатологические нарушения).



Таблица 1. Лечение психических расстройств/поведенческих нарушений

Проблемная область	Дополнительная диагностика	Цели терапии	Терапия (планирование)	Оценка
Рискованное поведение (например, курение, лишний вес, гипертония)/ наличие нескольких факторов риска (например, метаболический синдром)/ недостаточное соблюдение режима терапии	Диагностическая беседа Система оценки поведения (например, Прохазка, Фагерштром)	Поощрение мотивации к изменению поведения Модификация рискованного поведения	Оздоровительный тренинг (междисциплинарный) Иная групповая работа, ориентированная на определённые проблемы или диагноз Отвыкание от курения (например, с помощью поведенческой терапии) Обучение релаксации (измерение артериального давления аппаратом Рива-Роччи!) В соответствующих случаях обратная биологическая связь (измерение артериального давления аппаратом Рива-Роччи!) В соответствующих случаях психотерапия (например, поведенческая терапия) В соответствующих случаях консультирование членов семьи пациента Рекомендации по консультациям по диете Рекомендации по фармакотерапии	Мотивация (например, модель Прохазки) Воздержание от табакокурения Снижение веса Стандартные значения для измерения артериального давления аппаратом Рива-Роччи, уровня липидов

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ

Диагностируемые типы отношений.

**с помощью ЛОБИ могут быть диагностированы типы
отношений**

[Личко А. Е., Иванов И. Я., 1980]:

Самоопросник для выявления депрессии (CES-D)

Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)

**Диагностика индивидуальной структуры
ценностных ориентаций личности (Бубнов С.С., 1994)**

Цветовой тест Люшера

Шкала (тест-опросник) депрессии Бека.

Диагностируемые типы отношений.

с помощью ЛОБИ могут быть диагностированы следующие типы отношений [Личко А. Е., Иванов И. Я., 1980]:

Самочувствие

Настроение

**Сон и
пробуждени
е ото сна**

**Аппетит и
отношение к
еде**

**Отношение
к болезни**

**Отношение
к лечению**

**Отношение
к врачам и
медперсона
лу**

**Отношение
к родным и
близким**

**Отношение к
окружающим**

**Отношение к
одинокости**

Отношение к будущему

Самоопросник для выявления депрессии (CES-D)

Шкала включает 20 пунктов, каждый из которых определяет субъективную частоту симптомов депрессии и проранжирован от 0 (симптом обнаруживается очень редко или вообще никогда) до 3 (симптом присутствует постоянно).

Вопросы, касающиеся самочувствия, активности, эмоционального состояния в течение последнего месяца.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)

Диагностика индивидуальной структуры ценностных ориентаций личности (Бубнов С.С., 1994)



Инструкция.

Данный опросник направлен на исследование Вашей личности и Ваших отношений. Отвечайте по возможности быстро, долго не раздумывая над каждым вопросом. Помните, что плохих и хороших ответов нет, есть только Ваше собственное мнение. Отвечать нужно «да» или «нет», в графе ответов это, соответственно, «+» или «-».

Цветовой тест Люшера

Тест Люшера основан на предположении о том, что выбор цвета отражает нередко направленность испытуемого на определенную деятельность, настроение, функциональное состояние и наиболее устойчивые черты личности

ПРИЛОЖЕНИЯ

Традиционная клинико-психологическая беседа

Клинические критерии психопатологических
синдромов

Оценка психологического статуса больного
Проведение индивидуальных и групповых бесед

Методика проведения полуструктурированного интервью

Оценка психологического статуса больного во время его госпитализации
в стационаре

Оценка социально- психологического статуса больного во время его
госпитализации в стационаре

Традиционная клинико-психологическая беседа включает

Изучение анамнеза, жалоб и «внутренней картины болезни» в целом, а также изучение поведения больного

Анамнестические сведения и результаты наблюдений, полученные от родственников и близких больного, медицинского персонала, других больных

В процедуре анамнеза следует уделять внимание условиям, этапам и особенностям формирования личности больного, анализу его личностных реакций в различных жизненных ситуациях.

Изучают также отношение больного к лечащему врачу и проводимому лечению, готовность участвовать в программах реабилитации и вторичной профилактики, отношение к возвращению на работу и планы на будущее

изучение «внутренней картины болезни», то есть, ощущений и переживаний в связи с самим заболеванием и складывающейся у больного концепции болезни. Анализ «внутренней картины болезни» и поведение больного позволяют определить тип личностной реакции на болезнь: адекватная или невротическая (тревожная, депрессивная, кардиофобическая, ипохондрическая, астеническая, истерическая или реакция «отрицания болезни»).

Данный метод позволяет получать достаточно точную, строго индивидуализированную интегральную качественную оценку состояния больных

Клинические критерии психопатологических синдромов

Синдром тревоги.

Внутренняя

напряженность, беспокойство; опасения за исход заболевания, тревога за благополучие семьи, страх перед инвалидностью, беспокойство за дела, оставленные на работе; поверхностный сон с кошмарными сновидениями и затрудненным засыпанием. Больной просит назначить ему успокаивающие средства, повторно задает врачу вопросы о состоянии своего здоровья, прогноз жизни и трудоспособности явно с целью получить успокоительный ответ.

Синдром кардиофобии.

Страх «за сердце» перед повторным инфарктом миокарда и внезапной смертью «от сердечного приступа». Страх возникает или резко усиливается при физическом напряжении, при выходе за пределы лечебного учреждения или дома. Чем дальше от пункта, где больному, по его мнению, может быть оказана надлежащая медицинская помощь, тем сильнее страх обнаруживается во время исследования на велоэргометре (уже при минимальной физической нагрузке). Страх сопровождается дрожанием тела, слабостью, побледнением кожных покровов, потливостью, сердцебиением, чувством нехватки воздуха.

Синдром ипохондрии.

Неоправданное беспокойство за свое здоровье. Больные предъявляют множество жалоб на разнообразные неприятные ощущения в теле; постоянно переоценивают тяжесть своего состояния в целом или значение отдельных нарушений. Отмечается явное несоответствие между числом и выраженностью жалоб и незначительностью или полным отсутствием объективных изменений, а также чрезмерная фиксация внимания на состоянии своего организма (часто подсчитывает пульс, стремится без необходимости и указания врача повторно записать ЭКГ, измерить АД, исследовать кровь, чтобы «проверить протромбин»), часто обращается к другим специалистам.

Синдром психастении.

Общая слабость, усталость, быстрая утомляемость при незначительном умственном или физическом напряжении, раздражительность, головная боль, нарушения сна, снижение работоспособности, слезливость по незначительному поводу, лабильность настроения, повышенная возбудимость, вегетативно-сосудистая неустойчивость.

Клинические критерии психопатологических синдромов

Синдром депрессии

Угнетение, подавленное настроение, апатия, чувство безнадежности, пессимизм, неверие в возможность благоприятного течения заболевания, тенденция все видеть в мрачном свете. Мимика больного выражает печаль. На вопросы врача больной отвечает односложно; голос тихий, речь и движения замедлены. Больной не может удержать слез при разговоре на волнующие его темы.

Синдром анозогнозии («отрицания болезни»).

Больной явно преуменьшает имеющиеся у него нарушения; отказывается верить, что у него серьезное заболевание; игнорирует рекомендации врача; нарушает режим; настаивает на выписке. Отрицает всякие проблемы, связанные с заболеванием

Синдром истероидности

Для поведения больного характерны эгоцентризм, демонстративность, стремление привлечь к себе внимание окружающих, вызвать сочувствие. Эмоциональная лабильность. Мимика живая, движения выразительны, речь эмоционально насыщена. Наблюдаются вегетативные истероформные нарушения («комочек в горле» при волнении, приступы удушья, тахикардия).

Психологический аспект реабилитации

Оценка психологического статуса больного

Используя методику полуструктурированного интервью или стандартизованные психологические (психометрические) тесты, произвести оценку психологического статуса больного, выделить различные типы патологического психологического статуса: депрессию, тревогу, фобии

Проведение индивидуальных и групповых бесед

Образ жизни после инфаркта миокарда, позволяющий сохранить хорошее самочувствие и трудоспособность

Методика проведения полуструктурированного интервью

I этап

обследуемым задают 10-20 стандартных вопросов, наиболее актуальных для больных данной категории (например, для лиц, перенесших инфаркт и кардиохирургического профиля (кардиологическая реабилитация) миокарда).

**ОСНОВНАЯ
задача врача:
получить
информацию о
психологическом
состоянии
больного**

В ходе беседы больному задают вопросы с целью диагностики:

- а) тревоги;
- б) депрессии;
- в) выявления тенденции к «отрицанию болезни»;
- г) выявления трудностей, обусловленных возвращением на работу;
- д) взаимоотношений в семье (включая сексуальные проблемы);
- е) финансового положения;
- ж) проведения досуга и, кроме того,
- з) оценивается готовность пациентов следовать медицинским рекомендациям.

**ОСНОВНАЯ
задача врача:
определить,
степень
выраженности
психосоциальных
изменений
«отсутствует»,
«легкие»,
«умеренные»,
«выраженные»,
«очень
выраженные
изменения».**

Оценка психологического статуса больного во время его госпитализации в стационаре

1. Как Вы себя чувствуете?
2. Вы встревожены тем, что с Вами случилось?
3. Это выбивает Вас из колеи?
4. Вас беспокоит быстрая утомляемость, усталость?
5. Вы напуганы случившимся?
6. Вас тревожит будущее?
7. Вам трудно сосредоточиться?
8. Какой у Вас аппетит?
9. Вам кажется, что Вы никогда уже не будете таким, как прежде?
10. Как Вы думаете, Вас в будущем ожидает то же, что и сейчас?
11. Вас тревожит, каким будет Ваше здоровье через полгода, год?

Вопросы 2, 5, 6, 10 и 11 призваны помочь в оценке уровня тревоги, а вопросы 3, 4, 7, 8, 9 - депрессии.

Оценка социально- психологического статуса больного во время его госпитализации в стационаре

1. Вы думали о возвращении на работу?
 2. Хотели бы вернуться на свою работу?
- Национальные рекомендации а) такую, как прежде?
- б) со снижением нагрузки?
- в) не будет ли администрация препятствовать Вашему возвращению на г) если врач не разрешит Вам вернуться на работу, что Вы предпримете?
4. Если нет – потому, что Вы чувствуете, что не сможете выполнять работу?
 5. Вы думаете, что Ваша болезнь может отразиться на положении в семье?
 7. Отразится ли болезнь на половой жизни?
 9. Повлияет ли то, что Вы перенесли инфаркт в повседневной жизни (в том, что не касается работы)?
 11. Помимо этого, больного спрашивают, трудно ли ему выполнять указания врача в отношении диеты, физических упражнений и отказа от курения.

**ОБРАЩАЕМ
ВНИМАНИЕ**

Третий этап

Продолжение психокоррекционной работы с больными на третьем этапе направлен на:

- * стабилизацию эмоционального фона, включающее снижение уровня тревоги, депрессии, беспокойства, проработку страхов; активацию внутренних ресурсов;
- * коррекцию иррациональных установок по отношению к себе, болезни, здоровью, лечению;
- * выработку навыка планирования, построение жизненной перспективы.

Важную роль в психологическом сопровождении занимают релаксационные мероприятия. Занятия по аутогенной тренировке (используются техники: «Расслабление и релаксация», «Уравновешенность и устойчивость к стрессу».) для снятия напряжения, переключения сознания на картины природы, прослушивание релаксационной музыки.

Пациентам предлагаются упражнения «Место отдыха» (по М. Loscalzo, 1996), «Воспоминания приятных ощущений, связанных с цветом», которые помогают расслабиться, снять напряжение в теле.

Упражнение «Дыхание против воли».

Таблица 1. (продолжение) - 3 этап
Профессиональная реабилитация и социальная интеграция

Проблемная область	Дополнительная диагностика	Цели терапии	Терапия (планирование)	Оценка
Неблагоприятное психическое состояние для профессиональной реабилитации (см. также раздел «социальный уровень»)	Диагностическая беседа Диагностика (удовлетворённость работой, качество ролей) Диагностика профессиональной пригодности и работоспособности (испытание нагрузкой и выполнением определённой работы)	Рассмотрение конфликтов на рабочем месте Предложение стратегий по решению конфликтов на рабочем месте Повышение уровня удовлетворённости работой Мотивация для профессиональной реабилитации Принятие сохраняющихся ограничений вследствие болезни Прояснение жизненных целей на будущее	Консультирование врачами и психологами Консультирование по социальным вопросам и вопросам реабилитации (социальные работники) (см. также раздел «социальный уровень»!)	Возвращение к работе/ повышение квалификации/ меры по профессиональной реабилитации/ выход на пенсию/ удовлетворённость работой (катамнез)
Недостаток социальных навыков или интеграции	Диагностическая беседа Например, F-SOZU для социальной интеграции	Формирование социальных навыков Ликвидация социальной заторможенности Социальная интеграция	Тренинг по формированию социальных навыков Психотерапия (например, поведенческая терапия, коммуникативная психотерапия) Консультирование членов семьи пациента	Наблюдение за поведением Диагностическая беседа

Этап активной психосоциальной реабилитации – проводится в III фазе реабилитации, длится 4-5 месяцев в зависимости от особенностей соматического и психического состояния.



Основные задачи его состоят в формировании нужных социальных установок личности.

На этом этапе основное место занимают методы коллективно-групповой психотерапии и способы психической саморегуляции, что не исключает возможности и необходимости психофармакотерапии. Определенные возможности несет в себе и психотерапия с помощью искусства. В этом плане следует отметить особо библиотекотерапию, в основе которой лежит применение в ходе лечения специально подобранной литературы, и музыкотерапию – воздействие на психическое состояние с помощью музыкальных произведений.

За несколько дней до выписки из стационара у большинства больных появляется «предотъездное беспокойство». У некоторых из них может усилиться психопатологическая симптоматика. Больные с рентными установками личности нередко настаивают на продлении сроков пребывания в стационарных отделениях реабилитации или переводу в клинику в связи с «ухудшением состояния».

С такими больными обязательно необходимо проводить психотерапевтические беседы, укрепить уверенность в своих силах и возможностях.

Перед отъездом больным дают конкретные психосоциальные советы, рекомендуют им вернуться к трудовой деятельности (с учетом функциональных возможностей организма).

ОБРАЩАЕМ ВНИМАНИЕ



Противопоказанием к выполнению упражнений, психотерапевтических бесед являются умеренно выраженные и выраженные когнитивные нарушения, интеллектуальная недостаточность, острые психотические состояния, психопатоподобное поведение.

Пациенты, которые по медицинским показателям способны совершать движения, посещают профилактические групповые занятия, где психолог рассказывает об особенностях заболевания, факторах риска и правилах поведения, которые могут обеспечить безопасность жизни.

Проводится отдельный блок занятий по вторичной профилактике курения, злоупотребления алкоголем.

Реализуется арт-терапевтическая группа самопознания «Краски моей души». На группе пациенты учатся лучше осознавать свои потребности, чувства, эмоции с помощью пластилина, красок, карандашей. Группа помогает расширить творческие способности, позволяет заново познавать окружающий мир через цвет, форму, оттенки. На группе обсуждаются темы: «Я и мой мир», «Мои отношения с окружающими (моя семья)», «Я и болезнь», «Моя мечта», «Природа», «Чувства и настроение» » Мой портрет в лучах солнца».

Психологический аспект реабилитации

**Восстановление личностного и социального статуса
больного до уровня предболезни.**

Цель достигается через решение следующих задач:

Ликвидации патологических невротических реакций в ответ на острый инфаркт миокарда.
Профилактика неврозов и патологического развития личности в отдаленном периоде заболевания.
Психофизиологический аспект реабилитации
Повышение толерантности к психоэмоциональному стрессу.

Цель достигается через решение следующих задач:

- *Устранение и вторичная профилактика негативных изменений сердечно-сосудистой системы, обусловленных повреждающим влиянием психоэмоционального стресса на сосудистый и миокардиальный компоненты (выявление и вторичная профилактика психогенной ишемии миокарда, диагностируемой в условиях психоэмоциональной стрессовой реакции);*
- *Диагностика и вторичная профилактика психогенного спазма коронарных артерий и нарушений насосной функции миокарда).*

ОБРАЩАЕМ ВНИМАНИЕ



Третий этап психологического сопровождения заключается в работе с родственниками больных.

Родственникам зачастую требуется поддержка, помощь в коммуникативном взаимодействии с больным, рекомендации по уходу

Для реализации указанных задач проводится школа «Жизнь после инсульта».

Рекомендации о том, как избавиться от депрессии».

Эти занятия лекционного характера по темам: «Механизм развития инсульта», «Симптомы инсульта и оказание первой помощи пострадавшему», «Особенности реабилитации при инсульте», «Постинсультная депрессия.

**ОБРАЩАЕМ
ВНИМАНИЕ**



Особенности реабилитации после перенесенного инфаркта миокарда в зависимости от возраста

Молодой возраст

Принципы ведения таких пациентов:

- ранняя активизация, психологическая оценка, информирование и ободрение больного, ранняя ориентация его относительно возвращения на работу.
- восстановление трудоспособности, социального положения пациента,
- сохранение работы по специальности, найти «золотую середину»,
- сохранение семьи и ... отношений, сексуальной активности,
- отказ от вредных привычек, налаживание здорового образа жизни,
- обучение стратегиям стрессовладающего поведения.

**ОБРАЩАЕМ
ВНИМАНИЕ**



Пожилой возраст:

Девиз «Ешьте, двигайтесь, говорите, даже думайте не спеша»!

- профилактика осложнений, появления психотической симптоматики,
- коррекция тревожно-депрессивной симптоматики, раздражительности, обидчивости и других эмоционально-волевых расстройств,
- восстановление физического состояния, способности вернуться к прежнему образу жизни,
- уменьшение риска смерти,
- помочь больному установить некоторые нормы для будущей жизни, уменьшить неопределенность и неуверенность, вызванные внезапным началом заболевания,
- время переоценки образа жизни, а для успешной адаптации может потребоваться изменение жизненных привычек,
- развитие увлечений по интересам,
- ликвидации стрессовых, психоэмоциональных причин, которые повлекли развитие инфаркта,
- обучение аутотренингу и технике саморегуляции,
- сохранение гармоничных взаимоотношений в семье.

**Поддерживающе-корректирующий этап –
осуществляется в IV фазе реабилитации**



**Задачи этого этапа заключаются в поддержании
достигнутого уровня психосоциальной адаптации и
проведении психотерапевтических мероприятий.**

Психологическая реабилитация кардиохирургических больных является важным неотъемлемым компонентом комплексной реабилитации и проводится в 4 этапа.



Подготовительный этап – соответствует предоперационному периоду.

Его оптимальная продолжительность (от 1 до 3 недель) обусловлена тем, что, с одной стороны, больному необходимо время для адаптации, с другой – затянувшееся ожидание операции при отсутствии необходимости в соматической подготовке оказывает отрицательное влияние на психику и способствует развитию патологических психологических реакций.

Главными задачами этого этапа является установление психологического контакта, определение типа личностного реагирования на предстоящую операцию, психологическая подготовка к ней.

Последняя предусматривает беседы хирургов, анестезиологов, кардиологов с больным об особенностях и целях хирургического вмешательства, течения послеоперационного периода, дальнейшего лечения и реабилитации. Такие беседы можно проводить как индивидуально, так и с группами больных в форме вопросов и ответов.



2. Седативно-мобилизирующий этап – первые 3-4 недели послеоперационного лечения

3. Этап активной психосоциальной реабилитации – длится последующие 4-8 недель в зависимости от вида операций, особенностей соматического и психического состояния.

Перед выходом на амбулаторный этап реабилитации больным дают конкретные психосоциальные советы, рекомендуют им вернуться к трудовой деятельности (с учетом функциональных возможностей организма).

ОБРАЩАЕМ ВНИМАНИЕ



Психологические особенности пациентов после аортокоронарного шунтирования, стентирования

- сразу после операции возникает тревога, беспокойство, связанные с операцией, ее последствиями,
- возникает тревога о том, что стент может забиться, вопрос о сроках эффективности стента,

при семейных материальных затруднениях может быть тревога, чувство вины за трату денег для регулярного постоянного приема медикаментозного лечения; как следствие – пациенты могут отказаться от медикаментозного лечения,

- отказ от медикаментозного лечения может быть связан с улучшением самочувствия, «успокоенностью» и непониманием необходимости регулярного постоянного приема лекарств,
- страх боли, осложнений после операции и как следствие снижение физической и социальной активности,

ОБРАЩАЕМ ВНИМАНИЕ



Мифы про аортокоронарное шунтирование

Миф 1. Сердце может не выдержать

На самом деле. Страх – основная проблема человека, которому предстоит аортокоронарное шунтирование.

Справиться с ним помогает желание если не навсегда, то хотя бы на время забыть о боли. Кстати, именно боль во многом и заставляет больного решиться на операцию.

Миф 2. После операции придется «нести» себя как хрустальную вазу

На самом деле. Это не так. Обычно уже на следующий день после операции врач предупреждает:

если мало двигаться, возможны осложнения, например [воспаление легких](#).

Прооперированный сразу же начинает учиться поворачиваться в кровати, садиться... Шунты для того и ставят, чтобы больной мог ходить, не чувствуя боли. Поначалу, конечно, мешает слабость, да и боль от шва, но необходимо постепенно наращивать физическую нагрузку.

И тогда те движения, которые до операции вызывали боль, будут даваться легко.

ОБРАЩАЕМ ВНИМАНИЕ



Мифы про аортокоронарное шунтирование

Миф 3. Боль может вернуться

На самом деле. Не нужно ждать возвращения боли, а лучше представить, что ее вообще никогда и не было. Однако «подвигов» совершать не нужно. Все должно быть в меру. Больной должен ставить перед собой реальные цели: например, сегодня и завтра я пройду 50 метров, следующие дни – 75, затем – 100...

Данные статистики говорят, что далеко не всем больным даже после АКШ удастся **избавиться от стенокардии**. И это не удивительно: как бы хорошо ни была сделана операция, она является лишь одним из этапов в лечении ишемической болезни сердца. Медики пока не научились очищать сосуды сердца от атеросклеротических бляшек

– основной причины заболевания. Поэтому даже после успешной операции примерно у половины пациентов может сохраняться стенокардия, проявляющаяся болью за грудиной при физической нагрузке. Но число приступов и принимаемых таблеток после АКШ все равно будет меньше. Так что качество жизни пациента все же улучшится.

И главное – появится возможность отсрочить наступление инфаркта миокарда, а значит – продлить жизнь.

Миф 4. После АКШ можно жить как прежде

На самом деле. Увы, это не так. Даже при хорошем исходе операции надо стараться как можно меньше напрягать руки и весь плечевой пояс. Это связано со значительной операционной травмой в области грудной клетки. Желательно ограничить поднятие тяжестей. Также придется отказаться от некоторых садовоогородных работ.

Миф 5. Курение влияет на сердце после операции не сильно

На самом деле. **Отказ от курения** продлевает срок работы шунтов на несколько лет. Ведь длительность функционирования шунтов у каждого пациента разная. В среднем она составляет 5–7 лет. Этот срок во многом зависит от того, насколько человек смог после операции изменить свою жизнь, следует ли он рекомендациям врачей.

Позитивные эффекты психологической реабилитации кардиологических пациентов



- *модификация факторов риска ИБС (*представлений, переживаний и идей, своеобразно отражающие в психике больного патологические процессы*);
- *повышение *психологической активности*, способствующей устранению страха, чувства тревоги;
- *прекращение курения;
- **снижение комплекса* болезненных, неприятных ощущений;
- **повышение осознанности*, реальной оценки пациентом сущности заболевания;
- **улучшение поведенческой* (волевой) стороны личности больного связанной с проявлением усилий направляемых на преодоление рисков кардиологического о заболевания;
- **улучшение психофизического состояния*;
- **мобилизация пациентов* к сотрудничеству в процессе комплексной кардиологической реабилитации.



развивать способность к психологической адаптации к помощи оценить степень выраженности патологического психологического статуса (выраженность депрессии, ипохондрии и др.) и, при необходимости, привлечь к лечению психотерапевта.

Ожидаемые результаты 1. Адекватный психологический статус пациента, соответствующий тяжести перенесенного острого полученной от врача; социальная изоляция отсутствует; лекарственная зависимость отсутствует.

Таблица 1. (продолжение) – 4 этап
Внедрение дополнительных мер (для вторичной профилактики)

Проблемная область	Дополнительная диагностика	Цели терапии	Терапия (планирование)	Оценка
Участие в групповой терапии кардиологических заболеваний Дополнительные меры (например, амбулаторная/ стационарная психотерапия) Меры по вторичной профилактике (группы взаимопомощи)	Диагностическая беседа Диагностика (Проходка)	Предложение соответствующей модели заболевания и его лечения Мотивация к принятию соответствующих мер	Консультирование по вопросам психологии В соответствующих случаях начало терапии Направление к врачу Сообщение адресов	Катамнез

***Принципы составления
индивидуальных программ
психологического сопровождения***

КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ ПАЦИЕНТОВ

```
graph BT; A[КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ ПАЦИЕНТОВ] --> B[Принципы составления индивидуальных программ психологического сопровождения];
```

Программа реабилитации должна быть составлена с учетом комплексной оценки состояния больного, позволяющей судить об эффективности восстановительного лечения

Принцип
разносторонности
усилий

Комплексность
Индивидуальный подход

Принцип единства
психосоциальных и
биологических
методов воздействия

Индивидуальный подход

Принцип ступенчатости
(переходности)
проводимых
воздействий

Раннее начало
Непрерывность
Этапность
Последовательность
Преемственность

Принцип партнерства

Индивидуальный подход
Активное участие
больного в
реабилитационной
программе

Принципы составления индивидуальных программ психологического сопровождения пациентов

"субъективной адекватности" и соответствия особенностям внутренней картины болезни, ожиданиям больного, его возможностям осмысления, интеллектуальному и образовательному уровню

анализ психосоциальной ситуации пациента

определение мишеней психологического воздействия для эффективного психологического сопровождения пациентов с сердечнососудистыми заболеваниями в периоперационный период в зависимости от типа их отношения к лечению.

определение социально-психологических, клинических факторов риска эмоционального неблагополучия пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в период лечения.

учета индивидуально-психологических особенностей пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями с целью разработки типологии их отношения к лечению

Основой построения эффективной модели психологического сопровождения пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в период хирургического лечения является учет характера отношения пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями к предстоящему хирургическому лечению и создание субъективно приемлемой адекватной модели ожидаемых результатов лечения.

Модульная программа кардиореабилитации

ПРОГРАММА КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ СОСТОИТ ИЗ:

Модульный блок медикаментозной терапии (КМТ).

Модульный блок физической реабилитации (КФР).

Модульный блок физиотерапевтического лечения (КФТ).

Модульный блок коррекции факторов риска и образа жизни
(КФР).

*Модульный блок коррекции психологического статуса и
информационной поддержки (КИП).*

Психолого- социальная адаптация в реабилитации инвалидов

Социальная реабилитация- комплекс мер, который направлен на оказание помощи человеку в восстановлении своих прав, социального статуса, здоровья, дееспособности.

Социальная реабилитация инвалидов призвана восстановить, адаптировать его способности к жизни в социуме, а также адаптировать саму социальную среду, условия жизнедеятельности, если они нарушены или нарушены по каким- либо причинам.

**ОБРАЩАЕМ
ВНИМАНИЕ**

Модульный блок коррекции психологического статуса и информационной поддержки (КИП).

Целесообразно при сохранных когнитивных и ментальных функциях проводить оценку состояния на основе различных опросников.

КИП 1 – вводная беседа.

КИП 2 – индивидуальные беседы с лечащим врачом.

КИП 3 – лекции.

КИП 4 – консультации психотерапевта (рекомендации немедикаментозных и медикаментозных методов коррекции психологического статуса).

КИП 5 - индивидуальные занятия с психотерапевтом и психологом.

КИП 6 – групповые занятия с психотерапевтом и психологом.

КИП 7 - школы больных ИБС, клуб по интересам.

Программы опросников можно выбрать в соответствии с установками каждой клиники

ОБРАЩАЕМ ВНИМАНИЕ



Реабилитационная программа после аортокоронарного шунтирования

Стандартная реабилитационная программа после аортокоронарного шунтирования занимает три месяца и включает в себя постепенно нарастающие и чётко контролируемые физические упражнения, выполняемые в течение часа трижды в неделю. При этом пациентам даются рекомендации о том, как им следует изменить свой образ жизни для того, чтобы снизить риск дальнейшего прогрессирования ишемической болезни сердца, в частности отказаться от курения, снизить вес, изменить рацион питания, осуществлять постоянный контроль над уровнем кровяного давления и холестерина крови.

1. Лечебная физкультура – это основа кардиологической реабилитации (ходьба, терренкур, легкий бег, различные тренажеры, плавание и т.д.).

• **Эмоциональная составляющая при ИБС – не менее важный фактор, при регулярных занятиях лечебной гимнастикой исчезают бессонница и раздражительность.**

3. Психотерапия помогает справиться со стрессом и депрессией.

4. Для реабилитации после аортокоронарного шунтирования применяются и такие методы, как **ароматерапия и фитотерапия.**

5. Обучение правильному образу жизни.

6. Правильная разработка диеты (поменьше жиров, поваренной соли, и побольше свежих овощей и фруктов, зелени и злаков, а также растительные масла).

7. Устранении всех, по возможности, факторов риска ИБС. Это не только курение, но и алкоголь, жирная пища, ожирение, сахарный диабет, гипертоническая болезнь и т.д.

ОБРАЩАЕМ ВНИМАНИЕ



•Базовая программа (примерно 4 раздела)

Введение/мотивация

Целью является ликвидация пассивных ожиданий от лечения и мотивация участников к позитивным изменениям их образа жизни, связанного со здоровьем.

Информация о важности образа жизни для возникновения и прогрессирования заболевания может быть получена на основании эпидемиологических исследований.

Поскольку при хронических заболеваниях в большинстве случаев полное восстановление здоровья невозможно, на первом плане находятся также обучение адаптации к болезни и вызванных болезнью ограничений, а также использованию оставшихся ресурсов, т.е. улучшение качества жизни.

Всё это требует мотивации к изменению, ответственности перед собой и личной инициативы со стороны людей, проходящих реабилитацию («Ожидания от лечения против ожиданий от реабилитации»).

Также это предполагает наличие убеждения относительно преодоления ситуации, обусловленной заболеванием, собственными силами и с помощью посторонней поддержки.

ОБРАЩАЕМ ВНИМАНИЕ



Основы медицинских знаний

Анатомия и физиология сердечно-сосудистой системы, факторы риска и возможности оказания влияния, обзор патологической физиологии важнейших заболеваний сердца (ишемическая болезнь сердца, миокардит, нарушения сердечного ритма, пороки развития).

Концепции факторов риска и защитных факторов («салиютогенез»)- укрепление здоровья

укрепление здоровья направлено на физическое и психическое благополучие, а также на формирование защитных факторов благодаря поощрению здорового образа жизни и жизненного мира, оно рассматривает пациента в качестве способного к самоопределению субъекта и эксперта в области собственных заболеваний, оно опирается на информацию, консультации и поддержку и принимает во внимание условия жизни пациента.

Важными психическими и социальными защитными факторами являются успешная социальная интеграция, благоприятные условия труда на рабочем месте (например, соотношение требований и возможности контроля), благоприятное отношение к здоровью (подвижность, здоровое питание, компенсирующей деятельности, исключение вредных веществ) и психическое здоровье (самооценка, способность устанавливать с другими эмоциональные отношения, уверенность, радость, внутренний локус контроля, осуществление смысла).

Проблемы в быту и в профессиональной деятельности/ восстановительный период

Концепция «салиютогенеза» (см. выше) предполагает возможность обратить внимание людей, проходящих реабилитацию, на отдельные аспекты восстановительного лечения и подготовить рациональное использование предложений реабилитационной клиники (например, консультации по питанию, информация о видах спорта и путешествиях, специализированные консультации по вопросам профессиональной реабилитации, консультации по сексуальной жизни после сердечного приступа, восстановительное лечение в многопрофильном медицинском учреждении)

ОБРАЩАЕМ ВНИМАНИЕ



Методы реализации основных методов социальной реабилитации инвалидов

Использование людьми с ограниченными возможностями
технических средств, направленных на их реабилитацию

Создание условий для возможности нормального доступа к услугам
общественного транспорта, инженерным коммуникациям, социальным
структурам, а также к средствам связи и любой информации

Обеспечение полной информированности, как самих инвалидов,
так и их семей по вопросам социальной реабилитации.

Ссылка для прохождения тестирования

После изучения лекции необходимо пройти тестирование при помощи сервиса Гугл-формы.

<https://forms.gle/HTP2GZRiyjxKemmg6>

Пожалуйста, корректно заполняйте поля ФИО, факультет и номер группы.