

и т.д. Игра устраняла торможение при внезапном обращении, что являлось непреодолимым препятствием для лиц, склонных к невротическим реакциям. Механизм ПО заключался в специальном ускорении темпа игры, когда всё время повторяется: «Скорее!», «Нельзя опаздывать!», «Проигрываешь!», «Ничего не можешь сказать сразу!» и т.д. Игра, таким образом, помогала снять избыток предшествующих нервно-возбуждённых обращений родителей к детям, поскольку родители участвовали в игре **наравне** с детьми.

Упомянутые игры составляли только часть разработанного игрового психологического комплекса устранения страхов и психологической очистки издержек семейного воспитания.

В контрольной группе у 30 пациентов, страдающих неврозами, получавших только фармакотерапию у 6(20%) пациентов отмечалось улучшение, у оставшихся 24(80%) наблюдалось более длительное течение заболевания, невроз протекал с частыми клиническими обострениями. У группы детей прошедших психотерапию отмечается полное устранение страхов. Игры не только устраняли страхи, но и действовали самостоятельно в виде психологической очистки. Эффективность метода «психологической очистки издержек семейного воспитания», не оставляет сомнений в целесообразности его использования в практике детской и семейной психотерапии неврозов у детей. Отсюда следует, что правила, требования являются основой воспитания, но их чрезмерность, как, впрочем, и недостаточность, осложняет психическое развитие детей.

Участие родителей в игровой терапии и перестройка их отношений закрепляли полученные результаты.

Выводы:

1. В результате применения метода «психологической очистки издержек семейного воспитания» в психотерапевтическом процессе достигается взаимная

адаптация детей и родителей, совершенствуются навыки самоконтроля и общения в стрессовых ситуациях.

2. Эффективность метода состоит в качественном своеобразии оригинального комплекса психологической очистки наиболее неадекватных сторон родительского воспитания, таких как непоследовательность, порицания, обвинения, тревожное ожидание и беспокойство, наказание вообще и физическое в частности, а также избыток информации.

3. Метод ПО прост в применении и эффективен для коррекции издержек семейного воспитания, способствующих невротизации детей.

4 В результате проводимой терапии происходило осознание родителями причин невротического заболевания ребенка и формирование у них соответствующего психотерапевтического настроения.

5 В процессе психологической очистки лечебные игры, способствуют *нейтрализации недоверия* родителей к возможностям детей, их опыту и перспективам самостоятельного развития.

Литература:

1. Захаров А.И. Игра как способ преодоления неврозов у детей. // - Москва, 1999. - С.12-14.

2. Захаров А.И. «Как предупредить отклонения в поведении ребенка» // - М., «Просвещение», 1993 - С.22-24.

3. Захаров А.И. «Дневные и ночные страхи у детей» // Изд-во «Союз», СПб., 2000. - С.32-36.

4. А.И. Захаров. Метод «психологической очистки издержек семейного воспитания» у детей с неврозами. // Вестник последипломного медицинского образования. Научно-практический информационный журнал. Москва 1999. - С.86-87.

5. Захаров А.И. Как преодолеть страхи у детей. // Москва. Педагогика, 1986. - С.41-44.

УДК 616.8-085.851-616.36-005.8-08

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЁСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА

А.А. Алмагамбетова

КГКП «Центр психического здоровья», г. Семей

Резюме

Психотерапия улучшает психическое состояние больных, перенесших инфаркт миокарда (прежде всего за счет устранения аффективных нарушений и астении), способствует формированию адекватной психологической реакции на болезнь и успешной психологической реадaptации больных после перенесенного инфаркта миокарда. Важное значение в восстановлении трудоспособности больных, перенесших острый инфаркт миокарда, имеет правильная организация психотерапевтических лечебно - реабилитационных мер.

Тұжырым

ЖЕДЕЛ МИОКАРД ИНФАРКТИМЕН АУЫРҒАН НАУҚАСТАРДЫҢ ПСИХОТЕРАПИЯЛЫҚ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

А.А. Алмагамбетова

Миокард инфарктімен ауырған науқастардың психиялық жағдайын психотерапиялық ем жақсарта (ең алдымен аффектілік бұзылыстар мен астенияны шектеу арқылы), дертке адекватты психологиялық реакцияларды қалыптастыруға және инфаркттен кейінгі тиімді психологиялық реадaptацияға әкеледі. Жедел миокард инфарктімен ауырған науқастардың еңбекке қабілеттілігін қалпына келтіруде психотерапиялық емдік-реабилитациялық шараларды дұрыс ұйымдастырудың маңызы зор.

Summary
FEATURES OF PSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF PATIENTS
WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

A.A. Almagambetova

Psychotherapy improves the mental state of patients with MI (primarily due to elimination of affective disorders, and fatigue), promotes the formation of an adequate psychological reaction to disease and successful psychosocial rehabilitation of patients after myocardial infarction. The importance in the rehabilitation of patients after acute myocardial infarction is the proper organization of psychotherapeutic treatment and rehabilitation measures.

Актуальность проблемы. Инфаркт миокарда находится в настоящее время в центре внимания кардиологов, психотерапевтов, терапевтов. Выраженные психические нарушения наблюдаются у 50-80% больных инфарктом миокарда. Эти изменения оказывают существенное влияние на течение основного патологического процесса, затрудняют лечение, снижают результаты реабилитации. На основании глубинно-психологического анализа был составлен типичный личностный профиль пациента с коронарными заболеваниями [1]. Волков В.Т. и соавт. допускали, что психический фактор наряду с органическим может играть роль в возникновении инфаркта миокарда. [2-3]. Психотерапевтический аспект реабилитации больных инфаркта миокарда важен и иногда определяет возможность и эффективность всех остальных реабилитационных вмешательств. Бурно М.Е. писал: «Очень важно понимать, что сердце после инфаркта миокарда может восстановить свою функцию быстрее, чем исчезнет состояние депрессии, часто осложняющее это заболевание». [4]

Медицинская практика, на словах придерживается хорошо известного правила «лечить не болезнь, а больного». Оценивая характерологические особенности больных различными формами ИБС, подчеркивается, что эмоциональный стресс имеет существенное значение в манифестации ишемической болезни сердца. [5]

Актуальность темы определяется широкой распространенностью инфаркта миокарда (ИМ), большими потерями вследствие временной нетрудоспособности и ранней инвалидизации лиц наиболее работоспособного возраста и существенной ролью психологических факторов в восстановительном лечении. В связи с этим очевидна важность мер по психологической реабилитации больных ИМ, основное место среди которых отводится методам психотерапии (ПТ) [9].

Цель исследования:

1) оценить эффективность психотерапии (ПТ), применяемой в лечении больных, перенесших инфаркт миокарда;

2) изучить эффективность гипносуггестивной психотерапии (ГСП) в лечении и реабилитации больных инфаркта миокарда;

3) оценить сравнительную эффективность различных методов ПТ (АТ, ГСП, рационально-разъяснительной психотерапии - РРП) в системе психологической реабилитации больных ИМ.

Материалы и методы исследования.

В течение нескольких лет (2009-2011г.г) наблюдались больные, перенесшие инфаркт миокарда различной степени трудности. Все больные обращались к психотерапевтической помощи на разных этапах после перенесенного заболевания, прошедшие курс лечения в стационаре.

Обследовано 40 больных из них мужчин – 35 (87,5%), женщин - 5 (12,5%); трудоспособного возраста 27-60 лет, средний - 50).

По давности заболевания больные распределялись следующим образом: до года – 21 больной (52,5%), до трёх лет - 13 больных (32,5%), до пяти лет и выше – 6 (15%). По наблюдению перенесенный инфаркт миокарда

да вызывал перестройку характерологических особенностей, что отражалось на темпераменте личности. Увеличилась частота меланхолического темперамента, который характеризовался боязливостью, упрямством, рассудительностью, пессимизмом, необщительностью. Одной из жалоб у этой группы больных был страх перед повторным инфарктом. Этот страх расценивался, как навязчивый страх смерти. В клинической картине этих больных отмечались явления раздражительной слабости, колебания настроения, повышенная впечатлительность и настороженность. Эти больные ходили очень осторожно, медленно, как бы не вызвать физическое напряжение. Они исключали всякое лишнее физическое напряжение. У больных наряду с утратой здоровья и трудоспособности развивалось расстройство сна, неуверенность, чувство неполноценности, т.е. развивались нервно-психические расстройства, усугубляющие клиническое течение заболевания. Клиническая картина психических нарушений проявлялась в основном в астеническом, тревожном, фобическом, депрессивном, ипохондрическом симптомокомплексах, либо их сочетаниях в виде астено-фобического, астено-ипохондрического синдромов и др.

Наиболее часто встречались: явления астении (24%), тревоги+фобии (22%), депрессии (19%), ипохондрии (19%), анозогнозии (16%).

Для больных, поступающих на реабилитацию непосредственно из стационара были разработаны специальные комплексы антистрессовых лечебных мероприятий.

Все методы ПТ включались в комплексное лечение на 6-8 нед.

При проведении аутогенной тренировки (АТ) была использована методика по J.H.Schultz, [6] включая расширенные формулы спокойствия. Занятия проводились в группах по 8-10 чел., в положении сидя в кресле или лежа по желанию пациентов, 3 раза в неделю, в течение 30 мин. В среднем за курс лечения больные получили 8-10 сеансов. Кроме того, больным предлагалось ежедневно (1-2 раза) заниматься самостоятельно в домашних условиях. ГСП проводилась через день по 30-45 мин. В среднем курс лечения составил 8 сеансов. Погружение в гипнотическое состояние у большинства на уровне I-II стадии по А. Форелю [7] осуществлялось вербальным методом.

Рационально-разъяснительная психотерапия (РРП), [8] которая в среднем состояла из 3-5 бесед (в основном индивидуального характера) по 1 часу, была направлена на формирование у больного адекватного представления о болезни и новых форм поведения в связи с инфарктом миокарда, коррекцию ценностных ориентаций и установок личности.

Психотерапия (ПТ) подбиралась индивидуально для каждого больного. В зависимости от особенностей психического и соматического состояния назначались различные комбинации РРП, АТ и ГСП: 7 чел. (17,5%) нуждались только в РРП; у 10 (25%) больных РРП сочеталась с АТ, у 3 (7,5%) - с ГСП, а у 15 (37,5%) – с АТ и ГСП одновременно; 5 чел. (12,5%) получали АТ в сочетании с ГСП.

Больные занимались также лечебной физкультурой в зале, дозированной ходьбой под контролем врача ЛФК, кардиолога, получали фитотерапию, комплексную медикаментозную (базовую) терапию. Для анализа исследования была взята контрольная группа, состоящая из 40 пациентов с аналогичными характеристиками основного заболевания. Контрольной группой оказывались пациенты, которые в силу субъективных причин отказывались принимать участие в работе группы, но получали медикаментозное лечение, ЛФК, диету и др. По уровню социальной адаптации они максимально приближались к пациентам исследуемой группы, состоящей также из 40 пациентов.

Результаты исследования и обсуждение

Особое место в программе реабилитации имела специальная антистрессовая программа психотерапевтической реабилитации, включающая в себя групповые и индивидуальные сеансы психотерапии, разработанные для данной группы больных.

При направлении больного в психотерапевтический кабинет проводилась беседа, на которой определялись основные психологические проблемы, такие как страх смерти, угроза инвалидности, тревога за будущее из-за возможных затруднений в возвращении к трудовой деятельности, боязнь потери независимости, такие факторы, обосновывающие развитие депрессии, как потеря либидо, бессонница, повышенная раздражительность, снижение внимания. В ходе беседы, помимо вышеуказанных проблем, которые присущи для большинства пациентов этой группы, выявлялись также индивидуальные факторы, являющиеся психотравмирующими и стрессогенными для конкретного пациента. На дальнейших индивидуальных беседах 3 раза в неделю проводилась коррекционная работа, включающая в себя традиционные методы – разъяснительно-рациональная психотерапия, аутогенная тренировка, гипносуггестивная психотерапия, семейная психотерапия, при необходимости позитивная психотерапия, транзактный анализ.

В ходе первичной беседы, большинству больных предлагается принять участие в групповых занятиях, работающих по принципу Т- групп (группа собирается в одном и том же составе с первого по последнее занятие 10- 15 дней) или групп встреч (члены группы вливаются в работу по мере направления в психотерапевтический кабинет). Число участников группы 8-12 человек. Продолжительность одного занятия 50-60 минут.

В необходимых случаях проводилась семейная психотерапия, так как роль семьи для больного огромна, что помогало больному выбрать правильную ролевую позицию в семье, обрести уверенность в себе, убежденность в возможности полной семейной и профессиональной реабилитации. В ходе занятий в группе также давался теоретический материал в популярном изложении, касающийся как общегигиенических аспектов дальнейшей жизни (двигательная активность, режим питания, половая жизнь) так и навыки наиболее адекватного реагирования на стрессовые факторы.

В сравнении с контрольной группой у больных, прошедших специальную антистрессовую программу, никаких серьезных осложнений или последствий не было.

По результатам психотерапевтического лечения достигнуто стойкое улучшение соматического состояния. Клинические признаки оздоровления подтверждались параклиническими методами обследования (ЭКГ, лабораторные методы исследования, в т.ч. биохимический анализ плазмы на содержание холестерина и др.). Положительные сдвиги по анализу электрокардиограмм выявлены в 86% случаях. Было выявлено восстановле-

ние нарушенного ритма, проводимости, коронарного кровообращения.

Сравнительная динамика состояния больных групп ПТП (психотерапии) и КГ (контрольная).

Полученные данные свидетельствуют о достаточно высокой эффективности ПТП при лечении психических изменений у больных ИМ. Установлено достоверное, по сравнению с КГ, снижение уровня астении и депрессии), а также тревоги и ипохондрии. В отдаленном периоде эффект ПТ в отношении тревоги, астении и депрессии стойко сохранялся. В процессе ПТП отмечено формирование адекватной психологической реакции на ИМ у 72,6% больных, тогда как в КГ - только у 27,4%, отмечалась успешная психологическая реадaptация (у 80,0% и 23,1% больных соответственно).

Под влиянием ПТП отмечено достоверное, по сравнению с КГ, улучшение отношения больных к медикаментозной терапии, к соблюдению диеты и врачебного режима.

Анализ изменения межличностных отношений выявил у больных, подвергшихся ПТП, тенденцию к гармонизации отношений с окружающими людьми (вне семьи и работы) по сравнению с исходным, концу курса ПТ, тогда как в КГ этих изменений не наблюдалось). Отмечено такое улучшение отношений в семье в группе ПТП, по сравнению с КГ.

В группе ПТП, по сравнению с КГ, наблюдалась более благоприятная динамика мотивации к труду, уменьшение ригидности установок, враждебности и конфликтности у больных, подвергшихся ПТП, гармонизации реакции больных на ситуацию, коррекции завышенных требований к окружающей среде, улучшении способности пациентов решать стоящие перед ними проблемы.

В ПТП группе, по сравнению с КГ, отмечено также уменьшение числа больных с кардиалгиями в процессе лечения.

Таким образом, проведенное исследование показало, что проводимая ПТ, оказывает хорошее терапевтическое действие на психическое состояние больных, особенно на аффективные расстройства (тревогу, депрессию) и астению, способствует формированию адекватной психологической реакции на болезнь и успешной психологической реадaptации больных после перенесенного инфаркта миокарда, оказывает положительное влияние на некоторые показатели сердечно-сосудистой системы, а также на соответствующие установки и поведение больных ИМ, связанные с реабилитацией.

Эффективность гипносуггестивной психотерапии в лечении и реабилитации больных ИМ.

Полученные данные свидетельствуют о том, что ГСП оказывает хорошее терапевтическое действие на психическое состояние больных ИМ, прежде всего, за счет устранения тревоги, астении и депрессии, а также анозогнозии и кардиофобии. Отмечено положительное влияние ГСП и на формирование адекватной психологической реакции на ИМ (у 85% больных, тогда как в КГ - у 15%). К концу наблюдения в группе ГСП, по сравнению с КГ, достоверно чаще отмечалась успешная психологическая реадaptация (у 74,5% и 25,5% больных).

Анализ изменения межличностных отношений выявил тенденцию к гармонизации отношений больных с окружающими людьми (вне семьи и работы) к концу курса ГСП, тогда как в КГ этих изменения не наблюдалось. Отмечено также улучшение отношений в семье у больных, подвергшихся ГСП, в то время как в КГ эти отношения менялись мало.

ГСП оказала определенное влияние также на трудоспособность больных ИМ. Так, через 6 мес. от начала

заболевания число больных, вернувшихся к труду, в группе ГСП составило 62,8%, тогда как в КГ - 46,1%.

Сравнительная эффективность различных методов психотерапии.

По данным длительного наблюдения тенденция в большей эффективности АТ и ГСП, по сравнению с РРП, выявилась более четко. Сравнительный анализ динамики психического состояния за весь период наблюдения подтвердил уменьшение числа больных с анозогнозией в группах АТ и ГСП, по сравнению с РРП.

Изучение динамики отношения к врачебным рекомендациям показало, что АТ и ГСП, лучше чем РРП, способствуют сохранению адекватного отношения к соблюдению врачебного режима, отмечена лучшая гармонизация межличностных отношений.

АТ показывает об уменьшении ригидности установок, а также враждебности и конфликтности у больных, уменьшение ипохондрической фиксации на своем состоянии у больных, прошедших АТ. успешная психологическая реадaptация и возврат к труду, уменьшение выраженности психических нарушений.

В группах АТ и ГСП, по сравнению с РРП, сохранялась более высокая мотивация к труду.

Таким образом, АТ и ГСП оказывают большее положительное влияние на анозогнозию, на отношение к врачебным рекомендациям по соблюдению режима и мотивацию к труду. АТ более эффективно способствует гармонизации межличностных отношений, а ГСП лучше устраняет кардиофобию и влияет на сердечно-болевой синдром. У АТ и ГСП к тому же лечебный эффект отличается большей стойкостью. Возможно, что некоторые преимущества АТ и ГСП перед РРП объясняются, во-первых, состоянием релаксации при АТ и ГСП, которая способствует уменьшению тревожности, психологической и физиологической реакции на стрессовое воздействие. Во-вторых, воздействие на психику посредством эмоционально-суггестивных механизмов, по-видимому, обеспечивает больший терапевтический эффект, чем только логическая переработка информации, и, в особенности, в условиях повышенной тревожности. В-третьих, часть больных, прошедших курс АТ, продолжили самостоятельные занятия в домашних условиях. В-четвертых, в отличие от АТ и ГСП, которые проводились в группах больных, РРП применялась, как в групповой психотерапии, но в основном, в индивидуальной форме.

На основе полученных данных представляется возможность уточнить показания к применению АТ, ГСП и РРП: 1) при наличии кардиофобии, сердечно-болевого синдрома или АГ лучше проводить ГСП; 2) при проблемах межличностных отношений и с целью коррекции негативных личностных изменений (враждебность, ригидность установок, конфликтность) – АТ (семейную психотерапию); 3) РРП следует дополнять релаксационно-суггестивными методами ПТ воздействия.

Психотерапия больных ИМ проводилась дифференцированно с учетом психологических особенностей. В целях психологической реабилитации больных ИМ целесообразно проводить психотерапию уже в ранние сроки после ИМ. При этом для коррекции психических изменений, нарушенных отношений, установок, мотива-

ций достаточен короткий курс психотерапии. При наличии кардиофобии и анозогнозии целесообразно применение суггестивно-релаксационных методов психотерапии. При выявлении ипохондрического синдрома необходимо, наряду с более длительным курсом психотерапии, применение психотропных средств. Подобный же подход нужен при лечении кардиалгий, сопровождающихся выраженной психопатологической симптоматикой. При наличии сердечно-болевого синдрома или АГ из методов психотерапии рекомендуется применение длительного курса гипносуггестивной психотерапии. Коррекция поведенческих факторов риска ИБС требует более длительной и интенсивной психотерапии. Психотерапию лучше проводить в группе больных.

Выводы.

1. Психотерапия улучшает психическое состояние больных ИМ (прежде всего за счет устранения аффективных нарушений и астении), способствует формированию адекватной психологической реакции на болезнь и успешной психологической реадaptации больных после перенесенного ИМ.

2. Важное значение в восстановлении трудоспособности больных перенесших острый инфаркт миокарда имеет правильная организация психотерапевтических лечебно-реабилитационных мер.

3. Применение рекомендуемых способов психотерапевтического воздействия позволяет не только успешно бороться с указанными отклонениями и предупреждать их, но и позитивно влиять на течение основного заболевания, мобилизовать резервы личности, всего организма, для восстановления здоровья, потенцировать действие других методов терапии и профилактики возможных рецидивов.

4. Гипносуггестивная психотерапия оказывает большее, по сравнению с другими методами психотерапии, терапевтическое действие, как на психическое состояние, так и сердечно-сосудистую систему, а гипносуггестивная психотерапия и аутогенная тренировка более эффективны, чем разъяснительно-рациональная психотерапия, в реабилитации больных ИМ.

Литература:

1. Носсрат Пезешкиан. Психосоматика и позитивная психотерапия. // Москва «Медицина» 1996 -С.258-263.[1] (Dunbar 1948).
2. Волков В.Т., Стрелис А.К., Караваева Е.В., Тетенёв Ф.Ф. Личность пациента и болезнь // Томск - 1995 - С.164-168.
3. Каменецкий Д.А. Этюды практической психотерапии. // Москва-2000 - С.204-223.[6]
4. Бурно М.Е. Клиническая психотерапия. // Библиотека психологии, психоанализа, психотерапии. / Под редакцией В.В.Макарова. Академический проект. - Москва 2000. – С.54-82. (гипноз по Форелю, 1928).
5. Карвасарский Б.Д. Психотерапия // Москва. «Медицина» 1985 - С. 99 - 101.(P.Dubois, 1912).
6. Шафикова А.Г. Дифференцированная психотерапия больных инфарктом миокарда на стационарном этапе реабилитации. // Всесоюзный кардиологический научный центр АМН СССР НИИ кардиологии им. А.Л. Мясникова. Москва 1990 – С.160.