

**Российское психологическое общество
Союз реабилитологов России**

**КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПРИ
ТОТАЛЬНОМ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ СУСТАВОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

**КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ ПСИХОЛОГОВ**

Москва 2016

Рабочая группа по подготовке текста рекомендаций:

Ларина А.В., клинический психолог (Барнаул)

Юдаева А.В., клинический психолог (Москва)

Научное редактирование: Творогова Н.Д., д. психол. н., профессор; Рассказова Е.И.,

к. психол. н.

Утверждено

Профильная комиссия по медицинской психологии Экспертного Совета МЗ РФ

Председатель Ю.П.Зинченко

Профильная комиссия по медицинской реабилитации Экспертного Совета МЗ РФ

Председатель Г.Е. Иванова

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВАШ - визуально-аналоговая шкала

ВКБ – внутренняя картина болезни

КБТ – когнитивно-бихевиоральная психотерапия

МДБ - мультидисциплинарная реабилитационная бригада

П/О – после операции

ТЭСНК - тотальное эндопротезирование суставов нижних конечностей

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	5
Термины и определения	7
Методология составления клинических рекомендаций	9
Ситуационная модель пациента	11
1. Предоперационная психологическая подготовка пациентов к ТЭСНК	12
1.1. Информирование пациентов	
1.2. Психологическая подготовка	14
2. Клинико-психологическое сопровождение пациентов в послеоперационном периоде после ТЭСНК	16
Литература	20
Приложения	24

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время в хирургическом лечении пациентов с 3-4 стадией артроза крупных суставов нижних конечностей постепенно вводится модель быстрого восстановления (на основе зарубежной модели - Rapid Recovery Program), которая предполагает сокращение сроков пребывания в стационаре и внедрение интенсивной программы реабилитации уже в раннем послеоперационном периоде. В программе быстрого восстановления присутствует определенный стандарт лечения больных, поступающих в стационар для тотального эндопротезирования суставов. По этому стандарту пациенты госпитализируются в стационар, полностью пройдя предоперационное обследование амбулаторно, получают хирургическое лечение, как правило, на следующий день после поступления и выписываются на 4-7 сутки после операции. При таком алгоритме лечения процесс активной адаптации пациентов к условиям стационара проходит в максимально сжатые сроки, что может способствовать появлению психологического дискомфорта. По данным чешских авторов, около 75% всех госпитализированных адаптируются к условиям стационара в течение 5 дней (цит. по Б.Д. Карвасарский), [11]. Неблагоприятное психоэмоциональное состояние может являться мощным фактором, оказывающим отрицательное влияние на темпы и качество лечебно-реабилитационного процесса.

Внутренними причинами возникновения трудностей в процессе лечения, как правило, являются: пожилой возраст пациентов (в большинстве случаев средний возраст пациента – 65-75 лет), наличие большого количества сопутствующих заболеваний, снижение когнитивных функций, наличие устоявшихся акцентуаций личности, недостаток информации или неверные представления о предстоящем лечении.

Согласно современной парадигме представление о пациенте, его психической деятельности и психосоматическое единство рассматриваются как открытая саморазвивающаяся система [3, 4, 5, 6, 7]. Ограниченные заболеванием условия жизнедеятельности можно рассматривать как «кризисы развития». В трудах Л.С. Выготского и его последователей можно увидеть, что в момент кризиса прежняя организованность системы нарушается, система становится неустойчивой, в результате чего создаются условия для выбора пути развития: устремление системы на более высокие уровни развития и реализация адаптационных ресурсов, либо движение по пути упрощения и разрушения в качестве сложной самоорганизующейся системы. Это явление называют «уход личности в болезнь». Важной диагностической задачей психолога на данном этапе является выявление внешних и внутренних психологических детерминант, обуславливающих появление

позитивных психологических новообразований и возможность перехода системы на качественно новый уровень функционирования. Программа психологического сопровождения должна учитывать индивидуально-личностные особенности ВКБ и мотивационную сферу деятельности [7]. Согласно представлениям А.Н. Леонтьева, основу личности составляет иерархически организованная структура мотивов [16]. Известно, что чем больше смыслообразующих мотивов в структуре личности, тем выше личностный потенциал в преодолении жизненных проблем [7]. Клинико-психологическое сопровождение предполагает формирование у пациентов сознательного активного участия в лечебных и реабилитационных мероприятиях. Мультидисциплинарной бригадой специалистов, совместно с пациентом, формулируется цель реабилитационной программы, созданная с учетом его личностных качеств, сохраненных звеньев мотивационного и регуляционного компонентов психической деятельности и личностно значимых целей [7].

Для психологической подготовки пациентов к оперативному лечению и клинико-психологического сопровождения процесса реабилитации в состав мультидисциплинарной реабилитационной бригады включается медицинский психолог, в задачи которого входит:

1. Организация программы психологической подготовки пациентов к операции и ускоренной реабилитации;
2. Диагностика и коррекция негативного психоэмоционального фона пациентов до и после хирургического вмешательства;
3. Формирование у пациентов устойчивой приверженности к лечению (комплаенс);
4. Формирование адекватной внутренней картины болезни;
5. Создание установки активного участия пациента в реабилитации;
6. Формирование у пациентов мотивации на улучшение качества жизни и здоровья;
7. Преодоление ригидных инвалидизирующих психологических установок пациентов относительно своего состояния.

В качестве цели психологической реабилитации, после оперативной замены коленного и тазобедренного суставов, рассматривается создание психологически обоснованных условий для потенцирования активного самостоятельного продуктивного развития личности в новых, хотя и ограниченных условиях. Процесс реабилитации понимается при этом как системная деятельность, направленная на восстановление личностного и социального статуса пациента особым методом, главное содержание которого состоит в опосредовании через личность пациента лечебно-восстановительных воздействий и мероприятий [7].

Медицинский психолог проводит клинико-психологическое обследование и психологическую реабилитацию пациентов. Клинико-психологическая реабилитация включает в себя работу с пациентом, его родными и близкими и командой специалистов по профилактике возникающих трудностей и психологической помощи в ситуации лечения и реабилитации.

Требования к квалификации медицинского психолога: высшее профессиональное образование по специальности "Клиническая психология" без предъявления требований к стажу работы либо, высшее профессиональное (психологическое) образование и профессиональная переподготовка по специальности "Клиническая психология" без предъявления требований к стажу работы [21].

Данные клинические рекомендации представляют собой практическое руководство для медицинских психологов по реабилитации пациентов после тотального эндопротезирования коленного и тазобедренного суставов и предназначены для диагностики и реабилитации пациентов на втором этапе медицинской реабилитации [20].

Рекомендации прошли процессы авторской разработки, редактирования, обсуждений и рецензирования под руководством председателей профильных комиссий по медицинской психологии и медицинской реабилитации Экспертного Совета МЗ РФ.

Пересмотр Рекомендаций осуществляется по мере получения новых клинических данных, обобщений приобретённого опыта, но не реже, чем 1 раз в 5 лет.

ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

1. **Rapid Recovery Program** – подход к хирургическому лечению пациентов с остеоартрозом коленных и тазобедренных суставов, предложенный за рубежом, предполагающий наличие мультидисциплинарного подхода к лечебному процессу, раннюю послеоперационную активизацию пациентов, введение стандартизированных протоколов лечения, информирование и обучение пациентов на всех этапах лечения.

2. **Тотальное эндопротезирование суставов нижних конечностей (ТЭСНК)** – современное высокотехнологическое хирургическое вмешательство, которое заключается в замене поврежденного сустава на искусственный. Целью таких операций является уменьшение боли, восстановление длины конечности, улучшение функции сустава, устранение его деформации и улучшение качества жизни пациентов.

3. **Мультидисциплинарная реабилитационная бригада (МДБ)** – кооперация специалистов, которые работают как единая команда, имея конкретные цели, четкую согласованность действий и обеспечивая целенаправленный подход к реализации задач реабилитации. В состав реабилитационной бригады травматолого-ортопедического направления могут входить: врач–травматолог-ортопед, врач-анестезиолог-реаниматолог, врач-терапевт, врач ЛФК, врач-невролог, клинический психолог, инструктор-методист ЛФК, социальный работник, медсестра [20].

4. **Внутренняя картина болезни (ВКБ)** – структурное образование субъективной стороны заболевания, включающее различные уровни отражения болезни в психике субъекта. ВКБ – это основной комплекс вторичных, психических по своей природе, симптомов заболевания, который в ряде случаев может осложнять течение болезни, препятствовать успешности лечебных мероприятий и тормозить ход реабилитационного процесса. Он может сам по себе стать источником стойкой инвалидизации пациента [18]. В модели, представленной В. В. Николаевой, внутренняя картина болезни рассматривается как следствие взаимодействия механизмов саморегуляции: чувственное опосредование как отражение динамики влияния особенностей ощущений на отношение к болезни; эмоциональное опосредование как влияние особенностей эмоциональной реакции на отношение к болезни; когнитивное опосредование представлено теми убеждениями, знаниями, представлениями, которые опосредуют отношение к болезни; мотивационно-смысловое опосредование связано с определенным отношением пациента к своему заболеванию, с изменением поведения и образа жизни в условиях болезни и актуализацией деятельности по возвращению и сохранению здоровья. Личностно-мотивационный уровень саморегуляции может быть рассмотрен как особая форма внутренней деятельности, мотивы и цели которой заключаются в сохранении внутренней гармонии, самоидентичности, обеспечивающих успешность самоактуализации [12, 18, 19, 25].

5. **Психологическое консультирование** – профессиональная помощь клиенту в поиске разрешения его проблемной ситуации. Специфические отношения, при которых возможен способ общения, позволяющий человеку изучать свои чувства, мысли и поведение, с тем, чтобы прийти к более ясному пониманию самого себя, а затем открыть и использовать свои сильные стороны, опираясь на внутренние ресурсы [8].

6. **Психологическая саморегуляция (деятельности)** – системно организованный процесс внутренней психической деятельности человека по инициации, построению, поддержанию и управлению разными видами и формами произвольной активности, проявляющейся достижением принимаемых человеком целей. Соответствующие процессы, которые направлены на цель, предполагают внесение субъектом корректирующих изменений,

требующихся для того, чтобы оставаться на пути к цели. Психологическая саморегуляция психоэмоционального состояния – применение приемов и методов психологического самовоздействия с целью коррекции неблагоприятных эмоциональных реакций, негативно влияющих на функционирование человека в различных жизненных ситуациях и приводящих к дезадаптации.

7. **Приверженность к лечению (комплаенс)** – степень соответствия поведения пациента в отношении соблюдения режима, назначений и пр. рекомендациям, полученным от врача. I.E. Leppik дает широкое определение комплаентности из трех составляющих: тип поведения, степень комплаентности и степень целеустремленности пациента [10].

8. **Школа пациентов** – обучающие коррекционные занятия с пациентами на различных этапах лечебно-реабилитационного процесса, задачами которого являются: оценка психоэмоционального статуса пациента, формирование адаптивного поведения при заболевании, повышение мотивации к соблюдению лечебного режима, создание установки активного участия в реабилитации, обучение пациента самоконтролю, самообладанию, самоуправлению настолько, насколько это возможно в каждом конкретном случае с учетом исходного состояния здоровья, менталитета, интеллекта и возраста.

9. **Когнитивно-бихевиоральная психотерапия (КБТ)** – широко распространённая комплексная форма психотерапии, сочетающая в себе когнитивную терапию с поведенческой терапией. КБТ является краткосрочной, директивной, структурированной, симптомо-ориентированной психотерапией, эффективность которой научно обоснована. Когнитивный подход исходит из предположения, что психологические проблемы и нервно-психические расстройства вызваны нелогичными или нецелесообразными мыслями и убеждениями человека, а также дисфункциональными стереотипами его мышления, изменив которые, проблемы можно решить. Поведенческий подход, основанный на теориях бихевиоризма, фиксирует свое внимание исключительно на поведении человека и предполагает его изменение путём выработки желаемых форм поведения и угашении нежелательных форм.

МЕТОДОЛОГИЯ СОСТАВЛЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

- поиск в электронной базе данных
- публикации в профильных медицинских журналах, монографиях

Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств:
доказательной базой для рекомендаций явились публикации, вошедшие в базу данных PUBMED, Cochrane Library. Глубина поиска составила 15 лет.

Методы, использованные для оценки качества доказательств:

- консенсус экспертов

Методы, использованные для формулировки рекомендаций:

- консенсус экспертов.

Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points – GPPs):

Рекомендуемая качественная практика базируется на клиническом опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

Экономический анализ:

Анализ стоимости не проводился.

Метод валидации рекомендаций:

- внешняя экспертная оценка
- внутренняя экспертная оценка

Консультации и экспертная оценка

Настоящие рекомендации были представлены для дискуссии в предварительной версии на сайте Союза реабилитологов России <http://rehabrus.ru/>

Экспертная оценка проводилась ведущими экспертами в области медицинской психологии, членами Российского психологического общества <http://www.psyrus.ru/>.

Рабочая группа:

Для окончательной редакции клинические рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы на основе результатов экспертных оценок и профессиональных дискуссий.

Пересмотр Рекомендаций осуществляется по мере получения новых клинических данных, обобщений приобретённого опыта, но не реже, чем 1 раз в 5 лет.

СВЯЗАННЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ СООБЩЕСТВ РФ

1. Реабилитация при эндопротезировании тазобедренного сустава в специализированном отделении стационара.
2. Реабилитация при эндопротезировании коленного сустава.

СИТУАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Обязательная составляющая модели	Описание составляющей
Клиническая ситуация	Подготовка к тотальному эндопротезированию суставов нижних конечностей на амбулаторном и стационарном этапах, реабилитационный период после ТЭСНК в специализированном стационаре
Группа заболеваний согласно МКБ-10	M16, M17
Профиль подразделения, медицинской организации	Травматолого-ортопедическое отделение, отделение восстановительного лечения и реабилитации
Функциональная составляющая медицинской организации	Травматология, ортопедия, восстановительное лечение и реабилитация
Домены МКФ, связанные с диагностикой	b 152 – функции эмоций b 280 – ощущение боли d 240 – преодоление стресса и других психологических нагрузок
Домены МКФ, связанные с реабилитацией пациентов	b 122 – глобальные психосоциальные функции b 130 – волевые и побудительные

	функции d 570 – забота о своем здоровье
Этапы реабилитации (Приказ МЗ РФ № 1705н от 29.12.2012)	2 этап
Возраст пациента	18-90 лет

1. ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТОВ К ТЭСНК

1.1 Информирование пациентов.

Поскольку применяемая методика реабилитации предполагает раннее включение пациента в интенсивную работу по восстановлению амплитуды движений в суставе и мышечного тонуса оперированной конечности, одной из задач психолога в подготовительном периоде является помощь врачу в создании условий для формирования активной позиции пациента в лечении, понимания его ответственности за соблюдение графика и режима реабилитационных мероприятий. Предоперационное информирование пациентов влияет на формирование ВКБ, прежде всего, на рациональную и мотивационную ее составляющие. Согласно подходу В.В. Николаевой, в внутренней картине болезни выделяют 4 уровня [18, 19]:

- чувственный уровень,
- эмоциональный уровень,
- интеллектуальный уровень,
- мотивационный уровень.

Работа по информированию пациентов перед и после тотального эндопротезирования суставов нижних конечностей позволяет психологу работать через интеллектуальный уровень ВКБ с другими её уровнями. Формируя адекватную ВКБ, пациент приобретает уверенность в своих силах, позицию приверженности лечению и активную включенную позицию в процесс реабилитации. Превентивное выявление неадекватной ВКБ позволяет предупредить не только психологические, но и клинические проблемы (несоблюдение пациентом правил послеоперационной реабилитации), которые могут вытекать из неправильного представления пациента о своем заболевании, этапах лечения и его возможном исходе, что может повлиять на степень удовлетворенности пациентом

результатом лечения. Устранение информационных неточностей, ошибочных суждений по поводу лечения помогает пациентам адекватно сформировать стратегию поведения и ожидания относительно лечебного процесса, результатов операции и последующей реабилитации.

Учитывая специфику и сложность предстоящего лечебно-реабилитационного процесса, предоперационное информирование рекомендовано проводить за несколько недель до госпитализации на амбулаторном этапе. При поступлении в стационар, учитывая эмоционально-личностные и когнитивные особенности пациентов, целесообразно проводить повторное информирование для профилактики стресса при подготовке к операции. Данные зарубежных исследований показывают положительное влияние догоспитальной информационной подготовки на снижение уровня предоперационной тревоги пациентов [34]. Также существуют данные о снижении выраженности послеоперационной боли у пациентов, которым до операции предоставляли информацию о природе боли и способах саморегуляции болевых ощущений [41].

Информирование о предстоящем лечебно-реабилитационном мероприятии проводится лечащим врачом и специалистом по реабилитации, которые также привлекают к этому медицинского психолога.

Задачами медицинского психолога на этапе подготовки к операции являются:

1. Диагностика психологического статуса пациентов;
2. Профилактика стресса при подготовке к операции;
3. Разъяснение источника и природы тревоги;
4. Обучение способам саморегуляции чувства тревоги;
5. Консультирование пациентов, направленное на преодоление ригидных неадаптивных психологических установок относительно своего состояния, тревог, страхов и мыслей в консультации с пациентом (беспомощность, катастрофизация в восприятии своего состояния, неадекватная оценка сложности операции);
6. Помощь пациенту при формировании адекватного целостного образа процесса лечения и реабилитации и его ожидаемых результатов, согласно той информации, которую предоставил пациенту лечащий врач;
7. Выработка психологической установки на активную реабилитацию.

Для повышения эффективности усвоения информации, предоставляемой медицинским психологом, её подачу рекомендуется производить несколькими способами. Рекомендуется

дополнять устную подачу информации вспомогательными средствами (видеоролики, схемы, таблицы и наглядные пособия). Данные зарубежных исследований указывают на положительное влияние предоперационного обучения с использованием видеоматериалов на послеоперационное состояние и удовлетворенность лечением пациентов [27, 30]. Также целесообразно обеспечить пациентов печатными методическими материалами с рекомендациями для самостоятельной проработки предоставленной информации. Существуют данные, свидетельствующие о положительном влиянии подобных сочетанных форм подачи информации на темпы и качество послеоперационной реабилитации [43]. Оптимальной формой обучения является работа в группах не более 15 человек [2].

1.2. Психологическая подготовка.

Психологическая подготовка включает в себя оценку психологического статуса пациента, обучение приемам психологической саморегуляции, а также психологическое консультирование и психокоррекцию.

Оценка психологического статуса проводится с использованием стандартизированных психодиагностических методик и включает в себя исследование уровня тревоги, депрессии, отношение к заболеванию, мотивации к выздоровлению:

Таблица 1. Методы диагностики

<i>Методики (название)</i>	<i>Тип диагностической методики</i>	<i>Оцениваемые параметры</i>
Госпитальная шкала оценки тревоги и депрессии (HADS) (Zigmond A, Snaith R., 1983, Смулевич А.Б.,1999) [1]	Стандартизованная, количественная оценка признака	Выраженность признаков тревоги и депрессии.
Методика оценки тревожности Спилбергера-Ханина [1]	Стандартизованная, количественная оценка признака	Субъективная оценка личностной и ситуативной тревожности.
Тестовая методика ТОБОЛ [22]	Стандартизованная, количественная оценка признака	Диагностика отношения к болезни

Выбор методов всегда определяется конкретной задачей, которую ставит клиническая практика. При планировании исследования необходимо подобрать методы таким образом, чтобы они дополняли друг друга и компенсировали недостатки. Данные стандартизованных тестовых методик рекомендуется дополнять данными, полученными от пациента в клинической беседе. Диагностика ВКБ начинается с выслушивания жалоб больного в беседе с ним, выясняется, что заставило больного обратиться к врачу: тревога за состояние здоровья, невозможность трудиться, боль, родственники. Важно учитывать степень осознанности пациентом своих симптомов и источника их формирования, личностную ценность, которую несёт для пациента симптом, его отношение к нему. При обследовании важно учитывать систему отношений личности к факту обследования, своей болезни, лечебно-реабилитационным процедурам [18]. Методы в каждом диагностическом случае подбираются, исходя из поставленных целей и задач, когнитивных особенностей пациентов, возраста, доступности пациенту способа выполнения методики.

Обучение приемам саморегуляции можно проводить как в групповом, так и в индивидуальном режиме. К методам саморегуляции относятся методики управления дыханием, методики релаксации (см. Приложения). Исключение составляют пациенты с нарушениями функции дыхания, эпилепсией и судорожным синдромом, а также с выраженной психопатологической симптоматикой. Такие пациенты, при отсутствии противопоказаний к оперативному вмешательству, проходят психологическую подготовку в индивидуальном порядке.

Для работы с болью целесообразно обучить пациентов использованию методик релаксации и визуализации, а также ознакомить пациентов с Визуально-аналоговой шкалой оценки боли (ВАШ) и ее модификациями (10-балльная шкала, «лицевой» вариант шкалы, цветовая оттеночная шкала и др.).

Для психологической работы с неблагоприятным эмоциональным состоянием, неадаптивными установками пациентов рекомендуется использовать приемы следующих методов:

- рациональная психотерапия,
- когнитивно-бихевиоральная терапия,
- методики управления дыханием, релаксации, визуализации (см. Приложения).

2. КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ТЭСНК

Основными трудностями ближайшего послеоперационного периода являются: выраженный болевой синдром в течение 1-2 суток п/о, побочные явления анестезии (слабость, головокружение, тошнота, снижение когнитивных функций), резкая смена привычного образа жизни из-за ограничений реабилитационного периода п/о. Задача психологической реабилитации состоит в работе с эмоционально-личностной сферой пациента.

На данном этапе реабилитации основной задачей психологического сопровождения является работа по поддержанию комплайенса и устойчивой мотивации к выздоровлению.

Препятствием для активной реабилитации может являться концентрация пациентов на собственном негативном самочувствии (выраженный болевой синдром, ограничение движений, побочные эффекты анестезии). Для комплексного воздействия, наряду с медикаментозной коррекцией негативных явлений раннего послеоперационного периода, осуществляемой лечащим врачом, рекомендуется применение различных психокоррекционных методов, таких как:

- рациональная психотерапия,
- аутотренинг, методики визуализации,
- техники управления дыханием, техники релаксации [39],
- техники когнитивно-бихевиоральной психотерапии: оценка выраженности признака по шкалам, работа с мыслями.

Психологический синдромный анализ позволяет решать задачи, поставленные послеоперационным этапом ТЭСНК (поддержание комплайенса, формирование смыслообразующего мотива деятельности). Психологический синдромный анализ позволяет описать многофакторную структуру психической деятельности и выявить синдромообразующий радикал. Л.С. Выготский использовал представление о психологическом синдроме как о структуре, представленной совокупностью каузально связанных разноуровневых симптомов. Им вводится представление о первичных и вторичных симптомах как различных по природе феноменов (вторичные симптомы, в отличие от первичных, являются сугубо психологическими по природе и механизму

возникновения) [3, 6, 7]. Исходя из этих предположений, недостаточно устранить первичные, то есть биологические причины нарушений, работа команды специалистов должна быть направлена и на вторичные симптомы. Синдромный анализ позволяет работать с эмоционально-личностными нарушениями у пациентов, выявляя не только нарушенные факторы, синдромообразующий радикал, но и сохранные звенья в психической деятельности, на которых строится дальнейший реабилитационный процесс. В исследованиях показана структура психосоматического синдрома, которая задается факторами: мотивационным, регуляционным и психофизиологическим [3]. Выделенные компоненты психической деятельности являются мишенью психотерапевтической работы при ТЭСНК. Решая задачи психологического сопровождения, направленные на уменьшение тревоги у пациентов из-за своего состояния, профилактику беспомощности, пассивной роли в лечении и вторичной выгоды болезни, психолог работает на уменьшение хронификации симптомов.

Психокоррекция боли

Послеоперационный болевой синдром является одним из факторов, препятствующим включению пациента в процесс активной ранней реабилитации. Боязнь движений у пациента после оперативного лечения чаще обусловлена сочетанием воспоминаний о хронической боли и послеоперационной болью. Международной ассоциацией боли в 1994 году было предложено такое определение: «Боль – это неприятное чувственное и эмоциональное переживание, которое возникает при существующем повреждении и угрозе повреждения ткани». Это определение подчеркивает, что боль – явление психическое, субъективное, одновременно чувственное и эмоциональное [13].

Первым шагом в работе с послеоперационной болью является предоперационное информирование пациентов лечащим врачом о природе боли, возможном характере и динамике болевых ощущений в раннем послеоперационном периоде, способах медикаментозного обезболивания. Задачей психолога является обучение пациентов психокоррекционным методам саморегуляции эмоций и восприятия болевых ощущений. В процессе обучения необходимо добиться понимания субъективности ощущений боли и устранить дисфункциональные установки относительно катастрофичности, непереносимости и неконтролируемости болевых ощущений. На рисунке 1 представлена схема компонентов боли, на основе которой целесообразно разрабатывать информационные материалы для пациентов.

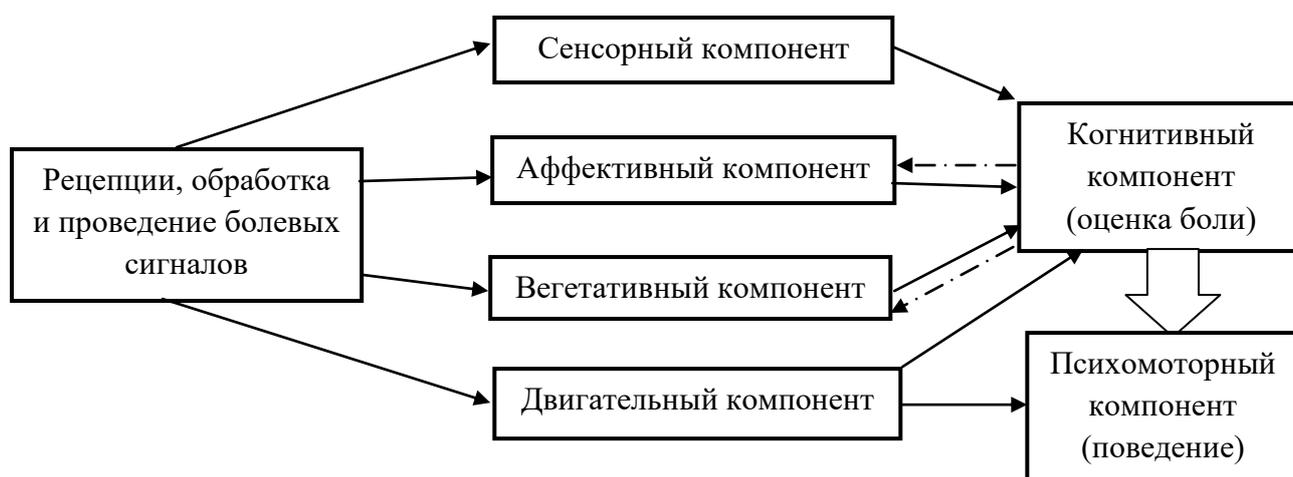


Рис.1 Компоненты боли.

Для диагностики выраженности послеоперационного болевого синдрома рекомендуется использовать различные методики, такие как Визуально-аналоговая шкала оценки боли. При возникновении трудностей использования ВАШ (для пациентов старшего возраста, при когнитивном снижении) рекомендуется использовать упрощенные модификации шкалы (10-балльная шкала, шкала с изображениями лиц, цветовая оттеночная шкала и др.).

Коррекция выраженного болевого синдрома после оперативного лечения является одной из задач мультидисциплинарной реабилитационной бригады. Важно, как можно раньше выяснить причину болевого синдрома и комплексно его купировать. Медикаментозную коррекцию болевого синдрома осуществляет врач, воздействуя на патофизиологические механизмы боли. Психологическая коррекция эмоционального состояния и выработка активных способов совладания с болью осуществляются медицинским психологом. Психолог работает именно с эмоционально-личностными факторами боли, стараясь не допустить её хронификации.

Для психокоррекции болевого синдрома используется:

- рациональная психотерапия,
- методики визуализации, релаксации, осознанной медитации, управления дыханием [39],
- экзистенциальные техники: смысл боли,
- техники когнитивно-бихевиоральной психотерапии: оценка выраженности признака по шкалам.

Сочетание методов предоперационного информирования, фармакологической и психологической поддержки позволяет добиться контроля над болевыми ощущениями и ранней активизации пациента в процессе реабилитации [39].

ЛИТЕРАТУРА

1. Белова Н.А., Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации, М.: Медицина, 2002.
2. Вачков И.В., Основы технологии группового тренинга, Ось-89, 1999.
3. Зинченко Ю.П., Первичко Е.И. Синдромный подход в психологии телесности (на примере исследования больных с пролапсом митрального клапана) // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология - 2012. - №2 - с. 57-67.
4. Зинченко Ю.П., Первичко Е.И. Методология синдромного анализа Л.С. Выготского – А.Р. Лурии и постнеклассическая рациональность, Корсакова Н.К., Микадзе Ю.В. (ред.), Наследие А.Р. Лурии в современном научном и культурно-историческом контексте: К 110-летию со дня рождения А.Р. Лурии. М.: Факультет психологии МГУ имени М.В. Ломоносова; 2012. С. 37-69.
5. Зинченко Ю.П., Первичко Е.И. Постнеклассическая методология в клинической психологии: научная школа Л.С. Выготского – А.Р. Лурии. Национальный психологический журнал; 2012 (6); 8(2): 32-45.
6. Зинченко Ю.П., Первичко Е.И. Эвристическая ценность постнеклассических моделей в психосоматике (на примере синдромного подхода Л.С. Выготского – А.Р. Лурии). Вопросы психологии; 2014; 1: 14-27.
7. Зинченко Ю.П., Первичко Е.И., Тхостов А.Ш. Методологические основы и задачи психологической реабилитации онкологических больных // Вестник восстановительной медицины. – 2014. - №5 (63).
8. Исурина Г.Л., Клиническая психология. Словарь, М., 2007.
9. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. М.: Медицина, 1983.
10. Кадыров Р.В. Опросник «Уровень коплаентности»: монография/ Р.В. Кадыров, О.Б. Асриян, С.А. Ковальчук. – Владивосток: Мор.гос.ун-т, 2014.
11. Карвасарский Б.Д., Клиническая психология, Питер, 2004.
12. Клиническая психология: Энциклопедический словарь / под общ. ред. проф. Н.Д. Твороговой. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Практическая медицина, 2016. – 608с.
13. Ковпак Д.В., Как преодолеть боль, Наука и техника, 2008.
14. Корсакова Н. К., Балашова Е. Ю. Опосредование как компонент саморегуляции психической деятельности в позднем возрасте //Вестник МГУ. Сер. – 1995. – Т. 14. – С. 18-23.

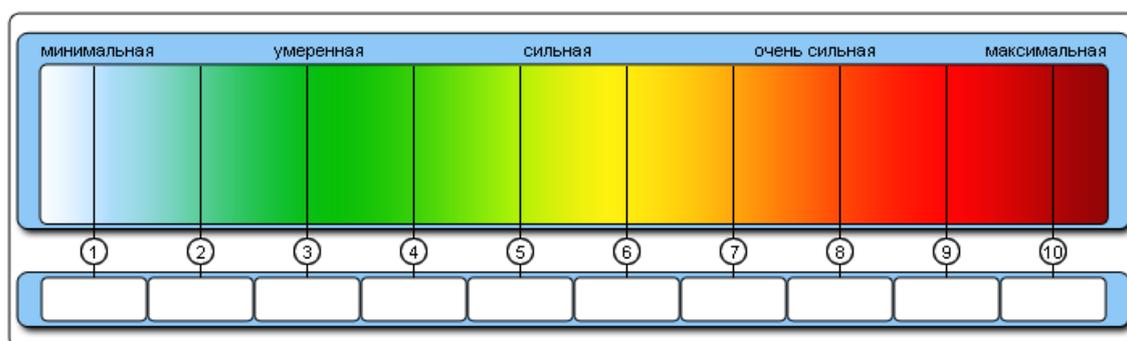
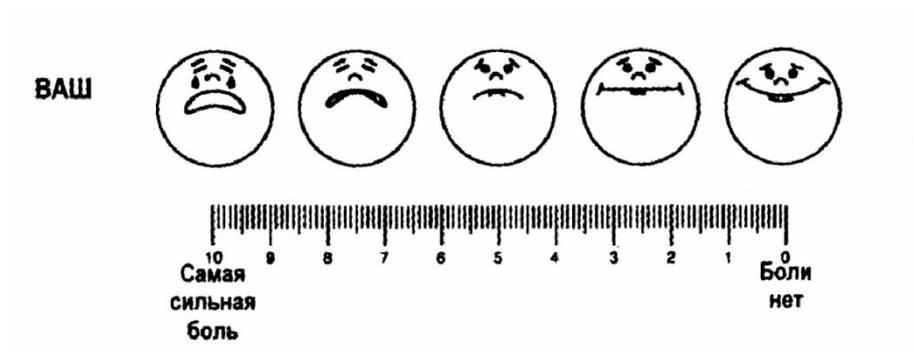
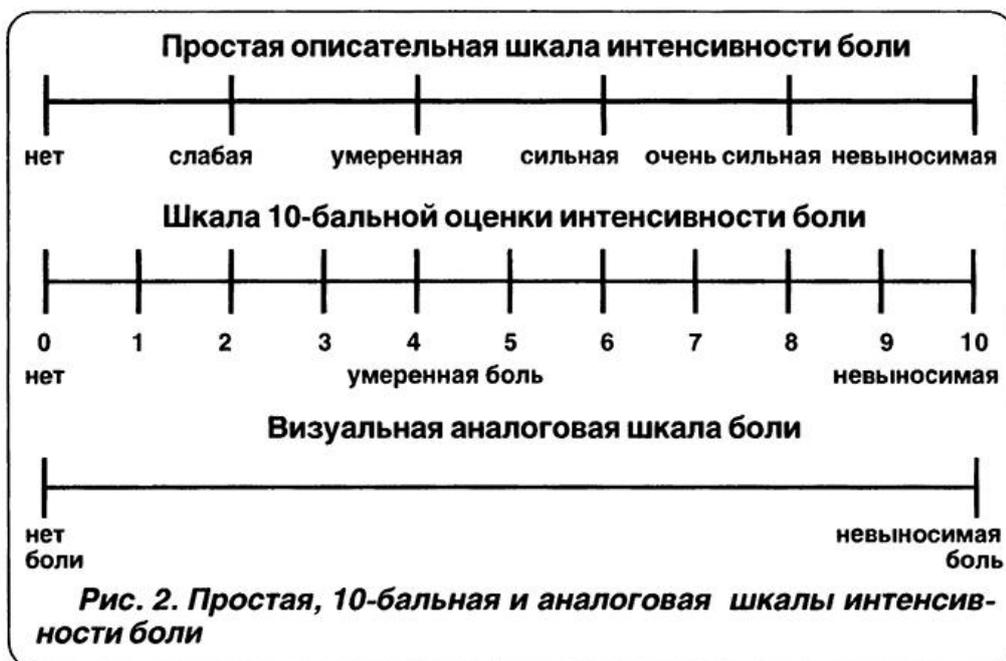
15. Корсакова Н.К., Микадзе Ю.В. (ред.), Наследие А.Р. Лурии в современном научном и культурно-историческом контексте: К 110-летию со дня рождения А.Р. Лурии. М.: Факультет психологии МГУ имени М.В. Ломоносова; 2012 (а). С. 37-69.
16. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. М.: Политиздат; 1975.
17. Малкина–Пых И.Г. Справочник практического психолога. – Изд-во Эксмо, 2005.
18. Николаева В.В., Влияние хронической болезни на психику: психологическое исследование. – Изд-во Моск. ун-та, 1987.
19. Николаева В.В., Психосоматика: телесность и культура: Учебное пособие для вузов / под ред. Николаевой В.В. — М.: Академический проект, 2009.
20. Приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2012 N 1705н "О порядке организации медицинской реабилитации" (Зарегистрировано в Минюсте России 22 февраля 2013 г. N 27276).
21. Приказ Министерства Здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 23 июля 2010 г. N 541н г. Москва «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих», раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения», зарегистрирован в Минюсте РФ 25 августа 2010 г., регистрационный № 18247.
22. Психологическая диагностика отношения к болезни. Пособие для врачей. СПб НИПНИ им. Бехтерева, Санкт-Петербург, 2005 г.
23. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. (Практическое руководство) – М.: Апрель-Пресс, Психотерапия, 2010. – 224 с.
24. Тхостов А.Ш. Психология телесности. М.: Смысл; 2002.
25. Тхостов А. Ш., Рассказова Е. И., Плужников И. В. Социальные факторы нарушения телесной регуляции // Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием Клиническая психология в здравоохранении и образовании. Москва, 24-25 ноября 2011 г. Сборник материалов. — МГМСУ М, 2011. — С. 261—267.)
26. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
27. Betforth N., What do patient want to know and how should we deliver patient information?, 2012.

28. Bondy L.R., Sims N., Schroeder D.R., Offord K.P., Narr B.J., The effect of anesthetic patient education on preoperative patient anxiety, *Regional Anesthesia and Pain Medicine*, Mar-Apr;24(2):158-64.
29. Calvin R.L., Lane P.L., Perioperative uncertainty and state anxiety of orthopaedic surgical patients, *Orthopaedic Nursing/National Association of Orthopaedic Nurses*, 1999 Nov-Dec;18(6):61-6.
30. Crabtree T.D., Puri V., Bell J.M., Bontumasi N., Patterson G.A., Kreisel D., Krupnick A.S., Meyers B.F., Outcomes and perception of lung surgery with implementation of a patient video education module: a prospective cohort study, 2012.
31. Daltroy L.H., Morlino C.I., Eaton H.M., Poss R., Liang M.H., Preoperative education for total hip and knee replacement patients, *Arthritis care and research: the official journal of the Arthritis Health Professions Association*, 1998 Dec;11(6):469-78.
32. Devine E.C., Cook T.D., A meta-analytic analysis of effects of psychoeducational interventions on length of postsurgical hospital stay, *Nursing Research*, Sep-Oct; 32(5):267-74.
33. Doering S., Katzlberger F., Rumpold G., Roessler S., Hofstoetter B., Schatz D.S., Behensky H., Krismer M., Luz G., Innerhofer P., Benzer H., Saria A., Schuessler G., Videotape preparation of patients before hip replacement surgery reduces stress, *Psychosomatic Medicine*, 2000 May-Jun;62(3):365-73.
34. Hughes S. The effects of giving patients pre-operative information, *Nurs. Stand.*, 2002 Mar 27-Apr 2; 16(28): 33-7.
35. Johansson K., Salanterä S., Katajisto J., Empowering orthopaedic patients through preadmission education: results from a clinical study, *Patient Education and Counseling*, 2007 Apr;66(1):84-91.
36. Lee D.S., Chien W.T., Preoperative patient teaching in an acute care ward in Hong Kong: a case study, *Contemporary Nurse*, 2002 Oct;13(2-3):271-80.
37. Martin D., Pre-operative visits to reduce patient anxiety: a study, *Nursing Standart*, 1996 Feb 28;10(23):33-8.
38. Maward L., Azar N., Comparative study of anxiety in informed and non-informed patients in the preoperative period, *Recherche en soins infirmiers*, 2004 Sep;(78):35-58.
39. Scheel J1, Parthum A, Dimova V, Horn-Hofmann C, Meinfelder F, Carbon R, Griebinger N, Sittl R, Lautenbacher S., Psychological prophylaxis training for coping with postoperative pain. Long-term effects, *Shmerz*, 2014 Oct;28(5):513-9.
40. Spalding N.J., Reducing anxiety by pre-operative education: make the future familiar, *Occupational Therapy International*, 2003; 10(4):278-93.

41. Sugai D.Y., Deptula P.L., Parsa A.A., Don Parsa F., The importance of communication in the management of postoperative pain., *Hawaii J Med Public Health*. 2013 Jun; 72(6):180-4.
42. Venkataramanan V, Gignac MA, Dunbar M, Garbuz D, Gollish J, Gross A, Hedden D, MacDonald SJ, Mahomed NN, Schemitsch E, Davis AM., The importance of perceived helplessness and emotional health in understanding the relationship among pain, function, and satisfaction following revision knee replacement surgery, *Osteoarthritis and Cartilage*. 2013 Jul;21(7):911-7
43. Yeh M.L., Chen H.H., Liu P.H., Effects of multimedia with printed nursing guide in education on self-efficacy and functional activity and hospitalization in patients with hip replacement, *Patient Education Counseling*. 2005 May; 57(2):217-24.

ПРИЛОЖЕНИЯ

1. Шкалы для оценки интенсивности боли.



2. Техники дыхательной релаксации.

1) Диафрагмальное дыхание.

1. Максимально удобная поза для данного упражнения: лежа на спине с подложенной небольшой подушкой под ноги. Очень важно чтобы вам было удобно лежать.

2. Пусть все ваше тело придет в спокойное состояние, не пытайтесь форсировать или контролировать дыхание.

3. Сосредоточьте внимание на диафрагме, и зрительно представьте ее себе как мышечную пластину под легкими. Лучше всего сосредоточьте осознание на нижней части грудины. Делая вдох, зрительно представляйте себе, что это куполообразная мышечная пластина уплощается и нажимает на лежащие под ней органы брюшной полости. Одновременно воздух всасывается в легкие.

4. Затем, когда вы делаете выдох, диафрагма расслабляется. Почувствуйте, как она снова двигается вверх, в свое куполообразное положение под грудиной, выталкивая воздух из легких и ослабляя давление на органы брюшной полости.

5. Положите одну руку на грудь, а другую на живот. Основное правило, что при вдохе грудь не должна подниматься выше, чем живот.

6. В течение 3 секунд делайте вдох животом

7. В течение 5 секунд выдохните. Живот должен вернуться в нормальное положение. Ни в коем случае не втягивайте живот!

8. Если ваша грудь при дыхании поднимается выше, чем живот, то слегка надавите рукой на грудь для контроля её движения.

9. Выполняйте упражнения на протяжении некоторого времени. Количество вдохов в минуту не должно превышать 14.

2) Вдыхайте и выдыхайте медленно и глубоко через нос, считая при вдохе и выдохе от 1 до 4. Такое упражнение очень легко делать, а особо оно действенно, если вы не можете уснуть.

Попробуйте расслабить плечи и верхние мышцы груди, когда дышите. Делайте это сознательно при каждом выдохе.

Сядьте прямо или лягте на спину. Одну руку положите на живот, вторую на грудь. Вдыхайте воздух глубоко через нос, при этом рука на животе должна подниматься, а на груди двигаться лишь незначительно. Выдыхайте через рот, при этом опять рука на животе опускается, а на груди практически не двигается. В таком случае дыхание будет происходить с помощью диафрагмы.

3) Практику проводят в уединенном месте, в удобной позе, с закрытыми глазами. Сконцентрируйтесь на своем дыхании, ощутите его ритм и глубину. Следите внимательно, как воздух попадает внутрь легких и потом покидает их.

Затем представьте, что воздух попадет внутрь вашего тела не только этим путем, а еще прямо через кожу вашего тела.

В начале прочувствуйте, как “дышит” правая рука. Представьте, что в коже есть много маленьких отверстий, через которые воздух попадает внутрь и выходит наружу. Внимательно следите за ощущениями, насколько легко потоки воздуха проходят кожу.

Наблюдайте за своей рукой до тех пор, пока не почувствуете полного расслабления руки. Может быть, вам понадобится несколько дней тренировок, чтобы научиться это делать быстро.

Потом можно переходить к расслаблению левой руки, ног, спины и шеи. Очень важно уловить те участки тела, через которые воздух как бы “не проходит”. На них надо особо концентрироваться и постараться достичь их “проходимости”

3. Методика прогрессивной мышечной релаксации (по Э.Джекобсону)

Расслабление рук (четыре—пять минут).

Устройтесь удобнее и расслабьтесь, насколько вы можете. Теперь, расслабившись, сожмите в кулак пальцы рук. Сжимайте их крепче и крепче, изучая в процессе сжатия ощущение напряжения. Почувствуйте напряжение кисти, а также напряжение в руке и предплечье. Теперь расслабьтесь. Позвольте пальцам вашей правой руки расслабиться. Отметьте разницу в ощущениях. Теперь позвольте себе расслабиться еще больше. Еще раз плотно сожмите руки в кулак. Снова почувствуйте напряжение. Теперь отпустите напряжение, расслабьтесь, позвольте пальцам выпрямиться. Снова отметьте разницу.

Теперь согните руки в локтях и напрягите бицепсы. Напрягите их сильнее и сосредоточьтесь на ощущении напряжения. Теперь выпрямите руки. Расслабьте их и снова почувствуйте разницу. Позвольте процессу релаксации продолжаться. Теперь снова напрягите бицепсы. Сохраняйте напряжение и внимательно его изучите. Выпрямите руки и расслабьтесь. Расслабьтесь по максимуму. Каждый раз, когда вы напрягаетесь и расслабляетесь, обращайтесь внимание на ощущения. Позвольте рукам занять удобное

положение. Позвольте процессу релаксации течь произвольно. По рукам должно разливаться ощущение приятной тяжести по мере того, как они расслабляются.

Расслабление шеи, плеч и верхней части спины (четыре—пять минут).

Теперь переходим к мышцам шеи. Поверните голову направо, почувствуйте смену напряжения. Теперь поверните ее налево. Теперь выпрямите и наклоните голову вперед. Подбородок давит на грудь. Теперь позвольте голове вернуться в первоначальное положение и почувствуйте расслабление.

Пожмите плечами. Сохраните плечи напряженными. Уроните плечи и расслабьтесь. Почувствуйте, как Ваша шея и плечи расслабляются. Теперь снова пожмите плечами и сделайте ими круговое движение. Позвольте расслаблению проникнуть глубоко в ваши плечи и перейти в мышцы спины. Расслабьте шею и горло, челюсти и другие части лица. Ощущение расслабления проникает все глубже.

3. *Расслабление груди, живота и нижней части спины (четыре—пять минут).*

Как можно лучше расслабьте все тело. Почувствуйте приятную тяжесть, сопровождающую расслабление. Вдохните и выдохните - легко и свободно. Обратите внимание, как углубляется расслабление с вашим дыханием. Выдыхая, сосредоточьтесь на ощущении расслабления.

Теперь вдохните и наполните воздухом легкие. Вдохнув, задержите воздух. Сконцентрируйтесь на напряжении. Теперь выдохните, позвольте стенкам груди опуститься и автоматически вытолкнуть воздух из легких. Продолжайте расслабляться, дышите свободно и мягко. Расслабив все остальные части тела как можно больше, снова наберите в легкие воздух. При вдохе задержите дыхание. Теперь выдохните, почувствуйте облегчение, дышите спокойно. Продолжайте расслаблять грудь, позвольте этому ощущению перейти на спину, на плечи, шею и руки.

Теперь обратите внимание на мышцы живота. Напрягите мышцы живота, пусть ваш живот станет твердым. Сосредоточьтесь на напряжении. Расслабьтесь, отпустите напряжение и почувствуйте контраст ощущений. Снова напрягите мышцы живота. Удерживайте это напряжение, изучайте его. Расслабьтесь. Почувствуйте это приятное ощущение, которое возникает, когда вы расслабляете живот.

Теперь втяните живот. Ощутите напряжение. Теперь снова расслабьтесь, пусть Ваш живот вернется в свое естественное положение. Продолжайте дышать легко и свободно, почувствуйте приятный эффект массажа в области груди и живота. Теперь снова втяните живот и почувствуйте напряжение. Теперь полностью расслабьте живот. Позвольте напряжению рассеяться по мере распространения расслабления. Почувствуйте, как Ваш живот все больше и больше расслабляется. Отпустите все зажатые мышцы во всем теле.

Расслабление бедер и икр (четыре—пять минут).

Теперь напрягите ягодичные и бедренные мышцы. Напрягите бедра, до предела согнув ноги. Вытяните ноги, расслабьтесь и почувствуйте разницу. Снова согните ноги в коленях и напрягите бедра. Удержите это напряжение. Снова вытяните ноги, расслабьте мышцы бедер. Позвольте процессу расслабления протекать естественно.

Вытяните ступни в обратную от головы сторону так, чтобы напряглись ваши голени. Изучите это ощущение напряжения. Расслабьте ступни и икры. Теперь потянитесь носочками в сторону головы и снова ощутите напряжение в мышцах голени. Верните ступни в первоначальное положение. Снова расслабьтесь, оставайтесь расслабленными некоторое время. Позвольте расслабиться себе еще больше. Расслабьте ступни, голени, колени, бедра и ягодицы. Почувствуйте тяжесть в нижней части тела по мере расслабления.

Позвольте телу расслабиться на некоторое время. Позвольте себе расслабиться. Вдохните глубоко и почувствуйте, как тяжелеет ваше тело. Медленно выдохните. Обратите внимание на то, что вам стало легче, а напряжение исчезло. Теперь вы полны сил, чувствуете себя хорошо и спокойно.

4. Техники визуализации.

1. Выберите тихое и уединенное место, ничто не должно вас отвлекать. Займите удобное положение. Не рекомендуется лежать, лучше сесть на полу, в кресло или попробовать сидеть в позе лотоса.

2. Выберите точку фокуса. Она может быть внутренней – мнимая сцена, или внешней – пламя свечи. Следовательно, глаза могут быть открытыми или закрытыми. В начале очень сложно сконцентрироваться и избегать отвлекающих мыслей, поэтому точка фокусировки должна быть сильным смыслом, понятным и четким, чтоб в любой момент вы могли к ней вернуться.

3. Точка фокуса обязательно должна быть чем-то успокаивающим для вас. Это может быть тропический пляж на закате дня, лесная поляна или фруктовый сад в деревне рядом с домом бабушки и дедушки, где вы бывали в детстве. Визуальную медитацию можно делать в тишине, а можно включить расслабляющую музыку или аудиозапись с подсказками к медитации.

4. Старайтесь максимально задействовать все ваши чувства. Например, ваша точка фокуса – лес. Представьте, что вы идете по поляне, а холодная роса попадает вам на ноги, вы слышите пение многих птиц, чувствуете запах сосны, вдыхаете чистый воздух полной грудью. Картинка должна быть максимально живой. Медитируйте 15-20 минут.

Техника визуализации страха

Закройте глаза и представьте свою тревогу или страх в виде шара или другого предмета, какого он цвета, размера? Где внутри вас он находится? Какой он на ощупь? Что вы чувствуете, когда он внутри вас? Теперь когда вы представили свой страх попытайтесь этот шар сжать, почувствуйте как он медленно сжимается. Становится меньше. Представьте, как вы руками его сжимаете, Помогаете себе...Он становится всё меньше и меньше. И исчезает.

Вариант № 2

Закройте глаза и представьте свою тревогу или страх в виде шара или другого предмета, какого он цвета, размера? Где внутри вас он находится? Какой он на ощупь? Что вы чувствуете, когда он внутри вас? Внутри этого шара зарождается свет, в самом центре, пока это только точка, но помогите же свету вырасти и заполнить эту темноту. Он постепенно становится больше...темнота отступает. Свет рассеивает ваш страх, возможно, он будет менять цвет или форму и потом совсем исчезнет, или же станет лучезарным солнцем внутри вас.