

Заключение. Программы кардиореабилитации с дистанционной поддержкой приводят к повышению уровня физической активности у пациентов с пароксизмальной формой ФП после интервенционных методов лечения.

* * *

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЛЕЧЕНИИ

Одарушенко О.И. (olgaodar@yandex.ru; +7(916)279-1449)

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии» Минздрава России, Москва, Россия

Психотерапия занимает важное место в комплексе санаторно-курортного лечения пациентов с психосоматическими заболеваниями и неврозами. В санаторно-курортных учреждениях имеются особо благоприятные условия для проведения научно-обоснованной психотерапии. В последние 20–25 лет в психотерапии наблюдаются две тенденции: 1) стремление к сближению различных методов и возникновение целого ряда интегративно-экликтических подходов; 2) развитие краткосрочных, проблемно-ориентированных методов психотерапии. Эклектизм дает возможность использовать весь объем психотерапевтического инструментария, накопленного в профессиональном сообществе, является магистральным путем развития психотерапии в XXI веке, так как огромное, практически необозримое число методов и школ терапии приводит к необходимости заимствования в каждом направлении и школе самого важного и эффективного.

Когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ) как краткосрочный, структурированный психотерапевтический метод в наибольшей степени отвечает реалиям сегодняшнего времени и условиям оказания психотерапевтической помощи в санатории. Такой вид психотерапии экономичен, технологичен, ограничен во времени и в сочетании с персонализированным подходом обеспечивает восстановление душевного и физического самочувствия нуждающихся в психотерапевтической помощи пациентов, до приемлемого для них уровня. Метод был разработан в 1960-е годы американским психотерапевтом Аароном Бекем и основан на следующих теоретических представлениях: эмоциональные реакции и психические расстройства опосредуются когнитивными процессами, сформированными в прошлом; восприятие объекта или события опосредуется мышлением, и только осознав это опосредующее звено, можно понять эмоциональные и поведенческие аспекты реакции человека; психологические нарушения связаны с нарушениями переработки информации

на когнитивной стадии, которые являются причиной ложных представлений и неадекватных эмоциональных реакций.

Цель КПТ: психологическая коррекция ошибочных представлений пациента, связанных с его заболеванием и формирование активной позиции в восстановительном лечении и реабилитации.

Этапы КПТ: идентификация проблемы; осознание и вербализация неадаптивных когниций (мыслей), искажающих восприятие реальности и представлений пациента о себе и окружающем мире; обучение объективному рассмотрению мыслей; изменение дезадаптивных мыслей на адаптивные; разработка совместно с пациентом новых правил регуляции поведения. КПТ проводится в форме индивидуальных или групповых сессий.

Показания к КПТ: снижение уровня психологической адаптации, профилактика, лечение и реабилитация пациентов с хроническими соматическими заболеваниями.

Благодаря КПТ пациент обучается адаптивным стратегиям, то есть поведенческим навыкам, способствующим выздоровлению или значимому улучшению состояния. Из 29 Кохрейновских обзоров по оценке КПТ эффективной в разной степени данный вид терапии оказался в 82,8%, возможно, поэтому КПТ отнесена к «золотому стандарту» психотерапии.

* * *

ТРЕВОЖНЫЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С РАСПРОСТРАНЕНИЕМ COVID-19

Одарушенко О.И.¹ (olgaodar@yandex.ru; +7(916)279-1449), Кузюкова А.А. (anna_kuziyukova@mail.ru; +7(916)150-8376), Еремушкина С.М. (sofiyaer@yandex.ru; +7(926)234-3419), Фесюн А.Д.¹ (suslovay.v.@nmicrk.ru; +7(499)277-0104), Рачин А.П.¹ (7851377@gmail.com; +7(916)332-1362), Яковлев М.Ю.¹ (yakovlevm.y@nmicrk.ru; +7(915)106-1754)

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии» Минздрава России, Москва, Россия;

²ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» (МГМСУ), Москва, Россия

Актуальность. В условиях продолжающейся пандемии медицинским работникам приходится находиться под длительным воздействием стрессовых и потенциально травмирующих ситуаций, что повышает риск ухудшения психического и физического здоровья, а также развития синдрома эмоционального выгорания. Различные стрессогенные факторы в работе специалистов-медиков могут приводить к совершенно различным расстройствам и дезадаптивным состояниям, с развитием и влиянием также

различных психопатологических и патопсихологических механизмов. Для психологической коррекции и психотерапии важно выявлять психологические особенности невротических проявлений.

Цель исследования. Изучение тревожных переживаний у медицинских работников, не взаимодействующих непосредственно с заболевшими COVID-19, и лиц, работающих в других областях в условиях пандемии.

Материал и методы. Онлайн-анкетирование включало в себя показатели: возраст, пол, вопросы, оценивающие отношение респондентов к пандемии COVID-19 и шкалы Спилбергера—Ханина, позволяющие измерять тревожные переживания. Исследование проводилось с 26 марта по 5 апреля 2020 г.

Результаты. Анализ тревожных переживаний медицинских работников, непосредственно не взаимодействующих с заболевшими COVID-19, и других групп населения в условиях пандемии выявил самый высокий уровень стресса в группе медицинских работников. Испытуемых с высоким уровнем реактивной тревожности — 64%, из них у 15% — пограничный уровень, когда тревожные переживания имеют клинический уровень: напряжение, беспокойство и нервозность могут нарушать внимание, процессы тонкой координации движений, мешают осуществлять профессиональную деятельность; высокий уровень личностной тревожности был выявлен у 42% испытуемых, из них у 11% — пограничный уровень, когда большой круг ситуаций воспринимается как угрожающие, может приводить к невротическим срывам. В группе (работающие в других областях), высокие показатели реактивной тревожности выявлены лишь у 11% испытуемых, средние показатели реактивной и личностной тревожности — у большинства испытуемых. 47% испытуемых с низким уровнем реактивной тревожности в этой группе можно интерпретировать как слабо развитую ответственность и низкую заинтересованность в решении различных жизненных задач во время пандемии или как вытеснение тревожных переживаний.

Выводы. Пандемия разрушает привычные стереотипы поведения, ведет к выбору неадекватных копинг-стратегий, что проявляется либо в усилении тревожных переживаний (медицинские работники: показатели реактивной тревожности высокого уровня у 64% испытуемых), либо ведет к вытеснению тревоги, подавлению тревожных переживаний, отрицанию происходящего, растерянности (как у работающих в других областях: показатели реактивной тревожности низкого уровня у 47% испытуемых). При этом различия показателей тревожности в группах статистически достоверны (уровень значимости $p < 0,05$ по критерию χ^2).

* * *

РЕАБИЛИТАЦИЯ СПОРТСМЕНОВ-ВETERАНОВ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ САНАТОРИЕВ

Орджоникидзе З.Г., Гвинианидзе М.В., Павлов В.И., Бадтиева В.А., Иванова Ю.М., Деев В.В., Резепов А.С., Плотников С.Г.

ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения Москвы», Москва, Россия

Введение. Получающие санаторно-курортное лечение ветераны спорта представляют собой особый контингент как ментально, так и физически.

Цель исследования. Определить особенности подхода к реабилитации ветеранов спорта в условиях санаториев.

Материал и методы. Собственные наблюдения и данные современной литературы, посвященной санаторно-курортной и спортивной медицине, подвергнутые независимому анализу.

Результаты и обсуждение. Определение понятия «ветеран спорта» весьма многолико и многогранно. В условиях современного спорта, как мы считаем, он приобретает большую определенность. Ветераном спорта может считаться индивидуум, профессионально занимавшийся спортом, участвовавший в соревнованиях с целью получения дивидендов, а ныне утративший подобные качества.

Основные проблемы лечебных и реабилитационных мероприятий у ветеранов спорта связаны со следующими особенностями:

- 1) желание продолжать конкурентную спортивную активность в своей возрастной категории;
- 2) наличие анатомо-физиологического паттерна, отличного от физиологии среднестатистического индивидуума, определяющего патоморфоз нозологии спортсмена;
- 3) возрастная разнородность контингента — например, в художественной гимнастике предел карьеры примерно чуть выше 20 лет, тогда как в хоккее — старше 40 лет;
- 4) психологические особенности спортсмена.

Так, значительное количество спортсменов хотя и соревнуются, даже в преклонном возрасте. Не являются редкостью экс-спортсмены в возрасте старше 60 лет, которые бегут марафонские дистанции и проплывают значительные расстояния в открытой воде. Вместе с тем их медицинское сопровождение не детерминировано. Действительно, участие в ветеранских состязаниях является личным желанием спортсмена, а не профессиональной обязанностью. Кроме того, в данном возрасте у экс-спортсмена имеется, как правило, несколько нозологий, каждая из которых может воспрепятствовать допуску к спорту.

Выводы. 1. У ветеранов спорта имеется своя специфика в отношении здоровья и индивидуальных потребностей. 2. Патоморфоз большинства нозологий