Тема 4. ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ СОМАТИЧНИХ ХВОРИХ

ПЛАН

1. Поняття про хронічні соматичні хвороби.

2. Особливості людей, що хворіють на хронічні соматичні хвороби.

3. Психологічна реабілітація соматичних хворих.

4. Психолого-педагогічна реабілітація соматично хворих дітей.

Навчальний час: 4 годин

Основні поняття: хронічні соматичні хвороби, психосоматичні відношення,

фізіологічні реакції організму людини, типи психосоматичних порушень,

реабілітація соматичних хворих.

89

4.1. Поняття про хронічні соматичні хвороби.

Біля 40% людей, що звертаються до лікарів, страждають соматичними

хворобами (мігренню, алергією, розладом шлунково - кишкового тракту та ін.) -

причини яких не можна знайти навіть за допомогою високочутливих приладів. І

людина ходить від лікаря до лікаря. Поки не потрапить (через 8 років!) до

терапевта – психосоматика.

Соматопсихологія – розділ медичної психології, що вивчає особистість,

діагностику, лікування, експертизу хворих на різні захворювання, які не

відносяться до неврологічних і психічних; зокрема вивчаються хворі з

психосоматичними розладами (приклад: спастичний коліт, бронхіальна астма,

ревматоїдний артрит, екзема і ін.) – внутрішні захворювання, що виникли через

психічні чинники.

Дані соматопсихології використовуються при безпосередньому контакті з

хворим (приклад: сангвінік зменшує захворювання), їх діагностиці, експертизі.

Розрізняють зв'язок соматичного і психічного:

а). в межах норми (посинілий від злості), б). в області патології (недоумство:

стан дезорієнтації, сплутаній свідомості моторошності і розгубленості з

помірним неспокоєм).

При важких хронічних хворобах виникає безліч проблем психологічного і

соціально - психологічного характеру, що вимагають використання клініко -

психологічного втручання: реакція особистості на хворобу, неадекватне

відношення до хвороби (недооцінка або переоцінка свого захворювання,

надмірна емоційна реакція, пасивність, формування необґрунтовано широкої

обмежувальної поведінки), яка може робити істотний вплив на процес

лікування і реабілітації в цілому. Психологічні і соціально-психологічні

наслідки хронічного захворювання міняють звичний спосіб життя людини. Це

може приводити до зміни соціального статусу, зниження працездатності,

проблем в сімейній і професійній сферах, часткової неможливості задоволення

значущих потреб, невіри у власні сили, невпевненості в собі, заперечення

існуючих можливостей і власних ресурсів, звуження інтересів і круга

спілкування, дефіциту життєвих перспектив.

Вивчення особистості хворого, закономірностей її розвитку і специфіки

порушень в цілях оптимізації психотерапевтичних дій. Психотерапія є

інструментом реалізації особистісного підходу. Тому психотерапевтична дія

припускає знання лікарем основ клінічної (медичною) психології, об'єкт

вивчення якої — особистість хворого. Розвиток психотерапії тісно пов'язаний з

розробкою вчення про особистість, її механізми, закономірності і розлади її

функціонування. Реалізація особистісного підходу в психотерапії припускає

детальне вивчення особи хворого, особливостей його емоційного реагування,

мотивації, особливостей поведінки і їх трансформації в процесі захворювання.

Така інформація необхідна як для вирішення завдань патогенетичної і

диференціальної діагностики, так і в ході лікувально-відновної,

психотерапевтичної і психокорекційної практики, а також лікувальнопрофілактичної роботи в соматичній клініці з урахуванням психосоціальних

реакцій на соматичні хвороби і їх наслідки. Однією з вузлових проблем є

розмежування преморбідних особливостей особистості і характеристик,

привнесених захворюванням. Інше важливе завдання дослідження особистості

хворого полягає у визначенні участі психологічного компоненту в ґенезі різних

форм патології: від великого круга хвороб, в етіопатогенезі яких

психологічному чиннику належить вирішальна (неврози (F40-F48)) або істотна

роль (інші прикордонні розлади, психосоматичні захворювання і ін.), до

захворювань, в яких психічний чинник виявляється як реакція особистості на

хворобу, що приводить до зміни психологічного функціонування індивіда у

зв'язку з соматичним розладом. Як модель трансформації особистісних

особливостей може розглядатися невроз з основними його стадіями. Виділяють

первинні, вторинні і третинні особові утворення. Первинні пов'язані переважно

з темпераментом. Вторинні визначаються порушеннями значущих відносин

пацієнта. Третинні є посиленням цих рис — при затяжному перебігу неврозу і

невротичному розвитку — до ступеня акцентуації і психопатичних

особливостей, що багато в чому визначають поведінку людини і його

адаптацію. Розглянуті на моделі неврозу первинні, вторинні і третинні

особливості особистості можна виділити і в структурі особових розладів при

інших нервово-психічних і психосоматичних захворюваннях. Врахування

первинних, вторинних і третинних особистісних утворень надзвичайно важливо

при виборі оптимальної психотерапевтичної тактики. Якщо при первинних

особистісних розладах істотну роль грають біологічні методи лікування, то

корекція вторинних особистісних порушень вимагає вже проведення

особистісно-орієнтованої психотерапії. Корекція третинних особистісних

розладів, що виявляються в поведінковій сфері, найконструктивніше протікає,

якщо особистісно-орієнтована психотерапія доповнюється різними варіантами

поведінкового тренінгу.

4.2. **Особливості людей, що хворіють на хронічні соматичні хвороби**

Бувають різні типи хворих.

«Важкі» хворі. Кожен хворий по-своєму важкий для лікаря. Пацієнти

мають різний професійний, матеріальний, соціальний статус, відрізняються

сімейним станом, життєвим досвідом, своїми психологічними труднощами,

можливо, комплексами, стражданнями, прихованими проблемами. Кожен посвоєму реагує на хворобу, біль, на прийом ліків, візити лікаря. Пацієнти з

високим соціальним статусом і звичкою до надмірного контролю поведінки,

прагнучи «зберегти особу», не повідомляють лікареві до кінця свої

переживання, сумніви і страхи, побоюючись виглядати «слабкими» або навіть

«симулянтами». Освічені особи з високим інтелектуальним потенціалом в

контексті взаємин з лікарем, що лікує, часто підкреслюють свою значущість,

пускаються в тривалі міркування «по будь-якому приводу», що може заважати

лікареві представити точну картину хвороби. До «важких» відносяться

інтровертовані хворі, замкнуті на своєму внутрішньому психологічному світі, з

труднощами вступи до контакту, що відповідають односкладово і лаконічно,

опускаючи важливі для лікаря подробиці і деталі, які виявляються лише при

тривалому і ретельному цілеспрямованому розпитуванні. Літні люди з

порушеннями психічної діяльності на тлі прогресуючого атеросклерозу (I70) із

зниженням пам'яті, порушенням концентрації уваги, з інтелектуальним

зниженням або з неадекватними емоціями, не відповідними фізичному стану

(наприклад, пацієнти в стані ейфорії за наявності важкого соматичного

захворювання), — всі ці хворі також бувають важкими на певних етапах

лікувально-діагностичного процесу. Найбільш складними хворими,

спілкування з якими вимагає більше всього часу і терпіння, є депресивні

пацієнти (F32) з високим ризиком суїцидальної поведінки, лікарі за професією і

осіб з недовірливою акцентуацією характеру.

Недовірливі хворі. Ці пацієнти постійно зайняті обдумуванням труднощів,

проблем, які можуть зустрітися в майбутньому. Вони стурбовані можливими

рецидивами, ускладненнями хвороби, побічними діями ліків. Постійно у всьому

сумніваються і буквально переслідують своїми сумнівами і коливаннями

лікаря, що лікує, по щонайменшому приводу звертаються за додатковими

роз'ясненнями до медичного персоналу. Перш ніж прийняти призначені лікарем

ліки, недовірливі хворі ретельно вивчають всі свідчення, протипоказання,

побічні дії препарату, обговорюють необхідність ухвалення саме цього, а не

якого-небудь іншого засобу з схожим механізмом дії. Але навіть після

багатократного обдумування і промовляння всіх деталей терапії (препарати,

час, дози і тривалість прийому) з медичним персоналом у пацієнтів

залишаються сумніви, якими вони діляться з оточуючими. Призначення кожної

нової діагностичної або терапевтичної процедури примушує їх насторожитися:

у хворих знов і знов виникають сумніву в правильності діагностики і

адекватності лікування, що проводиться. Якщо швидкого ефекту, очікуваного

від прийому ліків, не наступає, то пацієнти знов звертаються до лікаря зі своїми

страхами, сумнівами і коливаннями. Таких хворих весь медичний персонал знає

по імені-по батькові, їм прагнуть відпускати процедури і дають приймати ліки в

один і той же фіксований час, щоб уникнути непотрібних пояснень. Проте вони

постійно і у всьому сумніваються, звертаються все з новими проблемами. Часто

і після виписки без достатніх підстав продовжують відвідувати лікаря,

вимагаючи до себе уваги. Оскільки вони не вірять в правильність лікування і

можливість одужання, недовірлива акцентуація характеру у таких хворих

погіршує прогноз будь-якого захворювання.

Депресивні хворі. Депресія в психології описується як втрата життєвої

перспективи. Плани і програми, надії і мрії про майбутнє додають сенс

сьогоденню. Сьогоднішній день важливий і осмислений тому, що він є кроком

на шляху досягнення поставленої мети. Коли людина втрачає перспективу, цілі

і завдання майбутнього життя, то і сьогодення починає здаватися йому

позбавленим сенсу. «Депресивна блокада» може приводити до думок про

суїцид. Не випадково тому лікар-психіатр, вирішуючи питання про виписку

депресивного пацієнта, ставить йому питання: «Які Ваші плани на майбутнє?»

Якщо хворий на це питання відповісти не може, то це часто означає, що

депресивний стан (F32) ще зберігається.

Важке соматичне захворювання, якщо воно невиліковне, в більшості

випадків супроводжується формуванням депресивних переживань: майбутнє

здається безнадійним і безперспективним. У хворого, що втратив надію на

одужання, можливі суїциїдальні тенденції. Високий рівень депресії

наголошується у хворих хронічною нирковою недостатністю (N18), що

проходять лікування гемодіалізом, у пацієнтів, що перенесли інфаркт міокарду

(I21), у онкологічних хворих. Трапляється, що, закінчивши яку-небудь важливу

роботу, досягнувши значущої мети, до якої довелося йти багато років,

відмовляючи собі в задоволеннях і відпочинку, добившись, нарешті, успіху,

людина раптом виявляє у себе розгубленість і порожнечу, відсутність якихнебудь цілей і подальших перспектив. Замість відчуття гордості і торжества

вона переживає спустошеність і байдужість до всього. Разом з розчаруванням

може прийти хвороба. У цьому сенсі інфаркт міокарду називають іноді

«хворобою досягнення». Проте депресивний стан з суїциїдальним настроєм

може розвинутися і при інших ситуаціях, наприклад, коли захворювання

перешкоджає досягненню значущих цілей (оволодінню професією), роблячи

життя безглуздої і позбавленої перспектив. У подібних випадках перед лікарем

встає питання про можливість прогнозувати суїциїдальну поведінку

депресивних хворих. Шведські автори описують так званий

«передсуіциїдальний синдром», тобто ряд ознак в поведінці, настрої,

самопочутті пацієнтів, що дозволяють з певною мірою достовірності

прогнозувати у них суїциїдальні дії.

Передсуїциїдальний синдром. Перші ознаки депресивного стану у хворого

— зниження активності, ініціативи в контактах з персоналом і іншими

хворими, втрата раніше значущих соціальних інтересів. Хворі перестають

дивитися телевізор, читати газети, цікавитися новинами. Вони пасивно

підкоряються медичному персоналу, на питання відповідають стисло і

лаконічно. Депресивний пацієнт може годинами лежати в ліжку в «позі

ембріона», відвернувшись лицем до стіни. Поступово знижуються вітальні

потреби: хворі перестають ходити в їдальню, приймати їжу; у них з'являються

порушення сну у вигляді ранніх уранішніх пробуджень з тривогою і

неможливістю заснути. Для вираженого депресивного стану (F32) характерна

так звана «тріада Протопопова»: тахікардія, замки, розширення зіниць. У цей

період у хворих можуть виникати суїциїдальні думки і суїциїдальні дії.

Здійснюючи задумане, пацієнти стають активнішими, розпитуючи персонал,

лікарів про дію ліків, про можливість отруєння при прийомі того або іншого

засобу. Спостерігаючи за медичним персоналом, депресивні пацієнти

вибирають час, коли нагляд за ними ослаблений, і місце, де можна

безперешкодно зробити суїцид. При демонстративно-шантажних суицидах, на

відміну від істинних, навпаки, час і місце вибираються так, щоб вірогідність

допомоги була найбільшою. Пожвавлення активності хворого з депресивними

рисами, яке повністю пов'язане з вибором способу здійснення суїциду, є для

медичного персоналу сигналом про небезпеку, коли необхідно прийняти

термінові заходи по запобіганню суїциїдальним діям (посилення нагляду,

консультація психіатра, психотерапевта).

Лікар як хворий. Медичні знання можуть бути захистом від

неправильного відношення до хвороби, невірного способу прийому ліків і

можуть допомагати при індивідуальній профілактиці захворювань. В той же час

інформованість про можливість різноманітних ускладненнях, несприятливому

перебігу хвороб турбують лікаря і часто набагато сильніше, ніж неспеціаліста,

що не має медичної освіти. Теоретично стан здоров'я лікарів і медичних

працівників повинний бути краще, ніж у решти населення. Але практично, за

даними різних дослідників, ситуація складається протилежним чином. Зазвичай

лікарі недооцінюють у себе початкові ознаки захворювань. Лікарі, хворі раком,

проводять перше обстеження набагато пізніше, ніж інші хворі. Вони схильні

переносити на ногах простудні захворювання (грип, ангіну), виходять на

роботу, не закінчивши лікування, вважають за краще лікуватися

симптоматично. Достовірно частіше, ніж у інших пацієнтів, у них

спостерігаються ускладнення і рецидиви хвороби. Психологічна реакція лікаря

на своє захворювання представлена двома етапами. Перший — анозогнозичний

— обумовлений небажанням усвідомлювати наявність і тяжкість симптомів.

Неусвідомлення хвороби може тривати достатньо довго — до декількох

тижнів. Другий етап — панічних реакцій — пов'язаний з переоцінкою

серйозності ознак хвороби, очікуванням ускладнень, з песимістичним поглядом

відносно діагнозу і прогнозу. На цьому етапі лікар стає «важким» хворим: він

постійно добивається повторних обстежень, консультацій фахівців, займається

самолікуванням, не довіряє повною мірою своєму лікареві, що лікує,

підозрюючи, що той одурює його, приховуючи тяжкість і безнадійність

положення. Подібну поведінку можна пояснити тим, що, на відміну від

«наївного» пацієнта, який думає, що існує ліки від всіх хвороб (достатньо

правильно визначити захворювання, як відразу стане ясно, чим його лікувати),

лікар позбавлений цих щасливих ілюзій. Хворий лікар, розуміючи обмежені

можливості медицини, яка не завжди і не всі хвороби може швидко розпізнати і

ефективно вилікувати, нерідко підозрює, що він хворий на ще не відомого або

погано вивченого захворюванням, від якого немає ефективних ліків, при яких

можливі важкі ускладнення, що часто приводять до летального результату. Він

не довіряє своєму лікареві, що лікує, тому що працюючи лікарем сам, всієї

правди про стан своїх пацієнтів їм не говорив, повідомляючи лише те, що

вважав потрібним. Тепер, опинившись в ролі хворого, лікар починає думати,

що і від нього приховують тяжкість стану і несприятливий прогноз. Під

впливом цих думок він стає підозрілим, недовірливим, тривожним. При

спілкуванні з таким пацієнтом, бажано, відносячись з повагою до його

професійного статусу, створити йому по можливості кращі умови в стаціонарі:

дозволити користуватися телефоном, помістити в окрему палату або в палату з

меншим числом хворих, надати вільніший режим і доступ відвідувачів.

Реакції на хвороби.

Фізіологічні реакції відбуваються в усіх системах організму людини:

- серцево-судинні зміни: прискорення серцебиття, зміна кров’яного тиску,

звуження або розширення судин (збліднення, або почервоніння шкіри),

- зміни дихання: затримка, уповільнення, затихання дихання,

- реакції шлункового тракту: посилення моторики шлунку, похили до блювоти,

посилення перистальтики кишечнику з нахилами до поносів, уповільнення

моторики – з похилами до запорів.

Як відмічає Барклі, шлунок є одним є найбільш чутливим органом тіла і

реагує на всі емоції. М’язові реакції неопосередкованого характеру (тремтіння),

випрівання долоней, при емоційних відхилах та інших реакціях.

Характер психосоматичної реактивності індивідуально зумовлений. Так

при емоційному навантаженні деякі особистості частіше реагують серцевосудинними розладами у виді тахікардії, почуттям стискання в області серця,

тощо. Інші люди – реакціями шлункового тракту, зпітнінням, або м’язовими

реакціями. Ця індивідуальна реактивність не є життєвою і постійною у всіх

ситуаціях, у всіх періодах життя. Так люди, які реагували в дитячому віці на

хвилювання у вигляді поносу можуть у більш старшому віці при подібних

ситуаціях давати серцево-судинні реакції. Питання індивідуального характеру

цих реакцій до цього часу повністю не вияснені.

Тяжкі психотравми гострого або затяжного характеру викликають у

людини хвилювання у вигляді постійної адекватної напруги. В свою чергу

подібні емоційні реакції неможливі без соматовегетативних змін в організмі,

тим інтенсивніше їх соматовегетативні компоненти.

Іншим потужним неврогенним чинником виступає важка хвороба.

Адекватна, мужня реакція на недуги зустрічається рідко, набагато частіше в

людей у таких ситуаціях виникають невротичні реакції. Так, професор В.П.

Зайцев виділяє п'ять типів подібних реакцій на інфаркт міокарда, серед них:

-кардіофобічна реакція - хворі бояться «за серце», відчувають страх перед

повторним інфарктом міокарда і раптової смерті; вони надмірно обережні,

особливо, при спробах розширення режиму фізичної активності; посилення

страху супроводжується дрожжю в тілі, слабкістю, зблідненням шкіри,

серцебиттям;

-депресивна реакція - у психічному стані домінують пригноблений,

придушений стан, апатія, безнадійність;

-іпохондрична реакція - головною її особливістю є постійна і явна

переоцінка ваги свого стана, надмірна фіксація на стані власного здоров'я;

-істерична реакція - для неї характерні егоцентризм, демонстративність,

прагнення залучити до себе увага навколишніх, викликати співчуття;

-анозогнозична реакція - відзначається заперечення хвороби з

ігноруванням лікувальних рекомендацій і грубих порушень режиму.

Все сказане вище відноситься не тільки до неврозів, але і до широкої групи

порушень, що складають так називану «малу» психіатрію (акцентуації, тобто

порушення до захворювання, характеру, придбані психопатії й ін.).

Довготривалі негативні хвилювання приводять до формування у хворого

астенічного синдрому з відчуттям постійного та повного спадку фізичних та

психічних сил, що доповнюються стійкими іпохондричними скаргами. Такий

стан породжує напружену діяльність багатьох систем організму, якщо мається

спадкова прихильність до захворювань визначеної системи або органу чи у

минулому ця система вже мала негативний вплив (припустимо, харчова алергія,

яка викликала шкіряний зуд, кропивницю або часті бронхіти, викликали

диспозицію бронхів), то подібного роду “готовність” окремих систем організму

до патологічного реагування при стресовій напрузі та потужній

соматовегетативній перебудові може привести не тільки до функціональних,

але й до органічних перетворень у тканинах певного органа або системи. В

цьому випадку виникає психосоматичне захворювання, первинною і основною

причиною якого є психічна та травма. Якщо не виявити та не усунути

психогенні фактори, такі захворювання отримують тяжку і хронічну течію.

Найчастіше зустрічаються такі прояви психосоматичних порушень.

1. Псевдоневрологічні порушення:

гіпертензії,

психогенний головний біль,

порушення сну,

запаморочення,

невралгія,

диспенсії.

2. Судинна дистонія.

3. Функціональні порушення роботи серця:

кардіалгії,

порушення ритму серцебиття,

ішемічна хвороба серця,

кардіофобія.

4. Псевдоревматизм.

5. Порушення глибини та ритму дихання.

6. Абдомінальні синдроми:

порушення апетиту,

нудота та блювання,

абдомінальні болі,

канцерофобія.

7. Урологічні прояви:

дизурія,

нічний та денний енурез,

цисталгія.

8. Шкіряні прояви:

зудіння,

кропивниця,

нейродерміт,

екзематозні прояви та ін.

Типи психосоматичних порушень

Психосоматози у вузькому значенні слова:

- органічні соматичні захворювання із-за психогенних факторів:

гіпертонія,

виразка шлунку,

інфаркт міокарда,

ревматоїдний артрит,

нейродерміт.

Завдання реабілітації в соматичній клініці – допомогти вилікуватися

хворому або навчити його жити з хворобою.

4**.3. Психологічна реабілітація соматичних хворих**

Подібні завдання можуть виконувати психотерапевтичні кабінети

медико-санітарної частини промислового підприємства, стаціонарів

кардіологічного, гастроентерологічного, пульмонологічного профілю,

відділення Віл-інфекції, венерологічного стаціонару, а також

психотерапевтичні кабінети багатопрофільних лікарень. Важливу роль при

наданні психотерапевтичної допомоги виконує психотерапевтичний кабінет

психоневрологічного диспансеру. При схожості функцій психотерапевтичних

кабінетів різних лікувально-профілактичних установ такі кабінети

психоневрологічних диспансерів проводять лікування пацієнтів з важчими

психічними розладами, зокрема пацієнтів з прикордонною патологією, що

супроводжується більш вираженими, ніж у пацієнтів поліклінік,

психопатологічними розладами. Відповідно до цього, збільшується частка

психодіагностичного напряму роботи клінічного психолога в порівнянні з

часткою психокорекційних заходів і психологічного забезпечення лікувальнодіагностичного процесу, який полегшується більш поглибленою психологічною

підготовкою лікаря-психотерапевта і соціального працівника.

Наступна ланка психотерапевтичної допомоги — в стаціонарних і

напівстаціонарних психотерапевтичних відділеннях, зокрема спеціалізованих

стаціонарних відділеннях для лікування неврозів. Такі відділення можуть

створюватися на базі багатопрофільних і психіатричних лікарень, стаціонарів,

психоневрологічних диспансерів. Їх завданням є проведення інтенсивної

психотерапії пацієнтів з хронічними важкими формами невротичних розладів,

непсихотичними психічними розладами при органічних захворюваннях

головного мозку, пацієнтів, для яких повсякденне соціальне оточення є умовою

декомпенсації і емоційного стресу настільки, що це робить утрудненою або

майже неможливою їх амбулаторну психотерапію. Домінують в такому

відділенні особистісно-орієнтовані методи, зокрема, особо-орієнтована

(реконструктивна) психотерапія. Передбачається значна інтенсифікація

лікувального процесу порівняно з тим, який здійснюється амбулаторно.

Перебування пацієнта у відділенні протягом дня або частини дня дозволяє

організувати розпорядок роботи відділення таким чином, що практично всі

заходи, що проводяться, носять психотерапевтичний характер. При цьому

нерідко стирається грань між соціотерапевтичною і власне

психотерапевтичною дією, мотивація спонуки пацієнтів до участі в

психотерапії обумовлена ефективністю специфічних і неспецифічних заходів. У

відділеннях використовуються різні види групової психотерапії, в проведенні

якої психолог бере навіть активнішу участь, ніж лікар-психотерапевт.

Найважливішою специфікою діяльності сучасного психотерапевтичного

відділення стає проведення комбінованого лікування, переважно заснованого

на методах психотерапії, організація психотерапевтичного середовища і

психотерапевтичного співтовариства, створення інтеграційних

психотерапевтичних програм на основі бригадної взаємодії і моделі

«терапевтичного поля». Психотерапевтичні відділення, що створюються в

лікувально-профілактичних установах, розрізняються по специфіці

контингентів обслуговуваних пацієнтів.

Самоконтроль

Психологічні втручання грають важливу роль також в профілактиці і

реабілітації. Провідна роль клініко - психологічних втручань в

психопрофілактиці, профілактиці нервово-психічних і психосоматичних

захворювань очевидна. Вона полягає у виявленні контингентів ризику і в

розробці відповідних профілактичних заходів, роботі з особами, що мають

різноманітні труднощі і проблеми психологічного характеру, кризовими

особистісними і травматичними стресовими ситуаціями, з особами,

несприятливими особистісними особливостями (низькою самооцінкою,

високим рівнем тривоги, ригідністю, підвищеною чутливістю до стресу,

низькою фрустраційною толерантністю), що характеризуються прогностично,

підвищують ризик виникнення нервово-психічних і психосоматичних розладів.

Разом з власне психопрофілактикою, клініко - психологічні втручання грають

важливу роль і в профілактиці інших соматичних захворювань. Профілактичні

заходи, як правило, вимагають від людини чіткішого, ніж зазвичай, контролю

за своїм фізичним і психічним станом, дотримання певного режиму праці і

відпочинку, відмови від шкідливих звичок, часткової зміни звичних

стереотипів поведінки, підтримка того, що називається здоровим способом

життя.

Модель «гротеску»

Одним із завдань психомоделюючого гротеску є уявне навчання пацієнта

здатності жити зі своїм захворюванням, якомога більш повно адаптуватися до

життя, не дивлячись ні на що - «навчитися жити зі своїм захворюванням», раз

вже так вийшло. Живуть же люди з діабетом, і навіть уколи собі роблять кілька

разів в день, люди з ампутованими кінцівками адаптуються до цього. При будьякій хворобі залишається певний резерв можливостей, радощів і задоволень».

Тут же може бути проведене «навчання» пацієнта тому, як «правильно

хворіти», вибираючи для цього відповідний час і місце, де можна «повноцінно

проявити всі симптоми захворювання і в той же час витримати їх натиск».

Підготовка до загострення симптоматики, новим кризам порівнюється з

підготовкою льотчиків випробувачів, які спочатку займаються на тренажерах, а

далі, засвоївши необхідні навики, переходять на літаки. Близько до цього стоїть

і «глибоке вивчення себе», для того, щоб «остаточно зрозуміти цінність своїх

негативних переживань на рівні свідомості, яка вже готова до звільнення від

хвороби, і дати можливість зрозуміти це своїй підсвідомості, яка ще утримує

хворобу. Необхідно також «задовольнити підсвідомість, переситити її, дати їй

можливість «у всій облиште пережити те, до чого вона прагне», щоб ухвалення

рішення про відмову від патологічних явищ було обґрунтованим і остаточним.

Таблиця 6. Комплексна реабілітація школярів, які часто хворіють або

мають хронічні системні захворювання

(за Подмазіним С.І., Сироватко О.М., 2002)

98

Програми

реабілітації

Медична

реабілітація

Психологічна

реабілітація

Соціально-педагогічна

реабілітація

Діагностика Визначення Визначення Виявлення рівня

сформованості:

соматичного та особистісних знань, умінь, навичок;

духовних

неврологічного характеристик, цінностей і норм поведінки;

стану емоційно - рівня соціальної

організму вольової адаптованості

дитини сфери, особистості й

інтелекту, комфортності умов її

характеру розвитку.

Корекція Усунення Знаття стресів Усунення прогалин у

хвороби або і неврозів; знаннях, уміннях і

компенсація підвищення навичках; усунення проявів

її проявів самооцінки й девіантної поведінки та

ресурсозабез- акцентуацій характеру;

печеності підвищення мотивації

учнів навчання та особистісного

вдосконалення; вирішення

проблем житла, сім'ї,

оточення;

підвищення соціальної

адаптивності та соціальної

продуктивності особистості

Профілактика Попередження Створення умов для самоактуалізації та

захворювань самовиявлення особистості школяра

та їх шляхом створення проблемно-насиченого

загострень, середовища школи та сім'ї

покращення

загального

фіз. розвитку

Методи психокорекційної роботи із соматичними хворими

сугестія;

у хірургії, онкології - гіпноз (при фантомних болях);

психодинамічний підхід;

читання спеціальної літератури;

використання вправ йоги;

лікування за допомогою фантазії;

метод Куе;

сміхотерапія;

виправлення своїх думок (з патогенного на саногенне мислення, за Ю.

Орловим);

настрій (за Г. Ситіним);

вибачити когось;

змінити своє життя та ін.