

**Российское психологическое общество
Союз реабилитологов России**

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

**КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ ПСИХОЛОГОВ**

Москва 2016

Рабочая группа по подготовке текста рекомендаций:

Ларина А.В., клинический психолог (Барнаул)

Юдаева А.В., клинический психолог (Москва)

Научное редактирование:

Утверждено

Профильная комиссия по медицинской психологии Экспертного Совета МЗ РФ

Председатель Ю.П.Зинченко

Профильная комиссия по медицинской реабилитации Экспертного Совета МЗ РФ

Председатель Г.Е. Иванова

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВАШ - визуально-аналоговая шкала

ВКБ – внутренняя картина болезни

КБТ – когнитивно-бихевиоральная психотерапия

МДБ - мультидисциплинарная реабилитационная бригада

П/О – после операции

ТЭСНК - тотальное эндопротезирование суставов нижних конечностей

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	5
Термины и определения	6
Методология составления клинических рекомендаций	8
Ситуационная модель пациента	9
1. Предоперационная психологическая подготовка пациентов к ТЭСНК	10
1.1. Информирование пациентов	
1.2. Психологическая подготовка	13
2. Клинико-психологическое сопровождение пациентов в послеоперационном периоде после ТЭСНК	14
3. Клинико-психологическое сопровождение пациентов при ревизионном эндопротезировании суставов нижних конечностей	17
3.1. Информирование пациентов	17
3.2. Методы диагностики эмоционально-личностных особенностей пациентов	18
3.3. Психотерапевтическая коррекция	20
Литература	22
Приложения	24

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время в хирургическом лечении пациентов с 3-4 стадией артроза крупных суставов нижних конечностей постепенно вводится модель быстрого восстановления (в основе зарубежная модель - Rapid Recovery Program), которая предполагает сокращение сроков пребывания в стационаре и внедрение интенсивной программы реабилитации уже в раннем послеоперационном периоде. В данной программе присутствует определенный стандарт лечения больных, поступающих в стационар для тотального эндопротезирования суставов. По этому стандарту пациенты госпитализируются в стационар, полностью пройдя предоперационное обследование амбулаторно, получают хирургическое лечение, как правило, на следующий день после поступления и выписываются на 4-7 сутки после операции. При таком алгоритме лечения процесс активной адаптации пациентов к условиям стационара проходит в максимально сжатые сроки, что является одной из внешних причин появления психологического дискомфорта. Неблагоприятное психоэмоциональное состояние является мощным фактором, оказывающим отрицательное влияние на темпы и качество лечебно-реабилитационного процесса.

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

Исходя из вышеизложенных фактов, возникла необходимость введения в состав мультидисциплинарной реабилитационной бригады медицинского психолога, в задачи которого входит:

1. Организация программы психологической подготовки пациентов к операции и ускоренной реабилитации;
2. Информирование пациентов о принципе разумной активности в процессе реабилитации;
3. Диагностика и коррекция негативного психоэмоционального фона пациентов до и после хирургического вмешательства;
4. Диагностика и коррекция эмоционально – поведенческих расстройств и грубых нарушений когнитивных функций после оперативного лечения;

5. Формирование у пациентов устойчивой приверженности к лечению (комплаенс);
6. Формирование адекватной внутренней картины болезни;
7. Создание установки активного участия пациента в реабилитации;
8. Формирование у пациентов мотивации на улучшение качества жизни и здоровья;
9. Преодоление ригидных неадаптивных установок пациентов относительно своего состояния.

В качестве цели психологической реабилитации, после оперативной замены суставов нижних конечностей, рассматривается создание психологически обоснованных условий для потенцирования активного самостоятельного продуктивного развития личности в новых, хотя и ограниченных условиях. Процесс реабилитации понимается при этом как системная деятельность, направленная на восстановление личностного и социального статуса больного особым методом, главное содержание которого состоит в опосредовании через личность больного лечебно-восстановительных воздействий и мероприятий, а также создание психологически обоснованных условий для развития личности в послеоперационных условиях, с учетом имеющихся ограничений [6].

Требования к квалификации медицинского психолога: высшее профессиональное образование по специальности "Клиническая психология" без предъявления требований к стажу работы либо высшее профессиональное (психологическое) образование и профессиональная переподготовка по специальности "Клиническая психология" без предъявления требований к стажу работы [17].

Данные клинические рекомендации представляют собой практическое руководство для медицинских психологов по реабилитации пациентов после тотального эндопротезирования суставов нижних конечностей и предназначены для диагностики и реабилитации пациентов на первом и втором этапах медицинской реабилитации [16].

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

ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

1. **Rapid Recovery Program** – подход к хирургическому лечению пациентов с остеоартрозом коленных и тазобедренных суставов, предложенный за рубежом,

предполагающий наличие мультидисциплинарного подхода к лечебному процессу, раннюю послеоперационную активизацию пациентов, введение стандартизированных протоколов лечения, информирование и обучение пациентов на всех этапах лечения.

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

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

4. **Внутренняя картина болезни (ВКБ)** – структурное образование субъективной стороны заболевания, включающее различные уровни отражения болезни в психике субъекта. Термин ввел Р.А. Лурия (1944) в развитие идей А.Гольдштейна (1926) об «аутопластической картине заболевания» - субъективном компоненте общей картины соматического заболевания [9, 14, 15,].

5. **Психологическое консультирование** – профессиональная помощь клиенту в поиске разрешения его проблемной ситуации. Специфические отношения, при которых возможен способ общения, позволяющий человеку изучать свои чувства, мысли и поведение, с тем, чтобы прийти к более ясному пониманию самого себя, а затем открыть и использовать свои сильные стороны, опираясь на внутренние ресурсы [7].

6. **Психическая саморегуляция** – системно организованный процесс внутренней психической активности человека по инициации, построению, поддержанию и управлению разными видами и формами произвольной активности, непосредственно реализующей достижение принимаемых человеком целей. Соответствующие процессы, которые направлены на цель, предполагают внесение субъектом корректирующих изменений, требующихся для того, чтобы оставаться на пути к цели.

7. **Приверженность к лечению (комплаенс)** – добровольное следование пациента предписанному лечению. Приверженность к лечению проявляется открытым сотрудничеством врача и пациента, свободным обсуждением всех возможных аспектов лечения (не только медикаментозного), нюансов и затруднений, возникающих в его процессе.

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

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

МЕТОДОЛОГИЯ СОСТАВЛЕНИЯ МЕТОДИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

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

Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств:

доказательной базой для рекомендаций явились публикации, вошедшие в базу данных PUBMED, Cochrane Library. Глубина поиска составила 15 лет.

Методы, использованные для оценки качества доказательств:

- консенсус экспертов

Методы, использованные для формулировки рекомендаций:

- консенсус экспертов.

Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points – GPPs):

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

Экономический анализ: анализ стоимости не проводился.

Метод валидации рекомендаций:

- внешняя экспертная оценка
- внутренняя экспертная оценка

Консультации и экспертная оценка

Рабочая группа:

СИТУАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Обязательная составляющая модели	Описание составляющей
Клиническая ситуация	Подготовка к ТЭСНК, реабилитационный период после ТЭСНК
Группа заболеваний согласно МКБ-10	M16, M17, M17,1
Профиль подразделения, медицинской организации	Травматолого-ортопедическое отделение, отделение восстановительного лечения и реабилитации
Функциональная составляющая медицинской организации	Травматология, ортопедия, восстановительное лечение и реабилитация
Домены МКФ, связанные с диагностикой	b 152 – функции эмоций b 280 – ощущение боли d 240 – преодоление стресса и других психологических нагрузок

Домены МКФ, связанные с реабилитацией пациентов	b 122 – глобальные психосоциальные функции b 130 – волевые и побудительные функции d 570 – забота и о своем здоровье
Этапы реабилитации (Приказ МЗ РФ № 1705н от 29.12.2012)	1, 2 этапы
Возраст пациента	18-90 лет

1. ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТОВ К ТЭСНК

1.1 Информирование пациентов.

Поскольку применяемая методика реабилитации предполагает раннее включение пациента в интенсивную работу по восстановлению амплитуды движений в суставе и мышечного тонуса оперированной конечности, одной из задач психолога в подготовительном периоде является создание условий для формирования активной позиции пациента в лечении, понимания его ответственности за соблюдение графика и режима реабилитационных мероприятий. Предоперационное информирование пациентов влияет на формирование ВКБ, прежде всего, на рациональную и мотивационную ее составляющие. В.В. Николаева, Г.А. Арина, А.Ш. Тхостов, развивая учение Р.А. Лурии о внутренней картине болезни, выделяют в конструкте 4 уровня [14, 15, 19]:

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

Работа по информированию пациентов перед и после тотального эндопротезирования суставов нижних конечностей позволяет психологу работать через интеллектуальный уровень ВКБ со всеми остальными. Формируя адекватную ВКБ, пациент приобретает уверенность в своих силах, позицию приверженности лечению и активную включенную позицию в процесс реабилитации. Превентивное выявление неадекватной ВКБ позволяет предупредить не только психологические, но и клинические проблемы. Влияние болезни на личность не является односторонним, личность также влияет на протекание болезни и

выраженность симптомов. Также динамика особенностей ВКБ пациента позволяет оценить личностные изменения в связи с проводимыми лечебно-реабилитационными мероприятиями, отношение пациента к болезни и лечению.

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

Учитывая специфику и сложность предстоящего лечебно-реабилитационного процесса, предоперационное информирование целесообразно проводить за несколько недель до госпитализации. Данные зарубежных исследований показывают положительное влияние догоспитальной информационной подготовки на уровень предоперационной тревоги пациентов [22]. Также существуют данные о снижении выраженности послеоперационной боли у пациентов, которым до операции предоставляли информацию о природе боли и способах саморегуляции болевых ощущений [23].

На этапе подготовки целесообразно затрагивать такие темы как:

1. Общая информация о заболевании «деформирующий остеоартроз»;
2. Общая информация о ТЭСНК;
3. Особенности раннего послеоперационного периода (двигательный режим и его ограничения, послеоперационная боль и принципы обезболивания, особенности, темпы и задачи реабилитации);
4. Физическая подготовка к эндопротезированию;
5. Психологическая подготовка;
6. Подготовка домашней обстановки с учетом требований раннего послеоперационного периода;
7. Организационные моменты лечебно-реабилитационного процесса.

Заблаговременное формирование навыков физической реабилитации, т.е. информирование о специфике движений после операции, разъяснение правил выполнения комплексов упражнений, правил ходьбы с дополнительной опорой, позволяет сформировать целенаправленную программу физической активности пациентов, которая соответствует требованиям послеоперационного периода. Данная программа соответствует принципу активности, предложенному психофизиологом Н.А. Бернштейном.

Таким образом, на догоспитальном этапе подготовки пациенты должны обладать достаточным количеством информации, что позволит осуществить своевременную подготовку к лечению.

Для повышения эффективности информирования подача необходимой информации должна производиться несколькими способами. Необходимо дополнять устную подачу информации вспомогательными средствами (видеоролики, схемы, таблицы и наглядные пособия). Данные зарубежных исследований указывают на положительное влияние предоперационного обучения с использованием видеоматериалов на послеоперационное состояние и удовлетворенность лечением пациентов [21, 22]. Также целесообразно обеспечить пациентов печатными методическими материалами с рекомендациями для самостоятельной проработки предоставленной информации. Большого эффекта можно достичь, разделяя информацию на несколько блоков. Существуют данные, свидетельствующие о положительном влиянии подобных сочетанных форм подачи информации на темпы и качество послеоперационной реабилитации [24].

Предоперационное обучение влияет также на мотивацию пациентов, ориентируя их на положительный результат лечения и повышение качества жизни после операции. Включение в процесс активной самостоятельной подготовки к госпитализации и лечению снижает показатели тревоги, формирует комплайенс и активную позицию у пациентов. Оптимальной формой обучения является обучение в небольших группах (не более 10 человек). Данная форма работы с пациентами дает также психотерапевтический эффект. Обсуждение насущных проблем в группе, в сочетании с получением необходимой информации о лечении, позволяет пациентам обменяться мнениями, получить ответы на интересующие их вопросы, в результате чего достигается снижение психоэмоционального напряжения.

Для снижения уровня ситуативной тревоги у пациентов накануне операции рекомендуется проведение повторных групповых бесед в день госпитализации в стационар с целью повышения уровня знаний о предстоящем хирургическом вмешательстве, раннем периоде реабилитации и обсуждения актуальных вопросов и затруднений. В беседе осуществляется информационная поддержка пациентов, касающаяся особенностей стационарного этапа лечения: дается общая информация об операции и последующем восстановительном периоде, о протезах (дополнительно используются наглядные пособия (протезы, рентгеновские снимки протезированных суставов, схемы)).

1.2. Психологическая подготовка.

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

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

<i>Методики (название)</i>	<i>Тип диагностической методики</i>	<i>Оцениваемые параметры</i>
Госпитальная шкала оценки тревоги и депрессии (HADS) (Zigmond A, Snaith R., 1983, Смулевич А.Б., 1999) [1]	Стандартизованная, количественная оценка признака	Выраженность признаков тревоги и депрессии.
Методика оценка тревожности Спилберга-Ханина	Стандартизованная, количественная оценка признака	Субъективная оценка личностной и ситуативной тревожности.
Опросник «Мотивация к восстановлению» (Recovery locus of controle (по С.Patridge, V.Johnstone, 1989; D.Wade, 1992)) [1]	Стандартизованная, количественная оценка признака	Оценка уровня мотивации к выздоровлению

Выбор методов всегда определяется конкретной задачей, которую ставит клиническая практика. При планировании исследования необходимо подобрать методы таким образом, чтобы они дополняли друг друга и компенсировали недостатки.

Обучение приемам саморегуляции можно проводить как в групповом, так и в индивидуальном режиме. Хорошие практические результаты показывает использование различных методик управления дыханием, методики мышечной релаксации по Э.Джекобсону. Данные методы просты в применении, не требуют длительного обучения пациентов технике выполнения упражнений, и практически не имеют противопоказаний. Исключение составляют пациенты с нарушениями функции дыхания, эпилепсией и судорожным синдромом, а также с выраженной психопатологической симптоматикой. Такие

пациенты, при отсутствии противопоказаний к оперативному вмешательству, проходят психологическую подготовку в индивидуальном порядке.

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

К психотерапевтическим методам, показывающим эффективность при работе с данной категорией пациентов, относятся:

- рациональная (разъясняющая) психотерапия,
- когнитивно-поведенческая терапия,
- методики управления дыханием, мышечной релаксации, визуализации.

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

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

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

Основным препятствием активной реабилитации является концентрация пациентов на собственном негативном самочувствии (выраженный болевой синдром, ограничение движений, побочные эффекты анестезии). Наряду с медикаментозной коррекцией негативных явлений раннего послеоперационного периода необходимым является применение различных психокоррекционных методов. Методы, применяемые на данном этапе:

- рациональная (разъясняющая) психотерапия,
- аутотренинг, методики визуализации,

- техники управления дыханием, техники мышечной релаксации.

Техники работы с образами могут использоваться пациентами при наличии у них достаточного уровня развития образного мышления. Пациенты с умеренным и тяжелым уровнем когнитивного снижения, как правило, не могут работать в данных техниках, поэтому для них можно использовать техники управления дыханием и мышечной релаксации (метод Э.Джекобсона) в сочетании с рациональной психотерапией.

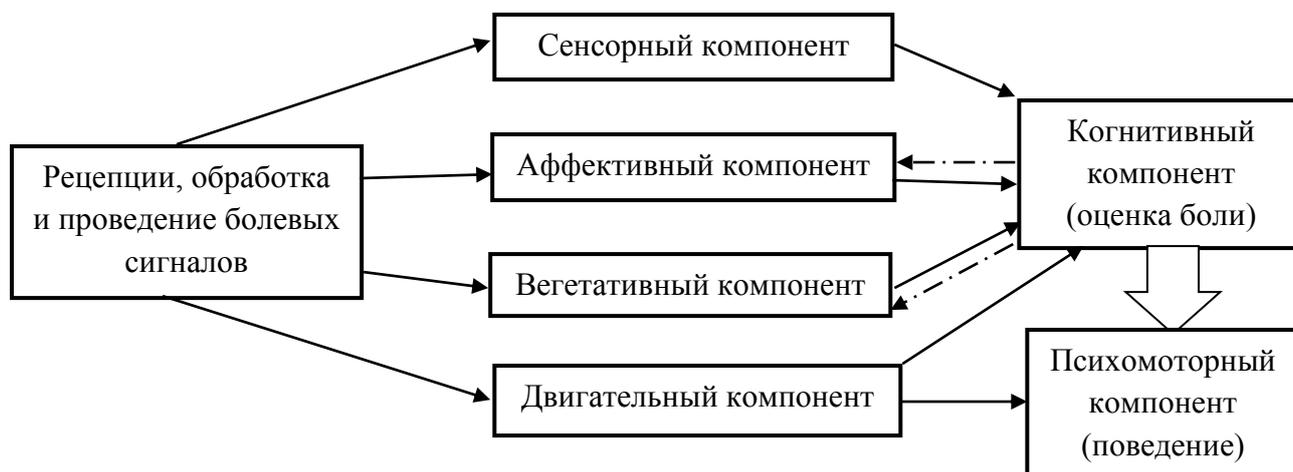
Психологический синдромный анализ, соответствует принципам постнеклассической рациональности, и позволяет решать задачи, поставленные послеоперационным этапом ТЭСНК (поддержание комплайенса, смыслообразующий мотив деятельности). Анализ позволяет описать многофакторную структуру психической деятельности и выявить синдромообразующий радикал. Л.С. Выготский использовал представление о психологическом синдроме как о структуре, представленной совокупностью каузально связанных разноуровневых симптомов. Им вводится представление о первичных и вторичных симптомах как различных по природе феноменов (вторичные симптомы, в отличие от первичных, являются сугубо психологическими по природе и механизму возникновения) [2, 5, 6]. Исходя из этих предположений, недостаточно устранить первичные, то есть биологические причины нарушений, работа команды специалистов должна быть направлена и на вторичные симптомы. Синдромный анализ позволяет работать с эмоционально-личностными нарушениями у пациентов, выявляя не только нарушенные факторы, синдромообразующий радикал, но и сохранные звенья в психической деятельности, на которых строится дальнейший реабилитационный процесс. В исследованиях показана структура психосоматического синдрома, которая задается факторами: мотивационным, регуляционным и психофизиологическим [2]. Выделенные компоненты психической деятельности являются мишенью психотерапевтической работы и при ТЭСНК. Решая задачи психологического сопровождения направленные на уменьшение тревоги из-за своего состояния, профилактику беспомощности и вторичной выгоды болезни, психолог работает на уменьшение хронизации симптомов.

Психокоррекция боли

Послеоперационный болевой синдром является мощным фактором, препятствующим включению пациента в процесс активной ранней реабилитации. Международной ассоциацией боли в 1994 году было предложено такое определение: «Боль – это неприятное чувственное и эмоциональное переживание, которое возникает при существующем

повреждении и угрозе повреждения ткани». Это определение подчеркивает, что боль – явление психическое, субъективное, одновременно чувственное и эмоциональное [10].

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



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

Для психокоррекции болевого синдрома используется рациональная психотерапия в сочетании с методиками визуализации, мышечной релаксации и управления дыханием.

3. КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПРИ РЕВИЗИОННОМ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ СУСТАВОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Ревизионное эндопротезирование суставов - это удаление по медицинским показаниям компонентов установленного ранее протеза с последующей повторной установкой новых.

Медицинские показания для ревизионной операции:

- воспалительный процесс в области сустава,
- нестабильность компонентов эндопротеза,
- вывих,
- перипротезный перелом,
- замена изношенного компонента эндопротеза.

Часто негативное состояние пациента связано с длительным, некупирующимся болевым синдромом, ограничением подвижности, длительным и методичным приемом препаратов. Клинически доказала свою эффективность двухэтапная тактика вмешательства. Технически это более сложное хирургическое вмешательство и требует от пациента не только физической, но и психологической готовности. Пациенты, госпитализированные для ревизионного эндопротезирования, представляют собой особую группу людей, нуждающихся в психологическом сопровождении процесса лечения и реабилитации. Они наиболее подвержены риску развития психологической и социальной дезадаптации и предрасположены к возникновению личностных реакций и психических расстройств в стрессовой ситуации. Повторная операция, лечение и реабилитация могут провоцировать психологические нарушения у пациентов, такие как страхи, повышенный уровень тревожности, депрессивное расстройство, ипохондрическое расстройство, фобическое расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство и т.д. Программа психологического сопровождения таких пациентов должна учитывать индивидуально-психологические особенности (эмоционально-личностную структуру, специфику ВКБ, социальную и семейную поддержку).

3.1. Информирование пациентов.

Информирование пациента о состоянии, тактике и основных принципах лечения является задачей лечащего врача. Перед медицинским психологом стоит задача оптимизации отношений между врачом и пациентом и помощь врачу в решении вопросов, сложных с точки зрения деонтологии.

Задача психолога на этапе информирования - предоставление пациенту информации, которая помогает по-новому взглянуть на ситуацию, помочь осознать её, систематизировать и найти способы решения сложившейся проблемы. Решить часть задач, поставленных в рамках процесса реабилитации, а в частности подготовку пациентов к ревизионному эндопротезированию, позволяют предоперационные групповые занятия, целями которых является:

1. Разъяснение источника и природы тревоги;
2. Обучение способам совладания с тревогой;
3. Формирование образа адаптивного поведения после операции;
4. Направление мотивационного вектора целеполагания на улучшение качества жизни и здоровья;
5. Информирование пациентов о принципе разумной активности в процессе реабилитации;
6. Преодоление ригидных неадаптивных установок пациентов относительно своего состояния.

Групповые занятия, решая сразу несколько проблем, также позволяют сформировать для пациентов программу психологической реабилитации, которая будет направлена на повышение психологического благополучия и улучшение качества жизни.

3.2. Методы диагностики эмоционально-личностных особенностей пациентов.

Диагностика особенностей внутренней картины болезни, эмоционально-личностных особенностей и качества социальной поддержки, является важной составляющей клинко-психологического обследования. Именно у пациентов с неадекватными представлениями о своей болезни возникает наибольшее количество психологических и клинических проблем на этапе лечения и реабилитации. Диагностика ВКБ также позволяет оценить динамику личностных изменений пациента в процессе лечения.

Выбор методов всегда определяется конкретной задачей – диагностической, дифференциальной или психотерапевтической. Методики можно классифицировать на три группы: стандартизованные методы исследования, экспериментальные методы, проективные методы.

<i>Методики (название)</i>	<i>Тип диагностической методики</i>	<i>Оцениваемые параметры</i>
Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)	Стандартизованная, количественная оценка признака	Выраженность признаков тревоги и депрессии.
Методика оценка тревожности Спилберга-Ханина	Стандартизованная, количественная оценка признака	Субъективная оценка личностной и ситуативной тревожности.
Оценка уровня притязаний Ф. Хоппе [18]	Патопсихологический эксперимент, качественная оценка признака	Уровень притязаний. Личностная реакция на успех\неуспех в деятельности. Личностные особенности целеполагания и выбора.
Исследование самооценки Дембо-Рубинштейн [18]	Патопсихологический эксперимент, качественная оценка признака	Самооценка по основным шкалам «здоровье», «ум», «характер», «счастье» и критичность к своему состоянию и способностям.
Методика незаконченных предложений Сакса-Сиднея, модифицированная для психосоматических больных	Проективная методика	Система отношений личности. Значимые показатели: страхи и опасения, отношение к себе, отношение к прошлому, отношение к будущему, цели, отношение к болезни.
Тематический апперцептивный тест [18]	Проективная методика	Личностные установки, адекватность эмоциональной сферы, интересы и мотивы деятельности.
Тест фрустрации потребностей Розенцвейга	Проективная методика	Реакция в ситуации препятствия и ситуации обвинения, направленность и типы реакций. Степень социальной адаптивности.
Семантический дифференциал	Проективная методика	Отношение к явлению, связанному с состоянием или окружением пациента.

Методы подбираются исходя из поставленных целей и задач, когнитивных особенностей пациентов, возраста, доступности пациенту способа выполнения методики.

При планировании обследования методы необходимо подобрать таким образом, чтобы они дополняли друг друга. Для оценки функционального состояния психики пациента подходят стандартизированные методы исследования, при решении психотерапевтических задач – проективные методы.

3.3. Психотерапевтическая коррекция.

В исследованиях психологического синдромного подхода показано, что культурно-историческая концепция развития психики Л.С. Выготского обладает рядом признаков методологического соответствия постнеклассической модели научной рациональности [3, 4, 5, 6]. Базовые положения научной школы Л.С. Выготского - А.Р. Лурии являются релевантной основой для решения психотерапевтических задач психологического сопровождения и реабилитации пациентов при ревизионном ТЭСНК. Согласно современной парадигме представление о пациенте, его психической деятельности и психосоматическое единство рассматриваются как открытая саморазвивающаяся система [2, 3, 4, 5, 6]. Исходя из этого подхода, недостаточно рассматривать отдельные функции и состояния, в качестве цели психологического сопровождения рассматривается создание психологически обоснованных условий для потенцирования активного самостоятельного продуктивного развития личности в новых, хотя и ограниченных условиях [6]. Ограниченные заболеванием условия жизнедеятельности можно рассматривать как «кризисы развития». В трудах Л.С. Выготского и его последователей можно увидеть, что в момент кризиса прежняя организованность системы нарушается, система становится неустойчивой, в результате чего создаются условия для выбора пути развития: устремление системы на более высокие уровни развития и реализация адаптационных ресурсов, либо движение по пути упрощения и разрушения в качестве сложной самоорганизующейся системы. Это явление называют «уход личности в болезнь». Важной диагностической задачей психолога на данном этапе является выявление внешних и внутренних психологических детерминант, обуславливающих появление позитивных психологических новообразований и возможность перехода системы на качественно новый уровень функционирования.

Психологическое сопровождение при ревизионном ТЭСНК имеет три направления: превентивное, диагностическое и реабилитационное. Программа психологического сопровождения должна учитывать индивидуально-личностные особенности, актуальное эмоциональное состояние пациента, индивидуальные особенности ВКР и мотивационную сферу деятельности.

Согласно представлениям А.Н. Леонтьева, основу личности составляет иерархически организованная структура мотивов, чем больше смыслообразующих мотивов в структуре личности, тем выше личностный потенциал в преодолении жизненных проблем [13]. Доминирующим ведущим мотивом для пациентов при ТЭСНК является избавление от боли. Оперативное вмешательство позволяет избавиться от боли, характерной для заболеваний суставов, но после, в реабилитационном периоде, результаты лечения зависят от самого пациента и того, какую позицию он занимает. Клинико-психологическое сопровождение предполагает формирование у пациентов сознательного активного участия в лечебных и реабилитационных мероприятиях. Пациентом, совместно с мультидисциплинарной бригадой специалистов, должна быть сформулирована цель реабилитационной программы, предложена модель его возможного будущего, созданная с учетом его личностных качеств, сохранных звеньев мотивационного и регуляционного компонентов психической деятельности и личностно значимых целей [6]. Цели, в дальнейшем, формируются в мотивы, которые будут способствовать возвращению больного к активной и полноценной жизни.

В психотерапевтической работе с пациентами при ревизионном эндопротезировании также хорошо зарекомендовала себя когнитивно-бихевиоральная модель психотерапии. Она позволяет работать не только с психологическими симптомами, но и с причинами, позволяя достигать основные цели коррекции:

1. Преодоление ригидных неадаптивных установок пациентов относительно своего состояния;
2. Формирование адекватной реальному состоянию внутренней картины болезни;
3. Установка активного участия пациента в лечении и реабилитации.

Для работы с болевым синдромом используются методы саморегуляции, описанные в предыдущих главах: методики управления дыханием, мышечной релаксации, визуализации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белова Н.А., Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации, М.: Медицина, 2002.
2. Зинченко Ю.П., Первичко Е.И. Синдромный подход в психологии телесности (на примере исследования больных с пролапсом митрального клапана) // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология - 2012. - №2 - с. 57-67.
3. Зинченко Ю.П., Первичко Е.И. Методология синдромного анализа Л.С. Выготского – А.Р. Лурии и постнеклассическая рациональность, Корсакова Н.К., Микадзе Ю.В. (ред.), Наследие А.Р. Лурии в современном научном и культурно-историческом контексте: К 110-летию со дня рождения А.Р. Лурии. М.: Факультет психологии МГУ имени М.В. Ломоносова; 2012. С. 37-69.
4. Зинченко Ю.П., Первичко Е.И. Постнеклассическая методология в клинической психологии: научная школа Л.С. Выготского – А.Р. Лурия. Национальный психологический журнал; 2012 (6); 8(2): 32-45.
5. Зинченко Ю.П., Первичко Е.И. Эвристическая ценность постнеклассических моделей в психосоматике (на примере синдромного подхода Л.С. Выготского – А.Р. Лурии). Вопросы психологии; 2014; 1: 14-27.
6. Зинченко Ю.П., Первичко Е.И., Тхостов А.Ш. Методологические основы и задачи психологической реабилитации онкологических больных // Вестник восстановительной медицины. – 2014. - №5 (63).
7. Исурина Г.Л., Клиническая психология. Словарь, М., 2007.
8. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. М.: Медицина, 1983.
9. Клиническая психология: Энциклопедический словарь / под общ. ред. проф. Н.Д. Твороговой. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Практическая медицина, 2016. – 608с.
10. Ковпак Д.В., Как преодолеть боль, Наука и техника, 2008.
11. Корсакова Н. К., Балашова Е. Ю. Опосредование как компонент саморегуляции психической деятельности в позднем возрасте //Вестник МГУ. Сер. – 1995. – Т. 14. – С. 18-23.
12. Корсакова Н.К., Микадзе Ю.В. (ред.), Наследие А.Р. Лурии в современном научном и культурно-историческом контексте: К 110-летию со дня рождения А.Р. Лурии. М.: Факультет психологии МГУ имени М.В. Ломоносова; 2012 (а). С. 37-69.
13. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. М.: Политиздат; 1975.
14. Николаева В.В., Влияние хронической болезни на психику: психологическое исследование. – Изд-во Моск. ун-та, 1987.

15. Николаева В.В., Психосоматика: телесность и культура: Учебное пособие для вузов / под ред. Николаевой В.В. — М.: Академический проект, 2009.
16. Приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2012 N 1705н "О порядке организации медицинской реабилитации" (Зарегистрировано в Минюсте России 22 февраля 2013 г. N 27276).
17. Приказ Министерства Здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 23 июля 2010 г. N 541н г. Москва «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих», раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения», зарегистрирован в Минюсте РФ 25 августа 2010 г., регистрационный № 18247.
18. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. (Практическое руководство) – М.: Апрель-Пресс, Психотерапия, 2010. – 224 с.
19. Тхостов А.Ш. Психология телесности. М.: Смысл; 2002.
20. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
21. Betforth N., What do patient want to know and how should we deliver patient information?, 2012.
22. Crabtree T.D., Puri V., Bell J.M., Bontumasi N., Patterson G.A., Kreisel D., Krupnick A.S., Meyers B.F., Outcomes and perception of lung surgery with implementation of a patient video education module: a prospective cohort study, 2012.
23. Hughes S. The effects of giving patients pre-operative information, Nurs. Stand., 2002 Mar 27-Apr 2; 16(28): 33-7.
24. Sugai D.Y., Deptula P.L., Parsa A.A., Don Parsa F., The importance of communication in the management of postoperative pain., Hawaii J Med Public Health. 2013 Jun; 72(6):180-4.
25. Yeh M.L., Chen H.H., Liu P.H., Effects of multimedia with printed nursing guide in education on self-efficacy and functional activity and hospitalization in patients with hip replacement, Patient Education Counseling. 2005 May; 57(2):217-24.

ПРИЛОЖЕНИЯ

1. Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (HADS).

Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа. Выберите тот из ответов, который соответствует Вашему состоянию.

Часть I (оценка уровня ТРЕВОГИ)

1. Я испытываю напряжение, мне не по себе

3 - все время

2 - часто

1 - время от времени, иногда

0 - совсем не испытываю

2. Я испытываю страх, кажется, что что-то ужасное может вот-вот случиться

3 - определенно это так, и страх очень велик

2 - да, это так, но страх не очень велик

1 - иногда, но это меня не беспокоит

0 - совсем не испытываю

3. Беспокойные мысли крутятся у меня в голове

3 - постоянно

2 - большую часть времени

1 - время от времени и не так часто

0 - только иногда

4. Я легко могу присесть и расслабиться

0 - определенно, это так

1 - наверно, это так

2 - лишь изредка, это так

3 - совсем не могу

5. Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь

0 - совсем не испытываю

1 - иногда

2 - часто

3 - очень часто

6. Я испытываю неусидчивость, мне постоянно нужно двигаться

3 - определенно, это так

2 - наверно, это так

1 - лишь в некоторой степени, это так

0 - совсем не испытываю

7. У меня бывает внезапное чувство паники

3 - очень часто

2 - довольно часто

1 - не так уж часто

0 - совсем не бывает

Часть II (оценка уровня ДЕПРЕССИИ)

1. То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство

0 - определенно, это так

1 - наверно, это так

2 - лишь в очень малой степени, это так

3 - это совсем не так

2. Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное

0 - определенно, это так

1 - наверно, это так

2 - лишь в очень малой степени, это так

3 - совсем не способен

3. Я испытываю бодрость

3 - совсем не испытываю

2 - очень редко

1 - иногда

0 - практически все время

4. Мне кажется, что я стал все делать очень медленно

3 - практически все время

2 - часто

1 - иногда

0 - совсем нет

5. Я не слежу за своей внешностью

3 - определенно, это так

2 - я не уделяю этому столько времени, сколько нужно

1 - может быть, я стал меньше уделять этому времени

0 - я слежу за собой так же, как и раньше

6. Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения

0 - точно так же, как и обычно

1 - да, но не в той степени, как раньше

2 - значительно меньше, чем обычно

3 - совсем так не считаю

7. Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы

0 - часто

1 - иногда

2 - редко

3 - очень редко

0-7 баллов – норма (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии)

8-10 баллов – субклинически выраженная тревога/депрессия

11 баллов и выше – клинически выраженная тревога/депрессия

2. Опросник Восстановление локуса контроля (Recovery locus of control (по C.Patridge, V.Johnstone, 1989; D.Wade, 1992)).

Прочтите, пожалуйста, каждое утверждение и выберите один из пяти вариантов ответов, соответствующий Вашей точке зрения:

№	Утверждение	Степень согласия с утверждением
1	То, что со мной будет в будущем, зависит от меня самого, а не от того, что для меня сделают другие люди	Совершенно согласен
		Согласен
		Не знаю
		Не согласен
		Абсолютно не согласен
2	Реальные изменения зависят от того, что я сам(а) делаю, чтобы помочь себе	Совершенно согласен
		Согласен
		Не знаю
		Не согласен
		Абсолютно не согласен
3	Я уверен(а), что, невзирая на обстоятельства, сделаю все возможное для достижения наиболее полного восстановления	Совершенно согласен
		Согласен
		Не знаю
		Не согласен
		Абсолютно не согласен
4	Достижение улучшения – это теперь вопрос моей собственной решимости, а не чьей-то чужой воли	Совершенно согласен
		Согласен
		Не знаю
		Не согласен
		Абсолютно не согласен

5	Неважно, сколько помощи ты получаешь – в конечном счете важны собственные усилия	Совершенно согласен
		Согласен
		Не знаю
		Не согласен
		Абсолютно не согласен
6	Часто лучше всего подождать и посмотреть, что произойдет	Совершенно согласен
		Согласен
		Не знаю
		Не согласен
		Абсолютно не согласен
7	Мои собственные усилия не очень важны, в действительности восстановление зависит от окружающих	Совершенно согласен
		Согласен
		Не знаю
		Не согласен
		Абсолютно не согласен
8	Мой собственный вклад в мое восстановление не должен быть очень большим	Совершенно согласен
		Согласен
		Не знаю
		Не согласен
		Абсолютно не согласен
9	Я почти не контролирую или совсем не контролирую процесс улучшения	Совершенно согласен
		Согласен
		Не знаю
		Не согласен
		Абсолютно не согласен

Ответы на вопросы с первого по пятый оцениваются следующим образом: «совершенно согласен» 4 балла, «согласен» - 3 балла, «не знаю» - 2 балла, «не согласен» - 1 балл, «абсолютно не согласен» - 0 баллов.

Ответы на вопросы 6—9 оцениваются «зеркально»: «совершенно согласен» - 0 баллов, «согласен» - 1 балл, «не знаю» - 2 балла, «не согласен» - 3 балла, «абсолютно не согласен» - 4 балла.

Суммарный балл, набранный пациентом по данной методике, может варьироваться от 0 до 36, высокие баллы свидетельствуют о высоком уровне мотивации к достижению улучшения собственного состояния и наоборот.

3. Шкалы для оценки интенсивности боли.

