

**МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ  
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ВНУТРІШНІХ СПРАВ**

*Факультет № 6  
Кафедра соціології та психології*

**ТЕКСТ ЛЕКЦІЇ**

навчальної дисципліни «**Психологічна реабілітація**»  
обов'язкових компонент  
освітньої програми першого (бакалаврського) рівня вищої освіти

*053 Психологія (практична психологія)*

**Тема № 2 Психологічна реабілітація соматично хворих та осіб з обмеженими можливостями**

**Харків 2023**

**ЗАТВЕРДЖЕНО**

Науково-методичною радою  
Харківського національного  
університету внутрішніх справ  
Протокол від 30.08.2023 р. № 7

**СХВАЛЕНО**

Вченою радою факультету № 6  
Протокол від 25.08.2023 р. № 7

**ПОГОДЖЕНО**

Секцією Науково-методичної ради  
ХНУВС з гуманітарних та соціально-  
економічних дисциплін  
Протокол від 29.08.2023 р. №7

Розглянуто на засіданні кафедри соціології та психології (протокол від 15.08.2023 № 8)

**Розробник:**

1. Доцент кафедри соціології та психології, кандидат психологічних наук  
Маннапова К.Р.

**Рецензенти:**

1. Доцент кафедри загальної психології факультету психології ХНУ імені В.Н. Каразіна, кандидат психологічних наук, доцент Невоєнна О.А.
2. Доцент кафедри соціології та психології факультету № 6 ХНУВС, кандидат психологічних наук, доцент Жданова І.В.

**План лекції**

1. Основні принципи реабілітації хворих хронічними соматичними

захворюваннями.

2. Патологічні реакції особистості на хворобу.
3. Етапи та завдання медично-психологічної реабілітації.

### **Рекомендована література**

#### **Основна**

1. Каліна Н.Ф. Психотерапія: підручник. Київ : Академвидав, 2010. 288 с.
2. Основи психотерапії: навч. посібник/за ред. К.В. Седих. Київ: Академвидав, 2016. 191 с.
3. Шевченко Л.О., Чепіга Л.П. Практична психологія: навч. посібник. Харків: Константа, 2018. 191 с.

#### **Додаткова**

1. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник/ за ред. З. Г. Кісарчук. К.: ТОВ“Видавництво“Логос”, 2015. 207 с

### **Текст лекції**

#### **1. Основні принципи реабілітації хворих хронічними соматичними захворюваннями.**

При проведенні ПР важливо знати:

- а) особливості психологічного стану хворих і його динаміку при даному захворюванні;
- б) природу психологічних змін на різних етапах захворювання, його діагностики та лікування;
- в) фактори, що впливають на процес психологічної реадaptaції.

Особистісні реакції на хворобу, неврози, патологічний розвиток особистості.

Особливої уваги лікарів і клінічних психологів вимагає етап діагностики і лікування, на якому хворий дізнається від лікаря і все в більшій і більшій мірі усвідомлює, що хворий на важку хворобу, що несе загрозу його благополуччю і самого життя, які потребують проведення лікування (операція, хіміотерапія, тривалий постільний режим). Це викликає у хворого тривожні побоювання і страхи за життя і здоров'я, похмурі роздуми про майбутнє, пригніченість, страх перед можливою інвалідністю, відчуття краху кар'єри, а часом і всього життя. Виділяються як адекватні, так і патологічні особистісні реакції на хворобу і лікування, а також пов'язані з ними реальні і / або очікувані наслідки.

Особистісна реакція кваліфікується як адекватна, якщо:

- а) поведінка хворого, його переживання і уявлення про хворобу відповідають отриманій від лікаря інформації про тяжкість захворювання і лікування, а також можливі наслідки;
- б) хворий дотримується режиму, виконує розпорядження лікаря;

в) хворий в змозі контролювати свої емоції.

При виявленні представленої нижче психопатологічної симптоматики у хворих на онкологічні, соматичними чи неврологічними захворюваннями або у осіб, які отримали важку фізичну травму, ставиться діагноз невротичної реакції на захворювання (реакції на важкий стрес і порушення адаптації, розділ F43 МКХ10) або нозогенії.

## **2. Патологічні реакції особистості на хворобу.**

Виділяють наступні види патологічних особистісних реакцій на хворобу.

А. Фобічна реакція. Характерний страх перед повторним інсультом, ІМ, метастазами пухлини, рецидивом захворювання, раптовою смертю.

Б. Депресивна (тривожно-депресивна) реакція. Виявляється зниженням настроєм, песимістичною оцінкою перспективи, внутрішньою напруженістю, передчуттям лиха, що насувається.

В. Іпохондрична (депресивно-іпохондричні) реакція. Відрізняється постійної і явною переоцінкою тяжкості свого стану, надмірної фіксацією уваги на своє здоров'я.

Г. Істерична реакція. Спостерігаються егоцентризм, демонстративність, прагнення привернути до себе увагу оточуючих і викликати співчуття, емоційна лабільність. У хворих жінок зустрічається частіше, ніж у чоловіків.

Д. Анозогнозична реакція. Відзначається запереченням хвороби з ігноруванням лікувальних рекомендацій і грубими порушеннями режиму. У хворих чоловіків зустрічається частіше, ніж у жінок. В онкології спостерігається значно частіше, ніж при соматичних захворюваннях і фізичних травмах. Не слід плутати анозогнозичну реакцію - різновид невротичного розладу і анозогнозію як прояв органічного ураження мозку (R41.8 по МКХ 10).

Наведені психологічні реакції характерні для психічно здорових осіб. Через кілька місяців особистісні реакції на хворобу і її наслідки поступово зникають. Через 6-12 міс. від початку захворювання або фізичної травми у більшості хворих настає психологічна реадaptaція, пристосування до нових умов життя. У решти хворих психічні зміни, пов'язані з важкою травмою, з важким лікуванням, виникненням і розвитком онкологічного, соматичного або неврологічного захворювання, часом врозріз із задовільним соматичним станом, поглиблюються, закріплюються, формуються неврози.

У деяких випадках у віддаленому періоді після початку захворювання або фізичної травми спостерігається патологічний розвиток особистості хворого з «відходом у хворобу» - звуження кола інтересів (обмежених станом свого здоров'я і проблемами, пов'язаними з лікуванням), порушення соціальних зв'язків і соціальної самоізоляції, рентними установками. Той же результат в ряді випадків відзначається при хронічних захворюваннях з прогресуючим перебігом при несприятливій наслідки фізичної травми або операції, а також при вродженій патології.

### 3. Патологічні реакції особистості на хворобу.

В гострому періоді захворювання або пошкодження нервової системи в динаміці психологічного стану пацієнтів виділяють три етапи (рис.1):

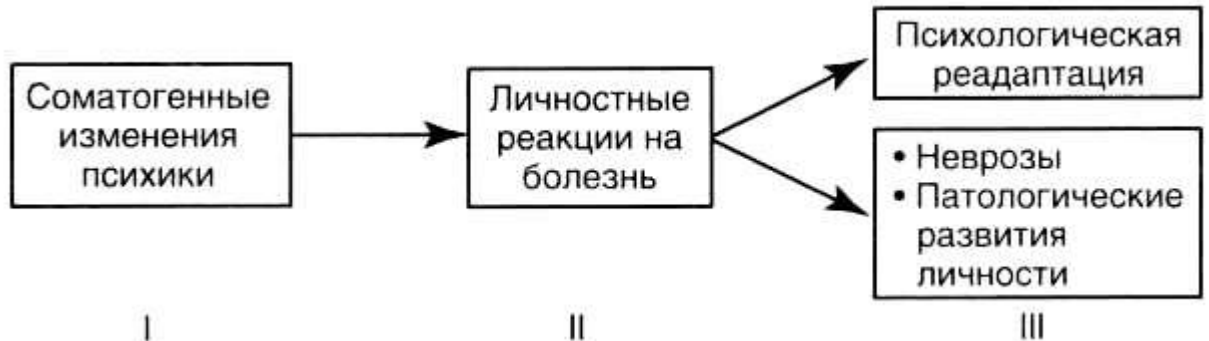


Рис. 1. Психологічні зміни на різних етапах захворювання:

I - перший тиждень; II - перші три місяці і III - віддалений період захворювання

Перший етап триває приблизно тиждень. Його характеризують психічні зміни переважно соматогенного характеру і соматичної природи з переважанням страху смерті, розгубленості і тривоги, рухових занепокоєнь і порушень сну. У ряді випадків розвиваються минуці психічні стани.

Другий етап триває два-три місяці. За цей період, як правило, процес формування психологічної реакції на хворобу завершується.

При цьому можна виділити два основних типи психологічної реакції на хворобу - адекватний і невротичний.

На третьому етапі у більшості пацієнтів відбувається психологічна реадaptация. Їх психічний статус в принципі не відрізняється від преморбідного. Однак у деяких хворих психічні зміни закріплюються і формуються в більш стійкі, ніж на першому і другому етапах психологічного стану, психічні порушення, які проявляються в неврозах і патологічному розвитку особистості, що значною мірою перешкоджає нормальному протіканню реабілітаційного процесу.

#### Фактори, що впливають на процес психологічної реадaptации.



Рис. 2. Основні фактори, що впливають на процес психологічної реадaptации

при важких соматичних захворюваннях

Головним фактором, що утрудняє процес реабілітації у хворих соматичними захворюваннями, є психічні порушення. Перш за все депресивні, іпохондричні і фобічні розлади. Одним з найбільш важливих факторів, що визначають реакцію особистості на хворобу і подальшу динаміку психологічного стану, особливо при соматичних захворюваннях, є особливості особистості хворих.

Особи, що завжди відрізнялися тривожністю, підозрілістю, психологічної негнучкістю, як правило, дають фобічні або іпохондричні реакції на хворобу.

Особи, і до хвороби схильні реагувати на життєві труднощі відчаєм, пригніченим настроєм, невір'ям у можливість благополучного вирішення ситуації, і на захворювання відповідають депресивною реакцією, і т.п.

Ступінь гармонійності структури особистості, її стійкості до психотравмуючих ситуацій корелює з частотою і виразністю психопатологічних реакцій на хворобу.

Великий вплив на процес психологічної реадaptaції надають індивідуальні ресурси і стратегії долати поведінки хворих. Позитивний психологічний вплив на хворих крім сприятливої динаміки соматичного стану надає скорочення тривалості перебування в стаціонарі, особливо термінів суворого постільного режиму. Послідовне розширення режиму, лікувальна фізкультура зміцнюють впевненість в одужанні, усувають тривожні побоювання за здоров'я і страх перед фізичним напруженням навіть при ускладненому перебігу хвороби.

У ряді випадків причиною психопатологічних змін у хворих є ятрогенії - помилки в поведінці медичного персоналу, зокрема залякування різного роду, необгрунтовані заборони та ін.

Дуже важливу роль у емоційній підтримці та всебічній допомозі хворим та інвалідам відіграє сім'я. Разом з тим надмірна опіка близьких ускладнює процес психологічної реадaptaції. Негативний психологічний вплив часом надають інші хворі, що відрізняються несприятливим перебігом своїх захворювань. Хворі молодого віку гостріше реагують на захворювання, що мають загрозу інвалідності. Раптовий розвиток небезпечного захворювання або отримання важкої фізичної травми в період розквіту життєвих сил сприймається ними як катастрофа. Хворі похилого віку більше схильні ставитися до хвороби як до певної реальності, з якою необхідно змиритися. Не випадково у хворих молодого віку частіше, ніж у літніх, спостерігаються нозогенії (психічний розлад, що виникає внаслідок усвідомлення загрози для існування, що виходить від соматичного захворювання).

Необхідною умовою успішного завершення процесу психологічної реадaptaції, збереження і зміцнення психічного здоров'я є повернення до праці. Так, порівнювалися показники психічного статусу хворих, які отримали однакову (II) групу інвалідності після ІМ. Незважаючи на інвалідність, деякі

хворі повернулися до праці. Через 1 рік після виписки серед працюючих інвалідів хворих з психічними порушеннями виявилось в 7 разів менше, ніж серед непрацюючих інвалідів, хоча перед випискою зі стаціонару показники їх соматичного статусу і психологічного стану можна було порівняти. Облік всіх цих факторів необхідний для успішної психологічної реабілітації хворих.

Принципи психологічної реабілітації:

1. Принцип обліку особистості хворого. Для того, щоб успішно відновити функцію, слід перш за все відновити діяльність людини, зняти установки, що заважають, організувати і направити її активність. Ефективність будь-якої установки, в т.ч. і навчання, залежить від мотивів, тому в процесі навчання необхідна, перш за все, робота по формуванню мотивів і активізації діяльності хворих.

2. Принцип опори на зберігання форми діяльності хворого. З початку навчання і протягом всього періоду необхідно працювати над актуалізацією минулого досвіду для того, щоб збережені форми діяльності або їх залишкові можливості зробити опорою для відновлення порушених функцій.

3. Принцип опори на діяльність хворого. Засвоєння знань протікає тільки через власну діяльність людини. Використовують різні види діяльності хворого - навчання, трудотерапія, рухливі ігри та спілкування; в процесі цієї діяльності виникають уявлення, образи, які включаються у внутрішню структуру психічних процесів, вони створюють готовність до іншого виду діяльності.

4. Принцип програмування навчання. Хворі потребують такої організації їх діяльності і в таких методах, які б дозволили їм самостійно виробляти спочатку операції, а потім і дії з метою виконання завдань (наприклад, говорити розуміти писати і т.д.). Психологи розробляють програми, що складаються з ряду послідовних операцій, виконання яких хворим (спочатку з фахівцем, а пізніше - самостійно) призводить до відновлення порушеного вміння або здатності говорити, розуміти, писати і т.д.

Система психологічної реабілітації хворих та інвалідів.

ПР проводиться перш за все лікарями і клінічними психологами в тісній співдружності з іншими фахівцями, які беруть участь в програмі комплексної реабілітації.

1. Психодіагностика повинна проводитися якомога раніше, що дозволяє вже на початковому етапі реабілітації виділити хворих, які в першу чергу потребують спостереження і психокорекції. Психодіагностика дозволяє індивідуалізувати програми психологічної реабілітації та здійснювати контроль над психологічним станом хворих в процесі її проведення. До числа пріоритетних методів оцінки психологічного статусу хворого слід віднести ті, що відрізняються не тільки валідністю, а й економічністю, придатністю для практики, а головне здатністю оцінювати змінні, значимі для медико-психологічної реабілітації.

До числа найбільш доступних для практики методів психодіагностики можна віднести Клінічну шкалу для оцінки психологічного стану хворих на ішемічну хворобу серця. В неї входять єдині критерії оцінки їх вираженості

(психічні зміни відсутні - 0, психопатологічні симптоми непостійні, виявляються лише при ретельному розпиті - 1, психопатологічна симптоматика постійна, поведінка хворого змінюється відповідно до провідним психопатологічним синдромом, необхідність психокорекції не викликає сумніву - 2, психічні порушення домінують в клінічній картині, впливають на працездатність - 3 бали). На основі спостереження в ході клінічної бесіди шкала дозволяє протягом 1 хв визначити і зафіксувати на відповідному бланку «психопатологічний профіль» хворого. Невелика модифікація дозволяє застосовувати цю шкалу і при інших соматичних захворюваннях.

Поряд з клініко-психологічної оцінкою використовуються і інші інструменти психологічної діагностики, зокрема психологічні тести, оціночні і самооціночні шкали. Серед них скорочений багатофакторний опитувальник для дослідження особистості, що забезпечує багатофакторну оцінку психологічного стану і особливостей особистості хворого після 7-10-хвилинного тестування, САН (самопочуття, активність, настрій), Шкала Спилбергера для оцінки реактивної тривоги і особистісної тривожності, шкали Гамільтона і Бека для оцінки депресії, методика «Якість життя хворого». Обстеження за допомогою цих та інших психологічних методик можна проводити як вручну, так і за допомогою існуючих комп'ютерних програм, в тому числі програм, автоматично генеруючих експертний висновок на основі результатів обстеження.

## 2. Психокорекція.

Серед методів ПР важлива роль належить так званій «малої» психотерапії, спрямованість і зміст якої визначається особливостями захворювання, психологічного стану хворих і, звичайно ж, завданнями, які розв'язуються на різних етапах реабілітації. Проводиться шляхом довірчих бесід з хворими. У перші дні хвороби (або при оголошенні діагнозу онкологічного захворювання) необхідно в першу чергу заспокоїти хворого, вселити в нього впевненість в успішному результаті хвороби або віру в можливість такого результату. У наступні дні слід створювати у хворого установку на лікування з тим, щоб питання майбутньої працездатності, можливих обмежень, несприятливих наслідків тимчасово відійшли на задній план. Потрібно в доступній для хворого формі пояснити (без страшних деталей) сутність захворювання і значення проведених лікувальних заходів.

Психологічна підготовка необхідна не тільки перед хірургічною операцією, а й перед небезпечною, складною або болючою діагностичною процедурою (наприклад, хіміотерапії).

У процесі лікування слід фіксувати увагу хворого на позитивних (нехай навіть невеликих) зміни в його організмі. У деяких випадках роз'яснення лікаря і психолога потрібні для корекції недостатньо критичного ставлення до хвороби, який проявляється, зокрема, в грубих порушеннях режиму.

У період завершення стаціонарного лікування важлива психологічна підготовка до виписки. Треба заздалегідь обговорити труднощі, з якими хворому доведеться зіткнутися відразу після виписки, усунути тривожні



побоювання в зв'язку з припиненням цілодобового лікарського нагляду, дати хворому чіткі і докладні рекомендації з лікування та реабілітації. Недостатньо відповідальне відношення до цієї роботи часто призводить до того, що після виписки хворий через відсутність необхідної інформації починає відчувати побоювання перед можливим негативним впливом розширення режиму, що призводить до невиправданих самообмежень, уповільнення процесу реабілітації.

Психологічна підтримка потрібна і перед поверненням на роботу (навчання). Належний психотерапевтичний клімат, профілактика ятрогенії повинні постійно забезпечуватися всім медичним персоналом. Психокорекційну роботу слід проводити і з членами сім'ї хворого, в першу чергу з подружжям хворих. Це необхідно для формування у осіб найближчого оточення хворого адекватних уявлень про хворобу, шляхи її подолання та наслідки. Важливо виробити у хворого і членів його сім'ї єдині установки, що сприяють активній участі в програмах реабілітації. Найбільш доступною, економічною і ефективною формою психопрофілактики і психокорекції в програмах реабілітації хворих соматичними, неврологічними і онкологічними захворюваннями є школи для хворих та їхніх родичів, при проведенні яких центральне місце відводиться груповий дискусії.

Як досить практичним і ефективним методом психотерапії хворих соматичними захворюваннями добре зарекомендувало себе аутогенне тренування, при якому пацієнти навчаються прийомам самонавіювання на тлі м'язової і психологічної релаксації. При цьому нерідко використовуються варіанти аутогенного тренування, адаптовані з урахуванням особливостей захворювання. Так, в методиці аутогенного тренування, адаптованого для хворих, які перенесли ІМ, не використовується формула, яка стосується роботи серця (замість неї запропонована формула «легкість і свобода в грудях»); формула, що описує відчуття тяжкості, замінена формулою відчуття легкості у всьому тілі; заняття проводяться тільки в положенні сидячи.

При проведенні ПР досить широко використовуються різні методи психорелаксації. Позитивний досвід накопичений також щодо когнітивно-поведінкової терапії і гіпносуггестивної терапії хворих соматичними захворюваннями. Використання психотропних засобів не грає провідну роль при проведенні ПР, проте в певних ситуаціях без них не обійтися. У цих випадках використовують мінімальні і малі дози психотропних препаратів, які викликають побічних ефектів. Слід підкреслити, що зазначеними підходами до ПР їх список не обмежується. Разом з тим потрібно враховувати, що на практиці приживаються тільки доступні і ефективні (як в медичному, так і в економічному відношенні) методи психокорекції. Як виявилось, найпростіші методи здатні забезпечити успішну ПР у більшості хворих. ПР дозволяє достовірно покращувати психологічний статус реабілітантів, запобігати розвитку невротичних реакцій на хворобу і психологічну дезадаптацію, підвищувати показники фізичної реабілітації, скорочувати терміни тимчасової непрацездатності, збільшувати число осіб, які повертаються до праці,

покращувати якість життя хворих та інвалідів.

Реабілітація - клієнт-центрована мультидисципліна.

Реабілітолога характеризує особистісно-включена позиція. Психолог-реабілітолог працює як з клієнтом, так і з його родиною і реабілітаційної командою. Основне завдання психолога-реабілітолога - залучення клієнта в рішення задач своєї долі, в результаті чого він стає суб'єктом власної активності. Головним поняттям в реабілітології є якість життя. Але якість життя вибирає пацієнт і його оточення. Отже, у реабілітолога не може бути загальних схем роботи.

Загальні підходи стосуються зміни позиції клієнта, яка повинна еволюціонувати в такий спосіб: «я впораюся сам, будь поруч» - «допоможи мені» - «скажи, що мені робити»

Етапи роботи психолога-реабілітолога.

Психологічна реабілітація в разі раптової травми, хвороби вступає в силу з першого дня. Психолог намагається допомогти хворому знайти сили для відновлення в умовах безповоротної втрати функцій. Як зазначено вище, головне - зміна ставлення хворого до свого «Я». Робота реабілітолога ґрунтується на знанні психології сенсу життя і смерті (психології втрати). Виділяються наступні періоди реабілітації:

- гострий період;
- підгострий;
- пізній період, що передбачає тривалу реабілітацію.

Переживання хворого в кожен період різноманітні, мають свої етапи, які переходять один в інший. Початок, як правило, має загальний характер, реалізується автоматично, а розгортання наступних етапів залежить від індивідуальних характеристик хворого. Це - динамічний процес, проходження якого залежить від особливостей особистості і умов середовища. Можуть спостерігатися зупинки, повернення на попередній етап.

Етапи:

1) Шок і тривога. На когнітивному рівні - нерозуміння ситуації. Ще немає паніки. Реакція на катастрофу викликає стійкі порушення функціонування. Виникають проблеми самосприйняття. Характерні ступор, сплутаність свідомості. Хворий не вірить, що це відбувається з ним. Спостерігаються симптоми порожнечі, відсутності, деперсоналізації. Цей відрив від реальності, догляд усієї енергії всередину є закономірною реакцією, спрямованою на те, щоб зберегти «Я». В кінці цього етапу починається розуміння події, за цим слід паніка, страх життя в ситуації втрати, страх смерті. За часом перший етап протікає у кожної людини по-різному, займаючи час від декількох днів до декількох тижнів.

Одні фахівці вважають, що «в шоці» працювати майже неможливо, основні зусилля психолога повинні бути спрямовані на роботу з родичами потерпілого. Інші активно працюють на цьому етапі. Всі фахівці згодні в тому, що людині необхідно пройти всі етапи. Не потрібно захоплюватися психотропними засобами, основний акцент ставиться на роботі психологів.

Ліки застосовують в крайніх випадках в мінімальних дозах. На етапі шоку працює вся команда. Головним переживанням хворого є те, що «світ розсипався». Фахівці прагнуть вступити в контакт, розмова, спрямована на доказ того, що «світ існує». Частиною підтримки є пояснення того, що переніс хворий, чого варто очікувати, які подальші перспективи. Крім того, важливо пояснити, що переживання хворого є нормальними, дати йому «легалізацію» його реакцій.

2) Включення захисних механізмів. Змістом цього етапу є або переговори (з Богом або вищою силою, лікарями), або заперечення всього. Один з найбільш проблемних етапів. Людина сподівається, що вона повністю одужає, не будучи в силах об'єктивно оцінити ситуацію. Рекомендації реабілітаційної команди не приймаються. У цій ситуації важко розмежувати особистісні та ментальні проблеми, наприклад, спинальний хворий заперечує, що він паралізований. Хворі з усіма видами травм, інсультами, іншими раптовими обмеженнями здоров'я, а також члени сім'ї постраждалих проходять цей етап.

Таким чином, в центрі процесу виявляються як хворий, так і його сім'я. У цей час головне - не сперечатися, чи не переконувати, не тиснути, а м'яко пояснювати існуючий стан речей. Завдання - підвести хворого до усвідомлення реальності. Якщо у людини через місяць не відновлюється рухова функція руки, то лікар пояснює, що руху руки у нього не буде ніколи. Таке пояснення проводиться індивідуально, в залежності від особливостей пацієнта. Багато хворих слухають, але «нечують». Один потребує зустрічі з суворою дійсністю, для іншого важливий акцент на існуючі можливості. Тут необхідна робота психолога як з хворим, так і з усією реабілітаційною командою.

### 3) Початок розуміння і прийняття

Змістом цього короткого етапу є переживання скорботи, депресії, злості. Незважаючи на нетривалість, це переживання неймовірно важливо. Якщо хворий не сумує, це ненормально, значить, він залишився на попередній стадії. У цьому випадку не буде сильного внутрішнього розуміння і прагнення змінити усвідомлений стан речей. Оплакування втрати призводить до загальної реакції - депресії. Хворий закривається, він всередині себе, не хоче контактувати, живе в своїх фантазіях. Зовні, як правило, виглядає погано. Відбувається як би регресія. Можливі два прояви описуваного етапу. Один варіант - пасивність, відсутність мотивації. Другим варіантом є гіперреакція, що виявляється в озлобленості, самозвинувачення. Так, хворий може переживати сором («я поганий, тому що це зі мною сталося») або злість по відношенню до своїх ніг (у паралізованих). Сильні реакції самозвинувачення, що призводять до аутоагресії, підвищують ризик суїциду.

Зниження цього ризику є найважливішим професійним завданням психолога. Одним із способів виведення пацієнта з описаних переживань є демонстрація навіть мінімальної можливості самостійності. І психолог, і вся реабілітаційна команда підбирають відповідні завдання, ділять їх на маленькі етапи. Хворому необхідно надавати такі завдання, в яких він буде успішний.

### 4) Протест. На цьому етапі злість на себе переходить в агресивність по

відношенню до світу. Хворий бунтує. У цій ситуації завданням психолога є побудова кордонів, надання хворому чіткої програми активності, позначення рамок, в яких можлива життєдіяльність. Хворого необхідно вислуховувати, але при цьому важливо ставити його в певні межі, інакше не буде прогресу. Психолог вчить хворого не боятися своїх негативних переживань, пояснює, що бунт - це його сила, тільки потрібно направити цю силу в правильне русло. У такій роботі використовується механізм проекції.

5) Реорганізація і реінтеграція. З огляду на можливість повернення до минулих етапах, необхідно пояснювати її хворому. Головним завданням є встановлення партнерських відносин. Всі зусилля докладаються разом з сім'єю і командою. Підтримка сім'ї є дуже важливим напрямком роботи; психолог прагне разом з клієнтом пройти шлях від симбіозу з сім'єю до їх поділу. Напрямки роботи конкретизуються в залежності від характеру обмеження здоров'я (ментальна недостатність, неврологічні або соматичні захворювання); часу виникнення недостатності (вроджена або придбана).

Завдання медичної і психологічної реабілітації визначаються її етапом. На стаціонарному (госпітальному) етапі - це:

- вироблення найбільш раціональної програми реабілітаційних заходів із забезпеченням її наступності на наступних етапах;
- визначення адекватного лікувально-рухового режиму; розробка дієтичних рекомендацій; вивчення психологічного стану пацієнта і його ставлення до свого захворювання або травми;
- формування у пацієнта і його родичів адекватного уявлення про хворобу або травму;
- роз'яснення пацієнтові необхідності дотримуватися режиму рухової активності на всьому протязі стаціонарного періоду реабілітації (одне з найважливіших умов профілактики ускладнень);
- подолання негативних психічних реакцій, що виникають у пацієнта в зв'язку з захворюванням або травмою;
- попередження, раннє виявлення та усунення можливих ускладнень захворювання або травми;
- санація вогнищ інфекції та лікування супутніх захворювань, які можуть вплинути на ефективність реабілітації.

Основними завданнями санаторного етапу реабілітації є:

- подальше підвищення працездатності пацієнтів шляхом здійснення програми фізичної реабілітації з використанням природних і переформованих фізичних факторів;
- проведення з метою психічної реадaptaції заходів, спрямованих на усунення або зменшення психопатологічних синдромів;
- підготовка пацієнтів до професійної діяльності;
- попередження прогресування захворювання, його загострень і ускладнень шляхом проведення на тлі курортного лікування медикаментозної терапії та здійснення вторинної профілактики.

До основних завдань амбулаторно поліклінічного етапу реабілітації

відносяться:

- диспансерне динамічне спостереження;
- проведення вторинної профілактики;
- раціональне працевлаштування пацієнтів і підтримку або поліпшення їх працездатності.

Варто окремо зупинитися на проблемах і завданнях етапу екстреної реабілітації. Екстрена реабілітація - це передова позиція медичної та психологічної реабілітації, оскільки її успішне проведення значно скорочує можливі негативні наслідки переживання екстремальної ситуації. Завдання екстреної реабілітації - найактуальніші і значущі:

- прогнозування і аналіз можливих патологічних станів у відповідних ситуаціях;
- розробка комплексу заходів, засобів і методів своєчасного попередження таких станів;
- засобів і методів швидкого відновлення порушених психосоматичних функцій;
- розробка методик диференційованого застосування засобів, що дозволяють попередити виникнення патології і швидко ліквідувати що з'явилися порушення.

У гострій стадії обсяг реабілітаційних заходів обмежується певними протипоказаннями і містить велику питому вагу медикаментозного напрямки. Це здійснюється в стаціонарах або денних стаціонарах, напрямки в які диференціюються залежно від ступеня тяжкості і рівня технологічного оснащення стаціонарів. При цьому реально зменшення середнього часу лікування гострих стадій захворювання - менше 12 днів при захворюваннях органів дихання.

Основні завдання психологічної реабілітації

Ці завдання визначаються характером психологічного стану, виразністю нервово-емоційних розладів і індивідуально-особистісними особливостями пацієнтів з травматичною хворобою спинного мозку (ТБСМ). Основними з них є:

- оцінка психологічного стану потерпілих, визначення якості і ступеня психоемоційного розладу;
- визначення оптимальних шляхів і методів психологічного впливу, спрямованих на відновлення оптимальної працездатності;
- формування оптимальної психологічної реакції на перебіг і наслідки хребетно-спинномозкової травми (ХСМТ);
- вивчення динаміки психічних порушень у процесі голосування та після проходження реабілітації в центрі;
- оцінка фізичної, сенсорної та інтелектуальної працездатності пацієнтів з ТБСМ і зіставлення їх з номінальними показниками професійної придатності;
- корекція психосоматичного статусу методами психотерапевтичних, психофізіологічних і психофармакологічних впливів;
- здійснення професійної реабілітації пацієнтів з ТБСМ, а при необхідності

- професійної переорієнтації.

Коли ми говоримо про хворих людей, то в першу чергу маємо на увазі не хвороба, а особистість, яка суб'єктивно цю хворобу сприймає. Таким чином, проблема порушень особистісної ідентичності - одна з ключових завдань, яке можуть і повинні вирішувати психологи.

Допомагаючи формувати гармонійний «образ Я» хворого, ми тим самим активізуємо внутрішні ресурси людини, необхідні для успішної реабілітації та ресоціалізації.

Результати дослідження дають реальну перспективу оцінки психологічного статусу осіб і можуть використовуватися при складанні програми психокорекційних заходів психологами в реабілітаційних установах з метою підвищення реабілітаційного потенціалу особистості та психологічної адаптації до нових умов життя.

Вибір психотерапевтичних методів, найбільш ефективних при психологічній реабілітації пацієнтів, залежить від ряду факторів:

- цілі і завдання, обумовлені тяжкістю, особливостями соматичного і психологічного стану пацієнта;
- терміни травми;
- особистість хворого, характерологічні особливості сприятливих або несприятливих для проведення того чи іншого виду психотерапії;
- вік пацієнта;
- соціальне середовище, до якої належить пацієнт, рівень освіти;
- мотивація пацієнта до психотерапевтичної роботи;
- установка пацієнта на конкретний вид психотерапії, сформованої у нього попередніми психотерапевтичними впливами;
- особистісна структура психотерапевта, ступінь вираженості у нього якостей, що забезпечують успішність психотерапії;
- рівень підготовки, досвід, кваліфікація психотерапевта.

У зв'язку з цим застосовуються такі підходи при виборі методів психотерапії:

Індивідуальні методи:

- раціональна психотерапія - пацієнт отримує інформацію про причини, механізми хвороби;
- методи психічної саморегуляції для зняття симптомів напруги і тривоги - аутотренінг, прогресивна м'язова релаксація, активна візуалізація позитивних образів;
- когнітивна психотерапія - використовується для переосмислення дезадаптивних думок і зміни негативних установок;
- особистісно орієнтована терапія - дозволяє змінити ставлення пацієнта до психотравмуючої ситуації і прийняти відповідальність за своє ставлення до неї.
- позитивна психотерапія, гештальт-підхід - засновані на уявленні, що існують не тільки проблеми і хвороби, а й способи їх подолання, притаманні кожній людині;

- логотерапія В. Франкла - полягає в тому, щоб знайти сенс в тому, що трапилося, сенс жити далі.

Групові методи:

- групи відкритого типу, орієнтовані на рішення освітніх завдань або на структурування травматичних спогадів (робота «там і тоді»);

- групи, включаючи розрізані структуру, націлені на конкретну задачу, на вироблення навичок опанування травмою, на роботу з інтраперсональною динамікою (робота «тут і тепер»).

Групова психотерапія спрямована на досягнення наступних цілей:

- повторне емоційне переживання і усвідомлення травми в безпечному просторі групи, поділ цього переживання з терапевтом і групою;

- спілкування в групі з людьми, що мають схожий досвід, що дає можливість зменшити почуття ізоляції, відчуженості, сорому і посилити почуття приналежності, доречності, спільності, незважаючи на унікальність переживання кожного учасника групи;

- спільне навчання методам ефективного подолання наслідків травми;

- можливість бути корисним - здійснити підтримку, вселити впевненість, допомогти повернути почуття власної гідності тим, хто знаходиться в більш важкому психологічному стані, що дозволяє подолати відчуття власної «малоцінності», змістити фокус з почуття власної ізолюваності;

- набуття досвіду нових взаємин.

Раціональне поєднання форм і методів реабілітації на застосуванні комплексного підходу, що використовує сучасні психотерапевтичні техніки. Останні роки стали часом бурхливого розвитку психотерапії та активного освоєння її нових форм і моделей. Погляди багатьох сучасних вчених, дослідників все більше звертаються в бік різних видів мистецтва, використовуваних як адаптогенний, профілактичних, лікувальних, корекційних засобів. Адже творчість - це вищий компонент в структурі особистості, основний спосіб існування і розвитку особистості. Всі нові технології спрямовані на максимальне усунення негативних факторів у психологічному, біологічному, соціальному розвитку людини і створення сприятливого мікро- і макроклімату.

Ефективність психологічної реабілітації пацієнтів можна оцінити за допомогою наступних критеріїв:

- розвиток навичок самоконтролю і постановки мети;

- накопичення емоційно-позитивного досвіду і підвищення уваги до змін, що відбуваються в самому собі і в інших;

- розвиток активності, як психофізичної, так і соціальної;

- розвиток вміння будувати відносини з самим собою, з іншими людьми, зі світом;

- зміцнення ідентичності;

- визначення меж свого «Я»;

- розвиток творчого потенціалу, природних можливостей;

- активізація адаптаційних реакцій;

- поліпшення психологічного і фізичного стану для усунення наслідків перевтоми, дратівливості, депресії.

Така система критеріїв дозволить кількісно оцінити ефективність різних форм реабілітації, що необхідно для уніфікації підходів при проведенні реабілітаційних заходів, здійснення наступності і неперервності на всіх етапах надання реабілітаційної допомоги.

Використання в реабілітаційно-експертній практиці модифікованої системи критеріїв дасть можливість оцінити і прогнозувати результати проведених реабілітаційних заходів, сприятиме результативності реабілітації даної категорії інвалідів. Дані критерії вимагають подальшого уточнення і розробки стосовно до різних форм і методів психологічної реабілітації.