

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Белорусская медицинская академия
последипломного образования

Т.В. Жукова Г.А. Емельянов Е.Ф. Святская

**Реабилитационный потенциал личности у пациентов с
хронической соматической патологией
(характеристика, методы оценки)**

Учебно-методическое пособие

Минск БелМАПО
2013

УДК 616.921.5-02-036.1-08-084(075.9)

ББК 55.142я73

Ж 86

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия
УМС Белорусской медицинской академии последипломного образования
протокол № 7 от 11.12 2013 г.

Авторы:

доцент кафедры медицинской экспертизы и реабилитации, к.м.н. *Т.В. Жукова*,
заведующий кафедрой медицинской экспертизы и реабилитации, к.м.н., доцент
Г.А. Емельянов,
доцент кафедры медицинской экспертизы и реабилитации, к.м.н. *Е.Ф. Свят-
ская*.

Рецензенты:

РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации
доцент РНПЦ психического здоровья, к.м.н. М.М. Важенин

Жукова Т.В.

Ж 86

Реабилитационный потенциал личности у пациентов с хронической соматической патологией (характеристика, методы оценки): учеб.-метод. пособие /Т.В. Жукова, Г.А. Емельянов, Е.Ф. Святская- Минск: БелМАПО, 2013.

ISBN 978-985-499-709-4

Практическое использование данного учебно-методического пособия позволит грамотно и качественно проводить оценку реабилитационного потенциала личности у пациентов с психоэмоциональными расстройствами при хронической соматической патологии.

Учебно-методическое пособие предназначено для практических врачей, психологов и внедрения в широкую медицинскую практику.

УДК 616.921.5-02-036.1-08-084(075.9)

ББК 55.142я73

ISBN 978-985-499-709-4

© Жукова Т.В., [и др.] 2013

© Оформление БелМАПО, 2013

Хронические заболевания, являясь хроническим стрессом для пациента, препятствуют его стремлению к самоактуализации, к развитию его как личности. Психогенные состояния, возникающие в связи с соматическим заболеванием, нередко определяют медицинское поведение пациентов, в том числе соблюдение врачебных рекомендаций, способствуют ограничениям в бытовой и профессиональной деятельности.

Среди многочисленных эмоциональных состояний у соматических пациентов в первую очередь выделяют и описывают такие, как тревога, эмоциональное напряжение, депрессия, агрессия, состояние фрустрации, состояние эмоционального стресса. Многими авторами анализируется роль негативных эмоциональных состояний в развитии психосоматических заболеваний.

Изучению состояния тревожности у пациентов уделяется значительное внимание как зарубежными, так и отечественными авторами. Термин тревога используется для описания неприятного по своей окраске эмоционального состояния, которое характеризуется субъективными ощущениями беспокойства, мрачных предчувствий, а с физиологической стороны - активацией автономной нервной системы. Состояние тревоги возникает, когда индивид воспринимает определенный раздражитель или ситуацию как несущие в себе актуально или потенциально элементы опасности, угрозы, вреда.

Изучение такого эмоционального состояния как депрессия показывает ее патогенное влияние на физическое здоровье человека. Обычными проявлениями депрессивных расстройств являются «страдания и ощущения печали, потеря аппетита, бессонница, уход от социальных контактов, раздражительность, ослабление интересов и способности к концентрации, а так же озабоченность жалобами на физическое состояние» (РаттерМ., 1997).

Хотя социальная активность и ежедневная деятельность все чаще предлагается исследователями в качестве основных критериев оценки влияния болезни на человека, этот вопрос недостаточно хорошо представлен в литературе, в

первую очередь, по причине отсутствия до последнего времени соответствующих методик оценки.

Таким образом, все исследователи сходятся во мнении, что самым тяжелым следствием хронических соматических заболеваний следует считать невозможность пациентами осуществлять социальные связи в соответствие с их возрастом и социально-экономическим положением. К этим пациентам необходим специфический психотерапевтический подход, учитывающий при выборе методов психотерапии и её проведении единство психической и соматической сфер функционирования организма.

Основные усилия реабилитолога должны быть направлены на ликвидацию или уменьшение имеющихся нарушений, ограничений жизнедеятельности, что в конечном итоге должно способствовать устранению или уменьшению социальной дезадаптации пациента с хронической соматической патологией (ИБС, ХОБЛ и др.).

Реабилитационный потенциал (РП) пациента — показатель, оценивающий на основе комплекса медицинских, психологических и социальных факторов реальные возможности восстановления нарушенных функций и способностей организма, в том числе участие в трудовой деятельности.

Психологические факторы - важная составляющая РП, так как одним из стержневых принципов реабилитации является опора на личность пациента. Поэтому актуальной становится оценка особенностей психологического статуса с точки зрения эффективности проведения реабилитационных мероприятий у конкретного человека, с учетом индивидуальных характеристик личности и психического состояния. В связи с этим возникает необходимость в обобщенной характеристике личностной готовности и возможностей пациента к участию в реабилитационном процессе, то есть в определении психологического РП личности.

Существуют методики оценки психологических факторов, определяющих реабилитационный потенциал личности у пациентов, перенесших инсульт. Однако до настоящего времени не было способа оценки РП у пациентов с психоэмоциональными расстройствами при хронической соматической патологии, что необходимо для создания индивидуальной программы психологической реабилитации лиц данной категории.

Как показал опыт психологической реабилитации, при оценке реабилитационного потенциала личности наиболее значимо получение психодиагностических показателей и проведение анализа психологического статуса пациента по 5-уровневой схеме:

- 1.нейро-психофизиологический уровень;
- 2.уровень саморегуляции;
- 3.нозогностический уровень;
- 4.личностно-характерологический уровень;
- 5.мотивационно-личностный уровень.

Нарушения на любом из этих уровней могут значительно дезадаптировать пациента, резко снизить эффективность проводимых реабилитационных мероприятий.

Методика оценки РП включает последовательное проведение следующих этапов диагностики

1. Клинико-anamnestический анализ медицинской документации.
2. Клиническое интервью.
3. Диагностика психологического статуса пациента.
4. Клиническая оценка полученных психодиагностических показателей и анализ психологического статуса пациента.
5. Дифференциальная психодиагностика.

6. Оценка РП личности пациента.

При оценке РП используются методы клинико-психопатологического и клинико-катамнестического наблюдений, дополненных блоком психометрического исследования психического состояния и свойств личности с использованием стандартизированных шкал и проективных методик.

На первом этапе проводят анализ данных пациента: клинического, инструментального, лабораторных исследований.

На втором этапе проводят клиническое интервью, причем его проводят в начале и в конце курса реабилитации 2 раза по 30 мин.

Для оценки эмоциональных расстройств у пациентов используется перечень стандартизированных симптомов и синдромов унифицированной оценки психического состояния пациентов.

На третьем этапе проводят диагностику психологического статуса пациента по 5-уровневой схеме:

1. Нейро-психофизиологический уровень включает в себя оценку базовых психофизиологических процессов: внимания, памяти, мышления, работоспособности и интеллекта. Оценка проводится при клиническом обследовании, клинико-психологическом обследовании, а также с использованием традиционных психодиагностических методов (корректирующие пробы, 10 слов, тестирование интеллекта и т. п.) и методов нейропсихологической диагностики.

2. Уровень саморегуляции включает в себя оценку состояния эмоционально-волевой сферы, активности, настроения, ответственности. Оценка проводится при клиническом, клинико-психопатологическом или психодиагностическом обследовании.

3. Нозогнозический уровень включает в себя оценку внутренней картины болезни как при помощи выявления типа отношения к болезни, так и в плане определения модели прогноза заболевания и модели ожидаемых результатов лечения.

Выделяют 12 типов отношения к болезни, как адаптивных, так и дезадаптивных, психологическую диагностику которых легко можно провести с помощью методики ТОБОЛ («Психологическая диагностика типов отношения к болезни»). Модель прогноза заболевания — одна из составляющих внутренней картины болезни. Она носит явно адаптационный характер и формируется пациентом на основе тех медицинских знаний, которые хочет, может и умеет использовать больной человек, страдающий соматической патологией. Модель прогноза заболевания может включать ориентацию, как на выздоровление, так и на смерть или на инвалидность.

Модель ожидаемых результатов лечения создается также самим пациентом, однако в ней большое значение имеет воздействие врача или окружающих людей, которые оказывают влияние на человека. Эта модель во многом определяет отношение пациента к врачу — степень доверия, уровень открытости и т. п. Представление о типе отношения к болезни, модели прогноза заболевания и модели ожидаемых результатов врач может получить при направленном расспросе пациента.

4. Личностно-характерологический уровень включает в себя оценку поведенческих стереотипов, адаптационных возможностей личности. Оценка проводится при клиническом, клинико-психопатологическом или психодиагностическом обследовании.

5. Мотивационно-личностный уровень включает в себя оценку жизненных ценностей и устремлений, традиций и предпочтений. Оценка проводится при клиническом, клинико-психопатологическом или психодиагностическом обследовании.

Данные обследования дополняются результатами тестирования по следующим методикам.

• **SF-36 Опросник «Качество жизни»**

Для оценки КЖ применялся один из самых популярных общих опросников SF-36 . Критериями КЖ по опроснику SF-36 являются:

- **ФА – (PF – Physical Functioning)** – физическая активность (прямо пропорциональная связь: чем выше балл, тем больше физическая активность);
- **РФ – (RP – Role-Physical)** – роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности (обратно пропорциональная связь: чем выше балл, тем меньше роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности);
- **Б – (BP – Bodily Pain)** – Боль (обратно пропорциональная связь: чем выше балл, тем меньше респондент испытывает боли);
- **ОЗ – (GH – General Health)** – общее восприятие здоровья (прямо пропорциональная связь: чем выше балл, тем лучшим воспринимается респондентом своё здоровье);
- **ЖС – (VT – Vitality)** – жизнеспособность (прямо пропорциональная связь: чем выше балл, тем выше жизнеспособность респондента);
- **СА – (SF – Social Functioning)** – социальная активность (прямо пропорциональная связь: чем выше балл, тем выше социальная активность респондента);
- **РЭ – (RE – Role-Emotional)** – роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (обратно пропорциональная связь: чем выше балл, тем меньше роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности);
- **ПЗ – (MH – Mental Health)** – психическое здоровье (прямо пропорциональная связь: чем выше балл, тем лучше психическое здоровье);
- **СС – (CH – Change Health)** – сравнение самочувствия с предыдущим годом (прямо пропорциональная связь: чем ниже балл, тем значительно ухудшилось самочувствие респондента за год).

Оценка производится по 100 балльной шкале.

- **Опросник ИТТ - Интегративный тест тревожности**

Данная оригинальная методика используется для выявления уровня выраженности тревоги как ситуативной (переменной) и тревожности как личностно-типологической характеристики. Интегративность (многомерность) теста позволяет раскрыть содержательный характер самооценки аффективного состояния, определяемого тестом: эмоциональный дискомфорт, астенический и фобический компоненты, тревожная оценка перспектив и социальная защита.

Интегративный тест тревожности дает возможность определить не только уровень личностной и ситуативной тревожности, но также уточнить и структуру тревожности, что в результате даст возможность обеспечить индивидуальный подход в подборе мероприятий психологической реабилитации.

- **Опросник УСФ – уровень социальной фрустрированности.**

Уровень социальной фрустрированности позволяет выявить уровень удовлетворенности пациентов по основным параметрам социального функционирования (взаимоотношения с родными и близкими, здоровье и работоспособность, социальный и экономический статус), т.е. определить уровень социальной дезадаптации пациента.

- **Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale)**

Шкала, разработанная А. S. Zigmond и R. P. Snaith в 1983 г., относится к субъективным и предназначена для скринингового выявления тревоги и депрессии у пациентов соматического стационара. Отличается простотой применения и обработки (заполнение шкалы не требует продолжительного времени и не вызывает затруднений у пациента), что позволяет рекомендовать ее к использованию в общемедицинской практике для первичного выявления тревоги и депрессии у пациентов (скрининга).

Шкала составлена из 14 утверждений, обслуживающих 2 подшкалы:

- подшкала А — «тревога» (от англ. «anxiety»): нечетные пункты 1, 3,

5, 7, 9,11,13;

- подшкала D «депрессия» (от англ, «depression»): четные пункты 2, 4, 6; 8,10,12,14.

Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа, отражающие градации выраженности признака и кодирующиеся по нарастанию тяжести симптома от 0 баллов (отсутствие) до 4 (максимальная выраженность).

Выдача пациенту шкалы сопровождается инструкцией следующего содержания:

«Ученые уверены в том, что эмоции играют важную роль в возникновении большинства заболеваний. Если Ваш доктор больше узнает о Ваших переживаниях, он сможет лучше помочь Вам. Этот опросник разработан для того, чтобы помочь Вашему доктору понять, как Вы себя чувствуете. Не обращайтесь внимания на цифры и буквы, помещенные в левой части опросника. Прочитайте внимательно каждое утверждение и в пустой графе слева отметьте крестиком ответ, который в наибольшей степени соответствует тому, как Вы себя чувствовали на прошлой неделе. Не раздумывайте слишком долго над каждым утверждением. Ваша первая реакция всегда будет более верной».

При интерпретации данных учитывается суммарный показатель по каждой подшкале

(А и D), при этом выделяется 3 области значений:

- 0-7 баллов — норма;
- 8-10 баллов — субклинически выраженная тревога/депрессия;
- 11 баллов и выше — клинически выраженная тревога/депрессия.

На четвертом этапе проводят клиническую оценку полученных психодиагностических показателей и анализ психологического статуса пациента.

На пятом этапе дифференциальную психодиагностику проводят с психоэмоциональными расстройствами, которые связаны с психологическими

причинами и стрессом и при которых отсутствует характерный анамнез (связь с соматическим заболеванием).

Затем по данным анализа, консультирования и психологического тестирования производят **оценку реабилитационного потенциала личности пациента.**

Реабилитационный потенциал оценивают как высокий

1. Нейропсихологический уровень

Высокие и средние показатели интеллекта, нормальное состояние предпосылок и базовых функций интеллекта (внимание, память, мышление и др.) или их легкое снижение. Устойчивый и достаточный уровень работоспособности или его легкое снижение. Легкая истощаемость психических функций или ее отсутствие.

2. Уровень саморегуляции

Пациент эмоционально адекватен, либо отмечается легкая лабильность. Критичен к своему состоянию, способен поддерживать моральную дистанцию, планы на будущее. Достаточный уровень спонтанной активности, способен поддерживать ровный фон настроения, склонен брать ответственность на себя при столкновении с трудными ситуациями

3. Нозогнозический уровень

Гармонический тип отношения к болезни, который в зависимости от модели прогноза заболевания и модели ожидаемых результатов лечения характеризуется трезвой оценкой своего состояния. Нет склонности преувеличивать тяжесть состояния и без оснований видеть все в мрачном цвете, но также и нет недооценки тяжести болезни. Стремление во всем активно содействовать успеху лечения. Нежелание обременять других тяготами ухода за собой. В случае неблагоприятного прогноза в смысле инвалидизации — переключение интересов на те области жизни, которые останутся доступны пациенту.

Эргопатический тип, характеризующийся уходом от болезни в работу. Даже при тяжести болезни и страданиях стремление, несмотря на это, продолжить работу. Характерно одержимое, стеничное отношение к работе, в ряде случаев — выраженное еще в большей степени, чем до болезни. Избирательное, отношение к обследованию и лечению, обусловленное стремлением во что бы то ни стало сохранить профессиональный статус и возможность продолжения активной трудовой деятельности.

4. Личностно-характерологический уровень

Такие пациенты считают всех людей добрыми и хорошими, откровенно рассказывают о себе даже малознакомым людям, легко доверяют им свои сокровенные мечты и материальные ценности. В коллективе всегда уживчивы, веселы, независтливы, проявляют искреннюю заботу о своих товарищах, не стремятся конкурировать с ними, выделиться, обратить на себя внимание. Эту группу пациентов характеризует стремление к повышению уровня своей образованности, расширению кругозора. Такие люди считают, как правило, что самое главное в жизни — это учиться и получить новые знания. Хорошо адаптируются в любом коллективе и в любых социальных условиях

5. Мотивационно-личностный уровень

Для таких пациентов характерна высокая значимость практически всех жизненных ценностей. Наибольшее предпочтение отдается таким ценностям, как собственный престиж (т.е. завоевание своего признания в обществе путем следования определенным социальным требованиям), высокое материальное положение (т. е. обращение к факторам материального благополучия как к главному смыслу существования), активные социальные контакты (т.е. установление благоприятных отношений в различных сферах социального взаимодействия, расширение своих межличностных связей, реализация своей социальной роли) и достижения (т.е. постановка и решение определенных жизненных задач как главных жизненных факторов). Высоко значимы все жизненные сферы (профессиональная жизнь, обучение и образование, семейная жизнь,

общественная жизнь и увлечения). Максимальное предпочтение отдается сфере общественной жизни

По данным психологического тестирования

- SF-36 51% и выше.
- УСФ – Р уд. 3,5 и меньше, И УСФ 3п и больше.
- ИТТ СТ-Л ≤ 6 , СТ-С ≤ 6
- Госпитальная шкала тревоги и депрессии до 8

Реабилитационный потенциал оценивают как средний

1. Нейропсихологический уровень

Показатели интеллекта соответствуют низкой норме или находятся на пограничном с дефектом уровне, умеренные нарушения предпосылок и базовых функций интеллекта (внимание, память, мышление и др.). Умеренно выраженное состояние уровня работоспособности. Умеренная истощаемость психических функций.

2. Уровень саморегуляции

Отмечаются умеренная эмоциональная лабильность, легкая ригидность аффекта. Недостаточно критичен к своему состоянию, отмечаются появления анозогнозии. Планы на будущее носят формальный характер. Не всегда способен поддерживать достаточную моральную дистанцию. Уровень активности умеренно снижен, необходимы незначительные активирующие воздействия со стороны. Фон настроения неустойчивый, с депрессивными или гипоманиакальными элементами. Не склонен брать на себя ответственность при столкновении с трудными жизненными ситуациями, возлагает ответственность на случай или стечение обстоятельств.

3. Нозогнозический уровень

Сенситивный тип отношения к болезни, который в зависимости от модели прогноза ожидаемых результатов лечения характеризуется чрезмерной оза-

боченностью возможным неблагоприятным впечатлением, которое могут воспроизвести на окружающих сведения о своей болезни. Опасением, что окружающие станут избегать, считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться, распускать сплетни или неблагоприятные слухи о природе болезни. Боязнь стать обузой для близких из-за болезни и неблагоприятного отношения с их стороны в связи с этим.

Ипохондрический тип, характеризующийся сосредоточением на субъективных болезненных ощущениях и иных неприятных ощущениях, стремлением постоянно рассказывать о них окружающим. На их основе возможное преувеличение и выискивание несуществующих болезней и страданий. Преувеличение побочного действия лекарств. Сочетание желания лечиться и неверия в успех, требования тщательного обследования и боязни вреда и болезненности процедур

4. Личностно-характерологический уровень

Отсутствуют ярко выраженные характерологические черты и поведенческие паттерны, которые способствовали бы легкой адаптации к текущей социально-психологической ситуации и окружающей микросоциальной среде, либо вызвали бы значительно личностную и социально-психологическую дезадаптацию пациента. Успешность адаптации во многом зависит от «приветливости» окружения и значительно зависит от окружающей обстановки.

5. Мотивационно-личностный уровень.

Характерна схожая с высоким реабилитационным потенциалом личности структура предпочтения жизненных ценностей. Однако меньшее значение имеют такие ценности как собственный престиж, активные социальные контакты, развитие себя (т. е. познание своих индивидуальных особенностей, постоянное развитие своих способностей и других личностных характеристик), достижения, и резко снижена значимость такой жизненной ценности как духовное удовлетворение (т.е. руководство морально-нравственными принципами, преобладание духовных потребностей над материальными). Реализация предпочи-

таемых жизненных ценностей также важна как и при высоком реабилитационном потенциале личности, важна во всех жизненных сферах. Однако значимость таких жизненных сфер, как профессиональная жизнь, обучение, образование и общественная жизнь значительно ниже.

По данным психологического тестирования

- SF-36 26-50%.
- УСФ – Р уд. 3,4 -4,5, И УСФ 2п-3п.
- ИТТ СТ-Л 7-8, СТ-С 7-8
- Госпитальная шкала тревоги и депрессии - 9-10

Реабилитационный потенциал оценивают как низкий

1. Нейропсихологический уровень

Показатели интеллекта соответствуют дефектному уровню, выраженные нарушения предпосылок и базовых функций интеллекта (внимание, память, мышление и др.). Выраженное снижение уровня работоспособности. Выраженная истощаемость психических функций.

2. Уровень саморегуляции

У пациента выраженная эмоциональная лабильность, недержание аффекта, слабодушие. Резко нарушена критика к своему состоянию. Планы на будущее нереальные либо отсутствуют. Не способен учитывать моральную дистанцию. Выраженная пассивность либо нецелесообразная активность. Фон настроения крайне нестабильный, плач перемежается с периодами повышенного настроения; либо стабильное депрессивное или беспечное состояние. Снимает с себя всякую ответственность за происходящее с ним.

3. Нозогнозический уровень

Анозогнозический тип отношения к болезни, который в зависимости от модели прогноза заболевания и модели ожидаемых результатов лечения харак-

теризуется активным отбрасыванием самой мысли о болезни и о возможных ее последствиях. Отрицание очевидного. Приписывание проявлений болезни случайным обстоятельствам или другим несерьезным заболеваниям. Отказ от обследования и лечения. Желание обойтись «своими средствами».

При *эйфорическом* варианте этого типа — необоснованно повышенное настроение. Пренебрежение, легкомысленное отношение к болезни и лечению. Надежда на то, что «само все обойдется». Желание продолжать получать от жизни все, несмотря на болезнь. Легкость нарушений режима, пагубно сказывающихся на течении болезни. Также наличие таких дезадаптивных типов отношения к болезни как тревожный, неврастенический, меланхолический, апатический, эгоцентрический, паранойяльный и дисфорический.

4. Личностно-характерологический уровень

Такие пациенты с самого начала подходят ко всем людям с предубеждением, настороженно, во всем ищут тайны, ждут от всех подхода, никому не доверяют, считают своих друзей способными на нечестность, неоткровенны с ними. В коллективе они держатся обособленно, пекутся только о себе, завидуют успехам других людей, считают, что их недооценивают, уделяют мало внимания оценке их достижений. Требуют исключительной заботы — все должны забыть и бросить все и заботиться только о больном. Разговоры окружающих быстро переводятся «на себя». Другие люди, также требующие внимания и заботы, рассматриваются только как «конкуренты», отношение к ним неприязненное. Постоянное желание показать другим свое особое положение, свою исключительность в отношении болезни. Также их характеризует высокий уровень тревожности, беспокойства, что можно рассматривать как предпочитаемый метод личностной защиты, как разновидность компенсирующего поведения.

5. Мотивационно-личностный уровень

Резко снижена значимость всех жизненных ценностей, кроме высокого материального положения. Не имеют значения такие жизненные ценности, как

активны социальные контакты, развитие себя и духовное удовлетворение. Практически равны нулю такие жизненные ценности, как собственный престиж и сохранение собственной индивидуальности (т.е. преобладание собственных мнений, взглядов, убеждений над общепринятыми, защита своей неповторимости и независимости). Не имеют никакого значения такие жизненные сферы, как обучение и образование, семейная и профессиональная жизнь.

По данным психологического тестирования

- SF- 25% и ниже.

- УСФ – Р уд. более 4,5, И УСФ меньше 2п.

- ИТТ СТ-Л 8-9, СТ-С 8-9

Госпитальная шкала тревоги и депрессии - 11 и выше

Таким образом, оценку реабилитационного потенциала у пациентов с психоэмоциональными расстройствами при хронической соматической патологии выполняют для реабилитационного прогнозирования и проведения психологической реабилитации. От точности оценки интегрального показателя реабилитационного потенциала зависит правильность подбора реабилитационных назначений и их реализация. Кроме того, уровень реабилитационного потенциала имеет большое значение при решении вопросов медицинской экспертизы.

Литература

1. Асимон, Г. Психосоматическая терапия / Г. Асимон. – СПб.: Изд. «Речь», 2002. – 236с.
2. Абрамова, Г.С. Психология в медицине / Г.С. Абрамова, Ю.А. Юдчиц. - М.: Кафедра-М, 1998. - 285с.
3. Александер,Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / Ф. Александер. - М.: Эксмо, 2002. - 453с.
4. Бройтигам, В. Психосоматическая медицина: Кратк. учебн. / В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад. Пер. с нем. Г.А. Обухова, А.В. Брунека. - М.: изд-во ГЭОТАР Медици-на, 1999. - 376 с.
5. Бурлачук, Л.Ф. Исследование личности в клинической психологии / Л.Ф. Бурлачук. - Киев: изд-во Наукова думка, 1979. - 398 с.
6. Вартанян, М.Е., Пограничные психопатологические состояния в общемедицинской практике / М.Е. Вартанян, В.Г. Остроглазов, А.К. Ануфриев.— М.: Авангард, 2001. - С. 43-48.
7. Волков, В.Т. Личность пациента и болезнь / В.Т. Волков. - Томск: Класс, 1995. - 328с.
8. Губачев, Ю.М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений / Ю.М. Губачев, Е.М. Стабровский. – Л.: Медицина, 1981.- 216 с.
9. Жарикова, Н.Ю. О соотношении психического и соматического /. Н.Ю. Жарикова. – М.: Медицина, 2004. – 138 с.
10. Лакосина, Н.Д. Медицинская психология / Н.Д. Лакосина., Г.К. Ушаков - М.: изд-во Медицина, 1984. - 325 с. .
11. Новик, А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине /А.А. Новик, Т.И. Ионова – СПб.: Издательский Дом «Нева», 2002. – 320с.
12. Смулевич, А.Б. Клинические и психологические аспекты реакции на болезнь / А.Б. Смулевич [и др.] // Журн. невропатол. и психиатр. -2007. - Т. 97.- №.2.-С.4-9.

13. Смулевич, А.Б. Психосоматические расстройства (клиника, эпидемиология, терапия, модели медицинской помощи) / А.Б. Смулевич [и др.] // Журн. невропатол. и психиатр. – 1999. - Т. 99.- № 4. - С.4-15.
14. Смулевич, А.Б. Депрессии при соматических заболеваниях (диагностика и лечение) / А.Б. Смулевич // Русский медицинский журнал. 1996. - Т.4.- №1. - С.4-10.
15. Соколова, Е.Т. Особенности личности при соматических расстройствах и соматических заболеваниях / Е.Т. Соколова, В.В. Николаева.– М.: SvR. - Аргус, 1995. – 359 с.
16. Петрюк, П.Т. Социально-психологические и психиатрические аспекты психосоматических расстройств у больных, перенесших психоэмоциональный стресс / П.Т. Петрюк, И. А. Якущенко // Вестник Ассоциации психиатров Украины. — 2003. — № 3–4. — С. 140–159.
17. Ясперс, К. Общая психология / К. Ясперс. - Пер. с нем. – М.: Практика, 1997. – 1056с.
18. Cleland, J.G. The EuroHeart Survey programme – a survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe. Part 1: patient characteristics and diagnosis / J.G. Cleland [et al.] // Eur. Heart J. 2003. – V. 24. – P.442-463.
19. Niemeyer, M.G. Comparison of multiple)dose and once)daily nitrate therapy in 1212 patients with stable angina pectoris: effects on quality of life indices. Dutch Mononitrate Quality of Life (DUMQOL) Study Group / M.G. Niemeyer [et al.] // Angiology. – 2007. – V.10. – P.855-62.
20. Lange-Asschenfeldt, C., Lederbogen, F. Antidepressive Therapie bei koronarer Herzkrankheit / C. Lange-Asschenfeldt, F. Lederbogen //Der Nervenarzt. - May 2011. - Volume 82. - Issue 5. - pp 657-666.
21. Roose, SP. Treatment of depression in patients with heart disease / SP. Roose // Biol Psychiatry.- 2003. - Aug 1;54(3):262-8.
22. Speidel, H. Stress: a treatable cardiovascular risk factor? / H. Speidel [et al.] //Schweiz Rundsch Med Prax. -1990. - Sep 25;79(39):1115-9.

МЕТОДИКА ИТТ (шкала СТ-С)

Ф.И.О.

Возраст

Место обследования

Ниже Вам предложены несколько утверждений, касаю-	Совсем нет	Слабо выражено	Выражено	Очень выражено
Я нахожусь в напряжении				
Я расстроен				
Я тревожусь о будущем				
Я нервничаю				
Я озабочен				
Я возбужден				
Я ощущаю непонятную угрозу				
Я быстро устаю				
Я не уверен в себе				
Я избегаю любых конфликтов				
Я легко прихожу в замешательство				
Я ощущаю свою бесполезность				
Я плохо сплю				

Я ощущаю себя утомленным				
Я эмоционально чувствителен				

<u>Сырые баллы</u>	ЭД	АСТ	ФОБ	ОП	СЗ
<u>Станайны</u>					
Сырые баллы					
Станайны					

«ОБЩИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ»

МЕТОДИКА ИТТ (шкала СТ-Л)

Возраст Фамилия И.О.,

Дата..

Место обследования

Ниже Вам предложены несколько утверждений, касающихся	Почти никогда	Редко	Часто	Почти все время
Я находился в напряжении				
Я расстраивался				
Я тревожился о будущем				
Я нервничал				
-Я бывал озабочен				
Я бывал возбужден				
Я ощущал непонятную угрозу				
Я быстро уставал				
Я бывал не уверен в себе				

Я избегал любых конфликтов				
Я легко приходил в замешательство				
Я ощущал свою бесполезность				
Я плохо спал				
Я ощущал себя утомленным				
Я бывал эмоционально чувствителен				

Сырые баллы Станайны

	ЭЛ	АС	ФО	ОП	СЗ
Сырые баллы					
Станайны					

Баллы переводятся в станайны.

Оценка по шкале: ниже 4-х –

низкий уровень тревожности, 4,5,6 – нормальный, 7 и выше – высокий

уровень тревожности. «ОБЩИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ»

Опросник SF –36

Инструкция: этот опросник содержит вопросы, касающиеся Ваших взглядов на ваше здоровье. Представленная информация поможет следить за тем, как Вы себя чувствуете и насколько хорошо справляетесь со своими обычными нагрузками.

Ответьте на каждый вопрос, помечая выбранный Вами ответ так, как это указано.

Если Вы не уверены в том, как ответить на вопрос, пожалуйста, выберите такой ответ, который точнее всего отражает Ваше мнение.

1. В целом Вы оценили бы состояние Вашего здоровья как: (обведите одну цифру)

Отличное	Очень хорошее	Хорошее	Посредственное	Плохое
100	75	50	25	0

2. Как бы вы оценили свое здоровье сейчас по сравнению с тем, что было год назад ? (обведите одну цифру)

Значительно лучше	Несколько лучше	Примерно такое же	Несколько хуже	Гораздо хуже
100	75	50	25	0

3. Следующие вопросы касаются физических нагрузок, с которыми Вы, возможно, сталкиваетесь в течение своего обычного дня. Ограничивает ли Вас состоя-

ние Вашего здоровья в настоящее время в выполнении перечисленных ниже физических нагрузок? Если да, то в какой степени? (обведите одну цифру)

	Да, значительно ограничивает	Да, немного ограничивает	Нет, совсем не ограничивает
А. Тяжелые физические нагрузки, такие как бег, поднятие тяжестей, занятия силовыми видами спорта	0	50	100
Б. Умеренные физические нагрузки, такие как передвинуть стол, поработать с пылесосом, собирать грибы или ягоды	0	50	100
В. Поднять или нести сумку с продуктами	0	50	100
Г. Подняться пешком по лестнице на несколько пролетов	0	50	100
Д. Подняться пешком по лестнице на один пролет	0	50	100
Е. Наклониться, встать на колени, присесть на корточки	0	50	100
Ж. Пройти расстояние более одного километра	0	50	100
З. Пройти расстояние в несколько кварталов	0	50	100
И. Пройти расстояние в один квартал	0	50	100
К. Самостоятельно вымыться, одеться	0	50	100

4. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше физическое состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего: (обведите одну цифру)

	Да	Нет
А. Пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела	0	100
Б. Выполняли меньше, чем хотели	0	100
В. Вы были ограничены в выполнении какого-либо определенного вида работы или другой деятельности	0	100
Г. Были трудности при выполнении своей работы или других дел (например, они потребовали дополнительных усилий)	0	100

5. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше эмоциональное состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего: (обведите одну цифру)

	Да	Нет
А. Пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела	0	100
Б. Выполняли меньше, чем хотели	0	100
В. Выполняли свою работу или другие дела не так аккуратно, как обычно	0	100

6. Насколько Ваше физическое или эмоциональное состояние в течение последних 4 недель мешало Вам проводить время с семьей, друзьями, соседями или в коллективе? (обведите одну цифру)

Совсем не мешало	Немного	Умеренно	Сильно	Очень сильно
100	75	50	25	0

7. Насколько сильную физическую боль Вы испытывали за последние 4 недели?
(обведите одну цифру)

Совсем не испытывал (а)	Очень слабую	Слабую	Умеренную	Сильную	Очень сильную
100	80	60	40	20	0

8. В какой степени боль в течении последних 4 недель мешала Вам заниматься Вашей нормальной работой (включая работу вне дома и по дому)? (обведите одну цифру)

Совсем не мешала	Немного	Умеренно	Сильно	Очень сильно
100	75	50	25	0

9. Следующие вопросы касаются того, как Вы себя чувствовали и каким было Ваше настроение в течение последних 4 недель. Пожалуйста, на каждый вопрос дайте один ответ, который наиболее соответствует Вашим ощущениям.

Как часто в течении последних 4 недель (обведите одну цифру)

	Все вре- мя	Большую часть времени	Часто	Иногда	Редко	Никогда
А. Вы чувствовали себя бодрым(ой)?	100	80	60	40	20	0
Б. Вы сильно нервничали?	0	20	40	60	80	100
В. Вы чувствовали себя таким подавленным(ой), что ничто не могло Вас взбодрить?.	0	20	40	60	80	100
Г. Вы чувствовали себя спокойным(ой) и умиротворенным (ой)?	100	80	60	40	20	0
Д. Вы чувствовали себя полным(ой) сил и энергии?	100	80	60	40	20	0
Е. Вы чувствовали себя упавшим(ей) духом и печальным(ой)?	0	20	40	60	80	100
Ж. Вы чувствовали себя измотанным(ой)	0	20	40	60	80	100
З. Вы чувствовали себя счастливым(ой)?	100	80	60	40	20	0
И. Вы чувствовали себя уставшим(ой)?	0	20	40	60	80	100

10. Как часто за последние 4 месяца Ваше физическое или эмоциональное состояние мешало Вам активно общаться с людьми (навещать друзей, родственников, и т. п.)? (обведите одну цифру)

Все время	Большую часть времени	Иногда	Редко	Ни разу
0	25	50	75	100

11. Насколько верным или неверным представляются по отношению к Вам каждое из нижеперечисленных утверждений? (обведите одну цифру)

	Определенно верно	В основном верно	Не знаю	В основном неверно	Определенно неверно
А. Мне кажется я более склонен болезням, чем другие	0	25	50	75	100
Б. Мое здоровье не хуже, чем у большинства моих знакомых	100	75	50	25	0
В. Я ожидаю, что мое здоровье ухудшится	0	25	50	75	100
Г. У меня отличное здоровье	100	75	50	25	0

Учебное издание

Жукова Татьяна Валентиновна
Емельянов Георгий Анатольевич
Святская Екатерина Федоровна

Реабилитационный потенциал личности у пациентов с
хронической соматической патологией
(характеристика, методы оценки)

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск Т.В. Жукова

Подписано в печать 11. 12. 2013. Формат 60х84/16. Бумага потребительская.

Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 1,88. Уч.- изд. л. 1,38. Тираж 100 экз. Заказ 315.

Издатель и полиграфическое исполнение –

Белорусская медицинская академия последипломного образования.

ЛВ № 23 от 27.01.2004. 220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3.

