

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УССР

**ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОПРОФИЛАКТИКА
В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ
С ПРОТЕЗАМИ КЛАПАНОВ СЕРДЦА**

(Методические рекомендации)

Киев—1980

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УССР

Одобрены
бюро Президиума Ученого
медицинского совета
МЗ УССР 30.09.1980 г.
Протокол № 29
профессор Ю.А. ПЯТАК

УТВЕРЖДАЮ*

Зам. министра здравоохранения
В. Н. ГИРИН

Психотерапия и психопрофилактика
в системе реабилитации больных
с протезами клапанов сердца

(Методические рекомендации)

Киев—1980

НАСТОЯЩИЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ СОСТАВИЛ
В. А. СКУМИН (КИЕВСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИН-
СТИТУТ ТУБЕРКУЛЕЗА И ГРУДНОЙ ХИРУРГИИ ИМЕНИ АКАДЕМИ-
КА Ф. Г. ЯНОВСКОГО).

В РЕКОМЕНДАЦИЯХ ОСВЕЩАЮТСЯ КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОС-
ТИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ, НАИБОЛЕЕ ИНФОРМА-
ТИВНЫЕ СПОСОБЫ ИХ ДИАГНОСТИКИ У ПАЦИЕНТОВ КАРДИОХИ-
РУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ, ПРАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ОСУЩЕСТ-
ВЛЕНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ И ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ
МЕРОПРИЯТИЙ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ РЕАБИЛИТАЦИИ.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРЕДНАЗНАЧЕНЫ ДЛЯ КАР-
ДИОЛОГОВ, ХИРУРГОВ, ПСИХОТЕРАПЕВТОВ И ВРАЧЕЙ ДРУГИХ
СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ, УЧАСТВУЮЩИХ В ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ЛЕЧЕБ-
НО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ДО И ПОСЛЕ ПРОТЕЗИ-
РОВАНИЯ КЛАПАННОГО АППАРАТА СЕРДЦА.

Ответственный за издание
доктор медицинских наук Я. А. БЕНДЕТ.

Приобретенные пороки сердца являются одним из наиболее распространенных кардиологических заболеваний. Течение их в 70 — 100 % случаев отягчается различными по характеру и степени выраженности психопатологическими симптомокомплексами.

Психические нарушения нередко принимают затяжной и стойкий характер, что отрицательно сказывается на личностной, семейной, социально-трудовой адаптации больных в отдаленные сроки после операции. Несмотря на то, что после протезирования клапанного аппарата сердца объективные показатели физической работоспособности значительно возрастают, число лиц, участвующих в трудовой деятельности, не только не повышается, но снижается по сравнению с дооперационным уровнем почти в 1,5 раза.

Частота нервно-психических расстройств, существенный разрыв между потенциальными возможностями восстановления трудоспособности и фактическими обуславливают необходимость проведения мероприятий, направленных на психологическую реабилитацию больных, оперированных по поводу приобретенных пороков сердца. В особенности это касается пациентов с протезами клапанов сердца — наиболее сложного и быстро растущего контингента кардиохирургических больных.

Психологическая реабилитация кардиохирургических больных представляет собой систему длительных лечебно-восстановительных и коррекционных мероприятий, основная задача которых состоит в предупреждении и своевременной коррекции психопатологических проявлений, в достижении максимально возможного уровня социально-психологической адаптации и, в конечном итоге, восстановлении трудоспособности оперированных на адекватном их физическому состоянию уровне.

Успешная реализация задач психологической реабилитации возможна при активном участии в их осуществлении, помимо психотерапевтов, также врачей всех других специальностей, всего медицинского персонала кардиохирургических клиник.

В данных методических рекомендациях описаны особенности психопатологической картины, наиболее информативные методы диагностики, а также адекватные лечебно-профилактические и реабилитационные приемы, доступные не только специалистам-психотерапевтам, но и врачам других специальностей. Рекомендации разработаны на основе практического опыта работы с 305 больными с тяжелыми ревматическими пороками сердца в возрасте от 15 до 54 лет. Всем им была выполнена имплантация искусственных клапанов сердца в условиях экстракорпорального кровообращения.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ПРИОБРЕТЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

В до- и послеоперационном периодах у больных с тяжелыми приобретенными пороками сердца могут наблюдаться разнообразные по своей струк-

Тип и степень выраженности психические нарушения. Ниже приведена клиническая характеристика основных синдромов, наличие которых существенно отражается на общем состоянии пациентов. Следует подчеркнуть, что в большинстве случаев имеет место сочетание психопатологических симптомокомплексов: астено-депрессивный, астено-фобический, истеро-ипохондрический, депрессивно-фобический и пр.

Астенический синдром

Астенический синдром имеет следующие патогномоничные признаки: раздражительная слабость, гиперестезия, проявляющаяся непереносимостью яркого света, резких запахов, эмоциональных напряжений, расстройства сна в виде постоянной сонливости или упорной бессонницы. Отмечаются головные боли, разнообразные вегетативные проявления.

В предоперационном периоде наряду с повышенной утомляемостью может наблюдаться суетливое стремление к деятельности, в целом малопродуктивной. В ближайшем послеоперационном периоде в структуре синдрома нередко доминируют апатия, аспонтанность, пассивность.

Депрессивный синдром

Депрессивный синдром выражается подавленным настроением, безысходной тоской. Настоящее и будущее рисуются безрадостными, пессимистичными. Интеллектуальные процессы замедлены. Возможны суицидальные тенденции; при этом следует помнить, что ятрогенные воздействия (непродуманный по форме отказ в хирургическом вмешательстве либо сообщение о неэффективности операции) могут повлечь за собой реализацию этих тенденций.

В картине депрессивных состояний, развивающихся после операции, преувеличивает двигательное возбуждение (ажитированная депрессия). Такие пациенты не находят себе места, мечутся, стонут.

Встречаются и депрессии, проявляющиеся в первую очередь соматическими эквивалентами — упорными болями в области сердца, расстройствами со стороны желудочно-кишечного тракта, стойкими головокружениями и прочими психосоматическими нарушениями.

Обсессивно-фобический синдром

Обсессивно-фобический синдром характеризуется наличием навязчивых состояний.

У кардиологических больных самыми частыми навязчивыми состояниями являются страхи (фобии). По содержанию они бывают весьма разнообразными, но в большинстве случаев сводятся к опасениям за здоровье (нозофобия), в том числе за свое сердце (кардиофобия), страху смерти (танатофобия), заболеть психически (лиссофобия) и т. п. Иногда фобические состояния приобретают глобальный характер (панфобия). Возможен даже навязчивый страх возникновения страха (фобофобия).

В предоперационном периоде тревожные спасения за исход хирургического вмешательства возникают очень часто. Интенсивность их возрастает не задолго перед операцией и связана с пониманием ее серьезности. Подобные состояния психологически понятны и не выходят за рамки нормальных реакций личности.

Выраженные фобические реакции сопровождаются тем, что больные, особенно после того, как им сообщена дата операции, становятся крайне беспокойными, с тревогой прислушиваются к разговорам о подобных хирургических вмешательствах, ловят каждое слово медицинских работников, становятся повышенно ранимыми.

Ипохондрический синдром

Ипохондрический синдром формируется у лиц с повышенной мнительностью, неуверенностью, заниженной самооценкой. Внимание к своему здоровью приобретает характер утрированной озабоченности. Больные сосредоточены на своих болезненных ощущениях, постоянно «прислушиваются» к ним, ощущают область сердца, тщательно следят за пульсом, настаивают на различных дополнительных исследованиях, консультациях специалистов.

Большую часть времени они предпочитают оставаться в постели, чрезмерно тепло одеваются, следят, чтобы окна были всегда закрыты. Ко всему, что непосредственно не связано с заболеванием и операцией (семья, профессиональная деятельность, общественно-политические события и т. п.), утрачивается живой интерес.

Сенестопатический синдром

Сенестопатический синдром проявляется неопределенными, тягостными, очень неприятными ощущениями: жжением, стягиванием, переливанием, сжатием и пр. При этом обращает на себя внимание необычный характер таких ощущений, отличающихся диффузностью, неопределенностью и не имеющих обычно четко оформленной локализации.

Так, пациенты предъявляют жалобы на то, что у них «постоянно что-то давит в груди», «от сердца катятся горячие и колющие водны», «сводит глаза» и т. п.

Истероформный синдром

Истероформный синдром выражается в непродолжительных истерических реакциях, развивающихся в ответ на какие-либо психологически значимые события, — отказе от еды, от приема медикаментов, нежелании общаться с «обидчиком».

Кардиопротезный психопатологический синдром

Кардиопротезный психопатологический синдром развивается после имплантации искусственных клапанов сердца. Его возникновение связано с наличием функционирующего инородного тела (протеза) в сердце, нарушени-

ем кортико-кардиальных связей, хирургической травматизацией нервно-мышечного аппарата сердца, особенностями нервно-психической сферы больных с тяжелыми приобретенными пороками сердца.

Кардиопротезный психопатологический синдром имеет характерную клиническую картину и свойственную ему динамику психического статуса (фазность). Вначале преобладают сенестопатически-ипохондрические, затем обсессивно-фобические нарушения, а в дальнейшем возникает стойкое анксиозно-депрессивное состояние.

Мышление, поведение таких больных специфически изменяются. Их внимание сосредотачивается на работе протеза, возникают навязчивые опасения возможной «поломки клапана», «раскальвания шарика», «отрыва протеза», что вызывает чувство необоснованной тревоги, тревоги, своеобразной расщерянности («как жить с железкой в сердце, с протезом в моторе жизни»), снижение общей активности, угнетенное настроение.

При этом кардиопротезный психопатологический синдром как бы вбирает, притягивает к себе другие симптомы, фокусируя их в единый симптомокомплекс. Например, если до операции у больного имелись так сказать неопределенные, аморфные ипохондрические либо депрессивно-фобические проявления, то после имплантации искусственных клапанов они особым образом оживлялись, усиливались и приобретали вполне определенную «кардиопротезную» направленность.

Психоорганический (энцефалопатический) синдром

Психоорганический (энцефалопатический) синдром выражается в стойком снижении интеллектуально-мнестических функций.

В случаях легкой недостаточности страдают только высшие интеллектуальные проявления: например, понимание иронии, юмора, широта круга интересов, чувство такта. В тяжелых случаях снижается критика, отмечаются нарушения мыслительных функций и памяти, наблюдаются черты психопатоподобного поведения.

После операций с экстракорпоральным кровообращением может наступить ухудшение (порой значительное) состояния, наиболее часто отмечющееся у пациентов старших возрастных групп.

Эпилептиформный синдром

Эпилептиформный синдром наиболее часто проявляется диэнцефальными пароксизмами. Для последних характерны общий тремор, озноб, потливость, бледность или покраснение кожных покровов, колебания кровяного давления, учащенное сердцебиение и пр.

Нарушения сознания редки. Приступы протекают по типу обморока. Во время приступа часто наблюдаются выраженная тревога, страх смерти.

СИСТЕМА ПСИХОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММАХ

Полноценная психологическая реабилитация базируется на комплексном применении методов психотерапии, психопрофилактики, психогигиены в соче-

тании с использованием современных психофармакологических средств (действие которых всегда психотерапевтически потенцируется) и способов психосоциального воздействия.

Помимо широкого применения специальных методик психотерапевтического воздействия, относящихся к «большой» психотерапии (гипносуггестия, аутогренинг и т. п.), для целей успешной психологической реабилитации должно внимание необходимо уделять «малой» психотерапии. Принципы её заключаются в следующем:

1. Чёткая организация медицинской помощи, чёткое выполнение режима и врачебных назначений.

2. Соблюдение всеми сотрудниками кардиохирургического стационара стиля «стерильности» слова и поведения.

3. Включение элементов косвенной и опосредующей психотерапии во все манипуляции — инъекции, физиотерапевтические процедуры, ЛФК, массаж, теренкур, перевязки. В этом плане особое внимание следует обращать на выполнение рентгено-хирургических методов исследования, таких, как трансторакальная пункция, катетеризация полостей сердца.

Со средним и младшим медицинским персоналом необходимо систематически проводить занятия по «малой» психотерапии, по обучению основам медицинской этики и деонтологии, знакомству с особенностями психогигиенического режима в условиях кардиохирургического отделения или санатория.

Психологическая реабилитация больных с тяжелыми приобретенными пороками сердца, которым осуществляется протезирование клапанного аппарата сердца, включает четыре основных этапа: подготовительный, седативно-мобилизирующий, этап активной психосоциальной реабилитации, а также поддерживающе-корригирующий.

Каждый из этапов имеет свои специфические особенности, продолжительность, условия проведения, ведущие методы психотерапии и психопрофилактики.

I. Подготовительный этап

Подготовительный этап соответствует предоперационному периоду лечения. Его оптимальная продолжительность 4—10 дней. За меньший промежуток времени пациенты не успевают психологически адаптироваться к условиям кардиохирургической клиники, а затянувшееся ожидание операции тягостно действует на психику, создаются условия для возникновения невротических реакций. Главные задачи этапа: установление психологического контакта, определение типа личностного реагирования на кардиохирургическую ситуацию, изучение психотерапевтической податливости, психологическая подготовка к операции.

От психологической реакции на предложение хирургического вмешательства во многом зависит психотерапевтическая, а нередко и вся лечебная тактика в целом. Практика показывает, что при стойком отрицательном от-

ношении к операций пребывание пациентов в хирургическом стационаре не целесообразно, так как они негативно индуцируют других больных, являются источником эгротогенеза, а если становятся так называемыми отрицательными лидерами в палате или отделении, то могут существенно осложнить проведение лечебно-восстановительных мероприятий.

При позитивном отношении с первого дня пребывания в клинике необходимо психологически готовить пациента к предстоящей операции. С этой целью проводятся беседы оперирующего хирурга, информирующие об особенностях и целях хирургического вмешательства на сердце; беседы анестезиолога о роли и значении наркоза, течении ближайшего послеоперационного периода; беседы лечащего врача-кардиолога о дальнейшем плане лечения и реабилитации, которые можно проводить индивидуально и с группой больных в форме вопросов и ответов. Сеансы «большой» психотерапии (гипнотическая сuggестия и пр.) проводятся психиатром с целью профилактики и лечения нервно-психических нарушений.

Воздействие на психику, личность пациента не может быть эффективным без специального исследования психотерапевтической податливости (гипнобельности, внушаемости). Это несложное исследование, занимающее не более 15—20 минут, значительно облегчает последующую психолого-психотерапевтическую работу, способствуя выбору наиболее оптимальной лечебной методики.

Психотерапевтическая податливость определяется с помощью стандартных приемов.

1. Прием Куз и Бодуена № 1. Испытуемого ставят прямо, с вытянутыми вдоль тела руками. Ему предлагают закрыть глаза, расслабить мускулатуру, откинуть голову назад. Затем врач спокойно и уверенно внушает обследуемому: «Теперь, когда я отведу руку от вашего затылка, вы медленно упадете назад! Вас тянет назад! Вы уже падаете, падаете!» При этих словах врач отводит свою руку и в случае падения пациента, подхватывает его.

2. Прием Куз и Бодуена № 2 аналогичен предыдущему, но внушается падение вперед.

3. Прием В. Е. Рожнова. Испытуемому дают в руки три абсолютно чистые пробирки и заявляют, что исследуется обоняние. Затем предлагают «определить», в какой из них были керосин, нашатырный спирт, одеколон.

4. Прием А. Т. Филатова. Испытуемому внушают, что его веки смазаны липким kleem, и он не сможет раскрыть глаза.

5. Прием П. И. Буля. Берется неметаллический брускок, имитирующий магнит. Испытуемому предлагают взять в руки нитку с грузом (металлический шарик). «Магнит» подносится к грузу, а затем удаляется. При этом осуществляется внушение того, что груз постепенно начинает следовать за «магнитом» и раскачивается.

Количественная оценка терапевтической податливости проводится по пятибалльной системе: 3 балла — ярко выраженное представление, четкая и

быстрая реализация внушения; 2 балла — хорошо выраженная реакция на внушение; 1 балл — сомнительная реакция; 0 баллов — отсутствие эффекта; —1 балл — реакция испытуемого противоположна внушению.

После окончания исследования вычисляют показатель психотерапевтической податливости, равный частному от деления суммы баллов на количество использованных приемов. На основании этого показателя определяют степень психотерапевтической податливости: I (низкая) — до 0,75 балла; II (средняя) — до 1,5 балла; III (высокая) — до 2,25; IV (очень высокая) — до 3,0 балла.

При III — IV степени превалирующее значение должны иметь методы психологического воздействия (внушение, гипноз), при I — II — способы психического самовоздействия (аутогренинг, самовнушение) и фармакотерапевтические средства.

II. Седативно-мобилизирующий этап

Седативно-мобилизирующий этап продолжается первые 2 — 4 недели после операции. Основные задачи его: успокоение больных, перенесших состояние психоэмоционального стресса, связанного с кардиохирургическим вмешательством, формирование адекватного отношения к своему состоянию, обучение способам психической саморегуляции, создание лечебной перспективы и моделирование активных личностных позиций.

На этом этапе особое место следует отвести «рассудочной» психотерапии и мотивированному внушению. В первые дни после операции помимо соматического больные испытывают значительный психологический дискомфорт, вызванный тем, что они находятся в непривычных условиях отделения реанимации, в вынужденном положении, на управляемом дыхании, в относительной изоляции от окружающих.

Направленная «рассудочная» психотерапия поможет предупредить развитие и закрепление невротических реакций. Лучше проводить ее во время обхода, произнося фразы медленно с паузами между предложениями. Длительность сеанса не должна превышать 5 — 10 минут. Самое малейшее проявление объективного улучшения преподносится больному в убедительной форме, уверенным тоном. Например: «Состояние вашего здоровья уже начинает улучшаться. Операцию вы перенесли хорошо. Боли скоро пройдут. Станет легче дышать. Тонус сердца у вас звучные, чистые. С каждым днем вы будете чувствовать себя все лучше и лучше».

Необходимо избегать речевых оборотов с частицей «не» и двусмысленных фраз типа: «Не прислушивайтесь к неприятным ощущениям, а то вам станет еще хуже», «Больше ничем помочь не можем, ничего не поделаешь, ведь у вас возникли серьезные осложнения» и пр.

Клиническая динамика в послеоперационном периоде нередко имеет волнообразное течение. Пациенты, естественно, должны быть психологически готовы к возможным ухудшениям статуса, при этом врач всегда подчеркивает временный, преходящий их характер.

Врачам всех специальностей следует широко использовать приемы косвенной психотерапии, когда с помощью словесного внушения лечебные свойства придаются совершенно нейтральным агентам. Так, больным, страдающим функциональной бессонницей; после нескольких дней приема эффективных снотворных препаратов назначают новое «снотворное» — плацебо. Прием сопровождается словесным убеждением, что это хорошо действующий препарат, быстро вызывающий крепкий сон.

Важное значение приобретает усиление словом (психотерапевтическое потенцирование) реального лечебного воздействия — ЛФК, физиотерапевтических процедур, терапии. Например, при занятиях лечебной физкультурой пациентам разъясняют, что выполняемые ими упражнения способствуют улучшению кровообращения, укреплению сердца и всего организма.

В последние годы широкое распространение получил аутотренинг — метод патогенетической психотерапии, способствующий нормализации эффективно-волевой сферы, снижению эмоциональной напряженности. В основе метода лежит применение специальных формул самовнушения, позволяющих воздействовать на ряд психических и соматических процессов, в том числе не поддающихся контролю сознания в обычных условиях.

С помощью аутотренинга можно активно воздействовать на вегетативную нервную систему. Благодаря ее стабилизации тренирующийся становится более уверенным в себе, приобретает способность активно предупреждать неблагоприятные эмоционально-стрессовые состояния. Изменяется отношение к заболеванию, снижается фиксированность на патологических ощущениях, формируется активное отношение к процессу восстановления.

Обучение элементам аутотренинга целесообразно проводить сперва индивидуально (первые 2—4 сеанса), затем можно переходить к групповым занятиям (по 5—10 человек) в специальном помещении 2—3 раза в неделю.

Ниже описана специально разработанная методика психологической тренировки. Занятия может проводить врач любой специальности, прошедший соответствующую подготовку. Дополнительные возможности для коллективно-групповых занятий открывает применение современной магнитофонной и радиотехники.

Перед началом сеанса пациенты принимают удобное положение, чтобы испытывать минимум болезненных ощущений, связанных с соматическим состоянием (боли в области сердца, послеоперационной раны, застойные явления, одышка и т. п.). На время занятий включается метроном с частотой 40—60 ударов в 1 минуту. Формулы самовнушения произносят в медленном темпе, повторяя несколько раз. Продолжительность одного занятия — 15—30 минут.

I упражнение — «релаксация». Примерная формула самовнушения: «Я спокоен... совершенно спокоен... полный отдых... спокойствие... Постепенно все мышцы начинают расслабляться — от пальцев ног до головы... Расслабляются мышцы ног... мышцы рук... мышцы туловища... мышцы шеи... лица...

головы... Все отчетливее приятное чувство расслабления... покоя... Мышцы расслаблены для отдыха... Все тело отдыхает... расслабляется все больше с каждым ударом метронома... Совершенно спокойно».

2 упражнение — «тепло». Формула самовнушения: «Постепенно будет возникать ощущение приятного тепла... Оно усиливается с каждым ударом метронома... Кровеносные сосуды расширяются... все отчетливее будет ощущение теплоты... Согреваются ноги... руки... туловище... шея... теплыми становятся лицо... голова... Все отчетливее становится ощущение тепла с каждым ударом метронома... Тело согревается все больше... приятное чувство легкого тепла... Мышцы расслаблены, теплые... Совершенно спокойно...»

3 упражнение — «легкость». Формула самовнушения: «Мне хорошо и спокойно... Тело постепенно будет становиться легким... приятное ощущение легкости будет усиливаться с каждым ударом метронома... Легкими становятся ноги... руки... туловище... голова... Все мое тело словно пушинка... лежащая... парящая в воздухе... Мне легко... и спокойно... Тело как будто в состоянии невесомости... оно совсем легкое.., как будто растворяется... Все отчетливее ощущается приятная легкость... легкость... и спокойствие».

4 упражнение — «целевое самовнушение». Оно составляется индивидуально в зависимости от поставленных лечебных и психолого-педагогических задач. Формулы его следует повторять медленно, уверенным тоном, пытаясь глубоко прочувствовать внушенное состояние, «вжиться» в него, закрепить требуемое ощущение в психике. При астенических состояниях, повышенной раздражительности эффективна следующая форма: «Я всегда буду спокойным... уравновешенным... уверенным в себе... У меня постоянно должно быть ровное... спокойное настроение... Ко всем событиям, которые происходят, ко всему окружающему... я отношусь спокойно... Взаимоотношения со всеми знакомыми и незнакомыми людьми ровные... доброжелательные... Во всех обстоятельствах... я буду сдержаным... спокойным... Я управляю своими мыслями... и чувствами... в любых ситуациях».

5 упражнение — «активация». Проводится с целью выхода из состояния аутогенного погружения с помощью такой формулы: «Я хорошо отдохнул... моя нервная система... весь организм... наполнились энергией... силой... Постепенно исчезает ощущение расслабленности... Сонливость развеивается... появляется бодрость... мышцы сильные... упругие... Дыхание глубокое... активное... Голова свежая... светлая... Укрепилась сердечно-сосудистая система... Самочувствие бодрое».

После проведения сеанса осуществляется групповая беседа с целью выяснения эффективности занятия,дается задание для самостоятельной работы.

III. Этап активной психосоциальной реабилитации

Этап активной психосоциальной реабилитации длится в зависимости от особенностей соматического и психического состояния в последующие 4 — 8 недель и осуществляется в основном на базе санатория. Основные задачи

его состоят в терапии невротических и неврозоподобных расстройств, а также в коррекции и формировании нужных социальных установок личности.

На этом этапе ведущее место принадлежит методам коллективно-групповой психотерапии и способам психической саморегуляции, что не исключает использования фармакотерапевтических препаратов. Психофармакотерапия в отношении пациентов, оперированных по поводу приобретенных пороков сердца, имеет свои отличительные особенности и должна проводиться строго по показаниям, с учетом степени выраженности и характера психопатологических и соматических нарушений. Применение некоторых психотропных медикаментов у кардиохирургических больных нежелательно ввиду того, что они оказывают кардиотоксический эффект, вызывают привыкание, снижают волевую активность и т. п. Ниже дана характеристика психотропных средств, применение которых предпочтительно при лечении нервно-психических нарушений у больных, оперированных по поводу приобретенных пороков сердца. Эти медикаменты можно, естественно, применять по показаниям и на других этапах психической реабилитации.

АЗАФЕН — эффективен при депрессивных состояниях, кардиопротезном психопатологическом синдроме, астено-невротических состояниях с нарушениями сна и тревожными опасениями. Суточная доза: 0,05 — 0,15.

СИДНОКАРБ — психостимулятор с мягким действием. Эффективен при всех видах астений, ипохондрии. Доза: 0,005 — 0,01 в сутки. Назначается в первой половине дня.

АЦЕФЕН — показан при энцефалопатическом синдроме, астено-депрессивных, астено-ипохондрических состояниях по 0,1 — 0,3 в сутки.

ЭЛЕНИУМ — обладает седативным, антифобическим действием, уменьшает возбудимость лимбической системы. Назначается по 0,01 — 0,05 в сутки. В связи с выраженным миорелаксирующим действием использовать у больных с явлениями выраженной общей слабости не рекомендуется.

ТРИОКСАЗИН — эффективен при различных астено-невротических состояниях. Отличается от других транквилизаторов отсутствием миорелаксирующего эффекта, наличием активирующего компонента. Доза: 0,3 — 1,5 в сутки.

НИТРАЗЕПАМ — превосходит все транквилизаторы по способности нормализовать сон. Благодаря выраженной антikonвульсивной активности может с успехом назначаться при эпилептиформном синдроме. Суточная доза — 0,005 — 0,02.

ТАЗЕПАМ — обладает умеренным транквилизирующим, вегетотропным, противосудорожным и активирующим действием. Может назначаться соматически ослабленным больным по 0,01 — 0,05 в сутки.

ПРОПАЗИН — оказывает седативный эффект, уменьшает двигательную активность, потенцирует действие наркотических и анальгетических веществ. Лечение начинают с 0,025 в сутки после еды, прибавляя по 0,025 ежедневно до оптимальной суточной дозы.

ТЕРАЛЕН — показан при депрессивном, ипохондрическом, сенестопатическом, кардиопротезном психопатологическом синдромах, тревожных и навязчивых состояниях с расстройствами сна. Назначают по 0,005—0,05 в сутки в зависимости от степени нарушений.

НЕУЛЕПТИЛ — эффективен при психопатоподобных нарушениях, раздражительности, конфликтности, истерических расстройствах. Доза: 0,005—0,02 в сутки.

НООТРОПИЛ — улучшает ассоциативные функции, повышает энергетический обмен в клетках головного мозга. Эффективен при психоорганическом синдроме, нарушениях памяти, астениях, облегчает контакты с больными, улучшает интеллектуально-мнестические функции. Суточная доза: 0,8—2,0.

Следует помнить, что определенные возможности несет в себе и психотерапия через искусство. В этом плане следует особо отметить **БИБЛИОТЕРАПИЮ**, в основе которой лежит применение в ходе лечения специально подобранный литературы, и **МУЗЫКОТЕРАПИЮ** — воздействие на психическое состояние с помощью музыкальных произведений. Литературу следует подбирать так, чтобы она не только оказывала отвлекающее от болезненных переживаний воздействие, но и способствовала выработке оптимистического настроения, активизации личности. Полезно коллективное прослушивание классической музыки. Успокаивающее воздействие оказывают вторая часть Шестой симфонии Бетховена, nocturni соль-минор Шопена, «Аве Мария» Шуберта. Тонизирующий эффект имеют третья часть Шестой симфонии Чайковского, Венгерская рапсодия № 2 Листа.

В период пребывания в санатории шире следует использовать **ЛАНДШАФТОПСИХОТЕРАПИЮ**. Особо отметим, что прогулки по местности с обилием солнечного света и чистого воздуха оказывают положительное стимулирующее воздействие при депрессивных, астенических, ипохондрических синдромах. Подобно музыко- и ландшафтотерапии действует созерцание специально подобранных пейзажей, панорам, диапозитивов с видами природы, архитектурных сооружений, художественных полотен.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

Специальные исследования показали, что лишь 1/5 часть больных связывает с предстоящей операцией надежду на поддержание своего общественного статуса. У остальных установка на кардиохирургическое вмешательство связывалась только с возможностью продлить жизнь. Причем около 40—50% больных считают, что сам факт операции на сердце дает им право на получение более высокой группы инвалидности. Закреплению рентных, иждивенческих установок личности нередко способствует создание в послеоперационном периоде необоснованно щадящего режима, что ограничивает физическую и социальную активность оперированных. А это не только приводит к формированию патологических черт личности, снижению «качества» жизни, но и может оказывать неблагоприятное влияние на течение основного заболевания.

«Уход в болезнь», депрессивный фон настроения, страх перед физическим и интеллектуальным напряжением, уверенность в том, что возвращение к систематическому труду причинит вред сердцу, могут свести на нет результаты сложной операции и полноценной физической реабилитации.

Уже в предоперационном периоде после того, как принято окончательное решение врачей и самого пациента о проведении хирургического вмешательства, необходимо изменить психологическую установку на болезнь как на неизлечимую, подчеркивая, что операция открывает реальную возможность для восстановления здоровья и возвращения к активной жизни.

В отделениях целесообразно иметь специальные стенды с доступной информацией об операции, послеоперационном периоде, методах реабилитации, возможностях и преимуществах возвращения к активной жизни и труду, вреде неоправданной инвалидности. Подобная информация несет значительный психотерапевтический потенциал.

Больной должен осознать, что в конечном исходе лечения и реабилитации многое зависит от его собственных усилий. Важной задачей психосоциального воздействия на послеоперационных этапах реабилитации является создание четкой установки на систематическое лечение, выполнение врачебных рекомендаций, постепенное расширение режима физических и психологических нагрузок.

Активной ресоциализации способствуют групповые беседы по актуальным для больных вопросам с последующим обсуждением. В круг бесед включается такая тематика: «О правильном отношении к заболеванию и своему здоровью», «Физическая активность и сердце», «Роль нервной системы в регуляции сердечной деятельности», «Трудовая деятельность — залог активного долголетия» и т. п. Выступление врача всегда должно быть четко аргументированным, снабженным конкретными примерами из опыта лечебно-восстановительной работы. Целесообразно к проведению таких бесед привлекать оперированых с хорошими результатами реабилитации. Выступление пациентов с успешными результатами лечения способствует формированию у больных оптимистического взгляда на будущее, всегда служит дополнительным стимулом для пациентов, проходящих курс реабилитации.

IV. Поддерживающе-корригирующий этап

Поддерживающе-корригирующий этап начинается во время пребывания в санатории, а затем осуществляется в процессе амбулаторного наблюдения и при повторных поступлениях в клинику или санаторий. Ведущие задачи этапа заключаются в поддержании достигнутого уровня психосоциальной адаптации, психопрофилактической «санации», проведении психотерапевтических мероприятий.

За несколько дней до выписки из стационара у большинства больных появляется «предотъездное беспокойство». У некоторых пациентов может усиливаться психопатологическая симптоматика. Больные с рентными установками личности нередко настаивают на продлении срока пребывания в сана-

тории или просят о переводе их в клинику в связи с «ухудшением самочувствия». Больные, привыкшие находиться в клинике и санатории под наблюдением квалифицированных специалистов, опасаются, что не смогут сохранить достигнутый уровень психофизического состояния.

С такими пациентами необходимо провести психотерапевтическую беседу, разъяснить причины возникшего состояния. Необходимо провести направленную психотерапевтическую коррекцию в плане смягчения связанных с отъездом переживаний, волнений, укрепления веры в собственные силы и возможности, подчеркнув, что пациент может вести переписку со специалистами, которую впоследствии целесообразно использовать как элемент поддерживающей психотерапии.

Перед отъездом больным дают конкретные психосоциальные советы, включая такой вопрос, как возвращение к труду. При этом, естественно, следует учитывать функциональные возможности организма. Пациентов с хорошим исходом реабилитации ориентируют на возвращение к труду, к активной и полноценной жизни. Неработоспособным больным указывают на необходимость тщательного выполнения лечебно-тренировочных мероприятий, направленных на мобилизацию механизмов компенсации и адаптации. Понятно, что чем хуже прогноз в соматическом отношении, тем осторожнее должны быть и психосоциальные советы. В большинстве случаев акцент в психотерапевтических беседах с такими больными следует ставить на то, что освобождение от труда и пенсия даются не только из гуманных соображений, но и для того, чтобы за этот период больной мог предпринять активные меры для возвращения к труду, к общественно-полезной деятельности.

В целом, включение поэтапной системы психической реабилитации в лечебно-восстановительные программы позволяет своевременно устраивать и предупреждать развитие психопатологических состояний, способствует повышению уровня личностной, семейной, социально-трудовой адаптации больных, оперированных по поводу приобретенных пороков сердца.

УТВЕРЖДАЮ

руководитель учреждения, в котором

проведено внедрение

19 ____ г.

АКТ О ВНЕДРЕНИИ

1. Наименование предложения для внедрения (метод профилактики, диагностики, лечения, устройство, форма организационной работы и др.).

2. Кем и когда предложено _____
наименование учреждения, автор, № авторского

свидетельства и № рацпредложения

3. Источник информации (методические рекомендации, информационное письмо, отчет о НИР, диссертации, монографии, съезды, конференции, семинары и др.).

4. Где и когда внедрено _____
наименование лечебного учреждения

дата начала внедрения

Общее количество наблюдений _____

5. Результаты применения метода за период с _____ г. по _____ г.
положительные (количество наблюдений) _____
неопределенные (количество наблюдений) _____
отрицательные (количество наблюдений) _____

6. Эффективность внедрения (сокращение продолжительности пребывания в стационарах, срока амбулаторного лечения, временной нетрудоспособности, снижение инвалидности, летальности, экономический эффект, др. показатели)

7. Замечания, предложения _____

Дата _____ Подпись _____

ответ. за внедрение

ПРИМЕЧАНИЕ: 1) пп. 1—2 заполняются разработчиком,
2) пп. 3—7 — заполняются организацией, внедрившей
разработку.
3) акт внедрения направляется организации-разработчику,
наименование которой приведено в п. 2.

БФ 37540.

Зак. 3000.

Тираж 500.

12.XI.80 г.

Попельнянская районная типография.