

Программа «Психологическая реабилитация пациентов, перенесших короновиральную инфекцию»

Авторы:

Левицкая Татьяна Евгеньевна, кандидат психологических наук, доцент кафедры генетической и клинической психологии Национального исследовательского Томского государственного университета

Козлова Наталья Викторовна, доктор психологических наук, профессор, заведующая кафедрой генетической и клинической психологии Национального исследовательского Томского государственного университета

Цехмейструк Екатерина Александровна, старший преподаватель, аспирант кафедры генетической и клинической психологии Национального исследовательского Томского государственного университета

Программа утверждена на заседании кафедры генетической и клинической психологии Национального исследовательского Томского государственного университета и рекомендована к реализации 16.04. 2020 г., протокол № 8

Процедура оказания психологической помощи, психотехники воздействия, психотерапия пациентов, перенесших COVID -19 имеют свою специфику. Инфекционные заболевания часто приводят к массовой смертности людей - больше, чем какая - либо другая патология. Эпидемии инфекционных заболеваний сформировали автоматический ответ в нашем подсознании - страх заражения, стигматизация людей, страдающих инфекциями «как подпорченных и опасных для жизни» (Ачкасова Е.Е., Твороговой Н.Д., 2018; Caia W., Lian B., Song X., Hou T., Deng G., Li H. A., 2020). Чрезмерное желание общества изолировать себя или дискриминировать пациентов с инфекционными заболеваниями часто приводит к развитию психологических проблем у больных, тем самым усугубляя течение болезни (Cénat J. M., Felix N., Blais-Rochette C., Rousseau C., Bukaka J., Derivois D., Noorishad P.-G., 2020)

Наряду с этим, при осуществлении психологической помощи пациентам, перенесшим COVID -19 необходимо учитывать, что люди, пострадали от следующих факторов, вызванных эпидемиологической ситуацией:

1. Внезапность. Чем внезапнее событие, тем оно травматичнее для психики человека;
2. Отсутствие подобного опыта;
3. Длительность. Травматические эффекты могут умножаться с каждым последующим днем;
4. Недостаток контроля за ситуацией в условиях неопределенности. Если утрата контроля сохраняется долго, у людей могут наблюдаться признаки «выученной беспомощности»;
5. Экспозиция смерти. Даже короткие угрожающие жизни ситуации могут изменить личностную структуру человека и его «познавательную карту». Опасность смерти может приводить к глубоким изменениям на регуляторном уровне. Вероятен тяжелый экзистенциальный кризис (Рогачева Т. В., Залевский Г. В., Левицкая Т. Е., 2015).

Соответственно, даже на ранней стадии лечения болезни у пациентов возникает чувство страха и ощущение ненадежности. Многие пациенты беспокоятся о том, что их болезнь неизлечима или что проявления болезни могут стать еще более серьезными и приведут к необратимым последствиям, например, инвалидизации, что родственники и друзья будут игнорировать и отвергнуть их. Некоторые пациенты отказываются от возможности восстановления, потому что не обладают достаточной информацией о заболевании или вытесняют из своего сознания его опасность. Они могут

не следовать рекомендациям своего лечащего врача, не использовать предписанную стерильную барьерную систему, что может создать дополнительные трудности для их эффективного лечения и последующей реабилитации (Ачкасова Е.Е., Твороговой Н.Д., 2018; Смородинцев А.А., 1978).

В этой связи, разработана модель, предоставляющая реальные инструменты редукации неблагоприятного течения реабилитационного процесса, позволяя биологическим, медицинским, социальным и психологическим наукам находить свои пути осмысления реабилитации пациентов, перенесшим COVID -19 как специфическому феномену и разрабатывать специфические методы предупреждения и интервенций, характерных для данных областей человеческого знания.

Разработанная модель предполагает:

- ✓ мультидисциплинарную оценку уровня здоровья пациентов, перенесшим COVID -19 (особенности клинико-функционального статуса пациентов);
- ✓ выявление психологических дефицитов и ресурсов реабилитационного потенциала пациентов, перенесших COVID -19 (субъективная оценка, сочетанная подмодель ВКБ и ВКЗ, самореабилитация, качество жизни),
- ✓ определение основных принципов медико-психологического сопровождения, учитывающего структуру психологических дефицитов и ресурсов реабилитационного потенциала пациентов
- ✓ реализацию реабилитационных технологий восстановления здоровья пациентов, перенесших COVID -19 с учетом критериев включения пациентов в группы раннего, позднего восстановительных периодов и периода последствий острых нарушений, позволяющих достичь того оптимального уровня благополучия, который возможен в их ситуации.
- ✓ диагностику и мониторинг результативности реабилитации в соответствии с критериями: универсальность (как возможность использования модели при разных заболеваниях и в работе разных отделений реабилитации); унификация способов оценки разных сторон реабилитации (функционального, психологического, бытового и социального восстановления); возможность сравнения данных до и после реабилитации; простота и доступность оценок, опыт их использования в различных практиках (клинической, социальной и пр.). При этом учитывается субъективная самооценка клиента; оценка результата реабилитации по сопоставлению его с объективными параметрами исходного состояния клиента; сопоставление достигнутого результата с прогнозируемым, т.е. с целью реабилитации. Интегративная модель предполагает обязательный социальный мониторинг: идентификация, скрининг, выявление проблем, социальный патронаж, управление реабилитационным процессом, координация работы всех смежных структур.
- ✓ разработку комплекса мероприятий по повышению психологической компетентности персонала, работающего с пациентами, перенесшими COVID -19, направленного на повышение качество реабилитационной помощи.

Заявленные методологические принципы соединяют представление о личности в жизненном пути и в деятельности человека и предполагают обращение: к сочетанию в реабилитационных подходах различных нелекарственных методов; индивидуализированную реабилитацию, что указывает на важность разработки психологических аспектов реабилитации; улучшению показателей качества жизни; обращенности к признаками когнитивного здоровья - реалистичность восприятия жизни, здравомыслие, способность к проблемной концентрации, адекватность самооценки,

прогностическая компетентность; идеи личностной трансформации как залога успешной реабилитации; идеи холистического подхода в реабилитации, повышающей осведомленность пациентов в их функционировании; нерациональным установкам, препятствующие реабилитации - переоценка тяжести состояния, недооценка собственных возможностей, негативизм и тд.).

Реабилитационная модель включает в себя четыре структурно-функциональных модуля – медицинский, социальный, психологический и экологический, интегрированных и реализуемых в практической программе реабилитации.

У специалистов, работающих по данной модели, должны появиться я новые возможности и потенциал для активных вмешательств:

1. На уровне медицинского модуля – обследовать и сканировать различные контингенты и социальные группы населения, выявляя исходный и потенциальный уровень здоровья, разрабатывая предупредительные и реабилитационные программы.

2. На уровне социального модуля – выявлять триггерные факторы образа и качества жизни, служащие основанием для вмешательств медико-психологических служб.

3. На уровне психологического модуля – не только выявлять патологические факторы в рамках патопсихологии, акцентуаций личности, когнитивных деформаций, дисфункциональных интеракций и интеркоммуникаций, но и успешно трактовать эти факты в динамике и рамках клинко-неврологических контекстов, для которых разработаны методы психосоциотерапии, психологического сопровождения и психопрофилактики.

4. В экологическом модуле – рассматривать в оценке здоровья всю совокупность окружающих условий, понятий, представлений и обстоятельств как подлежащую модифицированию среду в рамках бытийных и экзистенциальных контекстов для устранения скрытого оперантного обуславливания по Скиннеру, инициирующего «неправильное» поведение выздоровления.

Опираясь на вышеизложенное, при реабилитации пациентов, которые перенесли COVID-19, необходимо учитывать важность и безотлагательность психологической работы с ними.

Цели и задачи психологической реабилитации больных пневмонией, вызванной COVID-19

Целями психологической реабилитации являются психологическая коррекция и психопрофилактика:

- острых стрессовых и посттравматических стрессовых реакций, тревожных расстройств, дезадаптивных психических состояний, агрессивного поведения и аутоагрессии;
- повышение адаптационных возможностей индивида.

Задачи психологической реабилитации:

- снижение психоэмоционального напряжения;
- восстановления функционального состояния организма;
- восстановления морально-нравственной сферы;
- повышение характеристик личностного адаптационного потенциала;
- формирование стереотипа поведения для последующей профессиональной деятельности и личной жизни;
- обучение основным методом психологической саморегуляции.

Основной принцип реабилитации – учет индивидуально - психологических особенностей каждого пациента, его психофизиологических, эмоциональных и личностных характеристик.

Методы психологического воздействия:

- Групповые
- Индивидуальные

Классификация методов психологической коррекции:

- методы саморегуляции;
- методы коррекции с участием медицинского психолога;
- индивидуальная работа с медицинским психологом;
- групповая работа с медицинским психологом;
- экстренная коррекция;
- плановая коррекция.

Наиболее распространенные нарушения эмоциональной сферы пациентов, перенесших COVID-19

1. Острые стрессовые реакции.

Признаки:

- раздражительность, гнев, агрессия;
- вегетативные проявления;
- нарушение сна;
- сужение внимания;
- неспособность принимать обдуманные решения и действовать правильно;
- истощение нервной системы, частый плач, беспокойство
- бессмысленная гиперактивность.

2. Посттравматические стрессовые реакции.

Признаки:

- нарушение сна;
- обеднение и сужение эмоциональных реакций;
- избегание мыслей, чувств или разговоров о болезни;
- нарушение памяти и внимания;
- заметное снижение интереса и участия в значимых видах деятельности;
- ощущение зависимости или отчужденности от людей;
- отсутствие ожидания позитивного исхода болезни.

3. Расстройства адаптации (симптоматика вариабельна: невротические, психотические, психосоматические расстройства, нарушения поведения).

Признаки:

- кратковременная депрессия (состояние длится не свыше месяца);
- пролонгированная депрессивная реакция (легкое депрессивное состояние как реакция на затяжную стрессовую ситуацию);
- смешанная тревожная и депрессивная реакция, вместе с которой иногда может присутствовать регрессивная симптоматика;

4. Эмоциональная напряженность.

Признаки:

- рассеянность внимания;
- ухудшение памяти;
- слишком часто возникает чувство усталости;
- очень быстрая речь;
- мысли часто рассеиваются;
- психосоматические проявления (головные боли, боли в спине, в области желудка);
- повышенная возбудимость;

- постоянное ощущение недоедания / потеря аппетита, потерян вкус к еде.

5. Паническое расстройство (Эпизодическая пароксизмальная тревожность).

Признаки:

- характерной чертой являются рецидивирующие приступы резко выраженной тревоги (паники), которые не ограничены какой-либо особой ситуацией или комплексом обстоятельств и, следовательно, непредсказуемы;
- как и при других тревожных расстройствах, основная симптоматика включает внезапное возникновение сердцебиений, боли за грудиной, ощущение удушья, тошноту и чувство нереальности (деперсонализация или дереализация);
- как вторичное явление часто присутствует боязнь смерти, потеря контроль над собой или сойти с ума.

6. Генерализованное тревожное расстройство.

Признаки:

- тревога, которая является распространенной и устойчивой, но не ограниченной или преимущественно вызванной какими-либо особыми обстоятельствами;
- устойчивая нервозность, ощущение страха, мышечное напряжение, потливость, ощущение безумства, дрожь, головокружение и чувство дискомфорта в эпигастральной области;
- часто выражена боязнь несчастного случая или болезни, которые, по мнению больного ожидают его или его родственников в ближайшее время.

7. Паническая атака.

Признаки:

- тахикардия, потливость, головокружение, одышка, тремор, переживание неконтролируемого страха;
- продолжительность приступов: от 1- 60 минут, обычно 5-10 минут.
- по стабильности набора симптомов: со стабильным набором симптомов; полиморфные;
- по регулярности: регулярные; не регулярные;
- по частоте: ежедневно, еженедельно, реже одного раза в неделю

8. Тревожность.

Признаки:

- ожидание возврата заболевания;
- формирование помощь-центрированного поведения: медикализация поведения и зависимое поведение от близких;
- трудности социализации и профессиональной адаптации;
- изменение представлений о себе;
- самоизоляция.

Применяемые методы психологической коррекции и психотерапии:

1. Острые стрессовые реакции.

Психологическая помощь:

- кризисное психологическое консультирование с элементами суггестивной психотерапии, рациональной и позитивной психотерапии; психодрамы (индивидуальное консультирование);
- психотерапия функциональных состояний;
- прогрессивный метод мышечной релаксации (нервно-мышечная релаксация; дыхательные техники; концентрация; аутотренинг);

- метод психологической саморегуляции (БОС-терапия).

2. Посттравматические стрессовые реакции.

Психологическая помощь:

- дебрифинг стресса критических инцидентов (психологический дебрифинг);
- психотерапия функциональных состояний;
- прогрессивный метод мышечной релаксации (нервно-мышечная релаксация; дыхательные техники; концентрация; аутотренинг);
- метод психологической саморегуляции (БОС-терапия);
- психодрама.

3. Расстройства адаптации.

Психологическая помощь:

- психологическое консультирование с применением элементов когнитивной психотерапии, гештальт-терапии, позитивной психотерапии (групповое и индивидуальное консультирование);
- прогрессивный метод мышечной релаксации (нервно-мышечная релаксация; дыхательные техники; концентрация; аутотренинг);
- метод психологической саморегуляции (БОС-терапия).

4. Эмоциональная напряженность.

Психологическая помощь:

- метод психологической саморегуляции (БОС-терапия);
- прогрессивный метод мышечной релаксации (нервно-мышечная релаксация; дыхательные техники; концентрация; аутотренинг);
- психотерапия функциональных состояний;
- Арт-терапия.

4. Паническое расстройство.

Психологическая помощь:

- психотерапия функциональных состояний;
- прогрессивный метод мышечной релаксации (нервно-мышечная релаксация; дыхательные техники);
- Индивидуальное консультирование (когнитивная-бихевиоральная, позитивная психотерапия);
- метод психологической саморегуляции (БОС-терапия).

5. Генерализованное тревожное расстройство.

Психологическая помощь:

- психологическое консультирование с применением элементов когнитивной-бихевиоральной психотерапии, суггестивной и позитивной психотерапии (групповое и индивидуальное консультирование);
- прогрессивный метод мышечной релаксации (нервно-мышечная релаксация; дыхательные техники; концентрация; аутотренинг);
- метод психологической саморегуляции (БОС-терапия).
- Арт-терапия.

6. Паническая атака.

Психологическая помощь:

- суггестивная психотерапия;
- прогрессивный метод мышечной релаксации (нервно-мышечная релаксация; дыхательные техники);
- метод психологической саморегуляции (БОС-терапия).

7. Тревожность.

Психологическая помощь:

- психологическое консультирование с применением элементов когнитивной психотерапии, гештальт-терапии, позитивной психотерапии, психодрамы (групповое и индивидуальное консультирование);
- прогрессивный метод мышечной релаксации (нервно-мышечная релаксация; дыхательные техники, аутотренинг);
- метод психологической саморегуляции (БОС-терапия).
- Арт-терапия.

Конкретный тип нарушения эмоциональной сферы пациентов, перенесших COVID-19, наряду с учетом индивидуально - психологических особенностей каждого пациента, его психофизиологических, эмоциональных и личностных характеристик сопровождается оценкой личностного потенциала как интегральной системной характеристики, лежащей в основе способности личности исходить из устойчивых внутренних критериев и ориентиров в своей жизнедеятельности и сохранять стабильность смысловых ориентаций и эффективность деятельности на фоне давлений и изменяющихся внешних условий, позволяет повысить степень самореабилитации, реализовать способность проявлять себя в качестве личности, выступать автономным саморегулируемым субъектом активности, оказывающим целенаправленные изменения во внешнем мире и сочетающим устойчивость к воздействию внешних обстоятельств и гибкое реагирование на изменения внешней и внутренней ситуации.

Список литературы:

1. Психологические аспекты медицинской реабилитации: учебное пособие/под. ред. Е.Е. Ачкасова, Н.Д. Твороговой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 352 с;
2. Cénat J. M., Felix N., Blais-Rochette C., Rousseau C., Bukaka J., Derivois D., Noorishad P.-G., Birangui;
3. J.-P. Prevalence of mental health problems in populations affected by the Ebola virus disease: A systematic review and meta-analysis // *Psychiatry Research*. – 2020. – Vol. 289. – Art. 113033. – doi: 10.1016/j.psychres.2020.113033;
4. Смородинцев, А.А. Вирусные болезни и их профилактика / А.А. Смородинцев. – М., 1978;
5. Рогачева Т. В., Залевский Г. В., Левицкая Т. Е.- Психология экстремальных ситуаций и состояний / издательский дом ТГУ - 2015, 275с;
6. Пандемия коронавируса. Все самое актуальное на 27 апреля. – Режим доступа: https://www.rbc.ru/society/27/04/2020/5e2fe9459a79479d102bada6?from=from_mainМедико-психологическая реабилитация.