

4.1. Реабилитация после перенесённого острого инфаркта миокарда.

Кроме соматических факторов риска на возникновение ОИМ влияют психологические факторы, в частности: эмоциональные перегрузки, их недооценка в период предвестников заболевания, аддиктивные тенденции в виде злоупотребления алкоголем, табаком, «бытовыми стимуляторами» - крепким чаем, кофе. Кроме того – это так называемый трудовольный темп жизни, с постоянной спешкой, нетерпением, авралами и цейтнотами, повешенное чувство ответственности. Отмечают главный лозунг, который «гонит больного навстречу инфаркту»: «надо успеть». Такие больные нередко склонны к отрицанию своих конфликтов, а порой и самой проблемы (гипонозогнозия или даже анозогнозия). В процессе психологической реабилитации, после основного периода лечения острого инфаркта, применимы сначала обучающие, ориентированные на симптом методики, с разъяснением и проработкой информации о необходимости соблюдения здорового образа жизни (так называемые «кардиошколы», «школы для больных, перенесших острый инфаркт миокарда и их родственников»). Кроме информирования пациентов и их близких об особенностях лечения, такие образовательные программы позволяют формировать необходимый комплайенс, приверженность назначенному курсу лечения и реабилитации, по сути – профилактику «диверсий больных против самих себя» в виде самостоятельного изменения в приёме лекарств или даже отказа от них (Аронов Д.М. и соавт., 2014). Другой, не менее важной задачей указанных образовательных мероприятий и программ является обучение больных и их близких методам самоконтроля состояния и оказания первой доврачебной помощи, а также – обучение навыкам преодоления негативных для здоровья стереотипов поведения. Такое обучение обеспечивает пациентам необходимую социальную поддержку, способствует улучшению качества жизни, сохранению и восстановлению трудоспособности (Аронов Д.М. и соавт., 2014).

На начальных этапах психокоррекционной работы рекомендуется избегать ситуаций с сильным сопротивлением, техник и приёмов, вызывающих сильные эмоциональные переживания. Затем, по мере готовности пациента к более глубокой и основательной работе над собой – могут использоваться методы работы с сопротивлением и переносом, транзактный и сценарный анализ, когнитивно-поведенческая, семейная психотерапия (Пономаренко Г.Н., 2023; Малкина-Пых И.Г., 2004). Особо стоит выделить группу больных, с развившимся так называемым кардиофобическим неврозом, в работе с которыми, кроме уже указанных методов и приёмов применима так называемая раскрывающая психотерапия, помогающая пациенту в преодолении конфликтной ситуации и ускорении процесса созревания личности (Малкина-Пых И.Г., 2004). Наиболее эффективными здесь могут быть варианты групповой терапии.

Известно, что на ухудшение соматического состояния больных, перенесших острый инфаркт миокарда, влияют ипохондрические страхи, опасения, с «самокопанием» в своих ощущениях (Тополянский В.Д., Струковская М.В., 1986). Значительное снижение жизненного тонуса, замедляющее выздоровление, может быть признаком маскированной депрессии. В таких случаях, кроме мер психологической помощи, рассматривается необходимость медикаментозного лечения депрессии. Тягостное сознание болезни, гиперболизированные представления о возможной инвалидизации или смерти, ощущение краха, крушения планов и надежд, ломка складывающихся десятилетиями стереотипов, чувство растерянности, когда *«защитный шар», который надувался верой в свои возможности, теперь проколот и как бы падает в бездну...* Депрессивная оценка перспектив ставит больного в ситуацию, когда прошлое осталось позади, будущего может не быть, а настоящее кажется совершенно неприемлемым (Тополянский В.Д., Струковская М.В., 1986). Наличие кардиофобической и депрессивной симптоматики, нередко с признаками диснозогнозии у больных, перенесших острый инфаркт миокарда, требует

комплексной психологической поддержки и кризисной психологической помощи на всех этапах лечения и реабилитации.

Важной и при этом деликатной проблемой реабилитации больных, перенесших острый инфаркт миокарда, считается возобновление сексуальной активности пациента. Риск развития сердечно-сосудистых осложнений на разных этапах лечения, специфические, не всегда оправданные и порой значительно выраженные тревоги, связанные с такой темой, требуют соответственного подхода со стороны врачей. Достаточно часто приемлемо привлечение к такой проработке вопросов партнёров пациентов.