

ФОРУМ

Долгосрочной Опеки

ISSN 2312-5713

ежеквартальный журнал № 2 (2)

июнь 2014

Депрессия

Современные методы

Позаботьтесь о себе!

seni

НАДЕЖНАЯ ЗАЩИТА И КОМФОРТ при недержании



ДЫШАЩИЙ ВНЕШНИЙ СЛОЙ

Паропроницаемый внешний слой позволяет коже «дышать», уменьшая тем самым риск возникновения раздражения кожи.



НЕЙТРАЛИЗАЦИЯ НЕПРИЯТНОГО ЗАПАХА

Антибактериальный суперабсорбент не только превращает жидкость в гель, но и нейтрализует неприятный запах.



ЭЛАСТОМЕРНАЯ ПРЯЖА БЕЗ ЛАТЕКСА

Все эластичные элементы изготовлены из эластомерной пряжи без латекса, что снижает риск возникновения аллергических реакций у людей, склонных к аллергии на латекс.



ПОВЫШЕННОЕ ЧУВСТВО СУХОСТИ

Распределяющий слой EDS из нетканого материала обеспечивает более быстрое впитывание и равномерное распределение влаги внутри изделия, что значительно повышает чувство сухости.



Широкий ассортимент впитывающих изделий Seni позволяет сделать оптимальный выбор в зависимости от индивидуальных потребностей.

Консультации по продукции и заказ бесплатных образцов по телефону горячей линии Seni:
8-800-200-800-3 (06:00-22:00, кроме выходных и праздничных дней. Звонки по России бесплатные), www.seni.ru

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.
ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ.

Учредитель:

Общество с ограниченной
ответственностью «БЕЛЛА Восток»

Генеральный директор —
Е. Горковенко

Юридический адрес:

140300, Российская Федерация,
Московская область, г. Егорьевск,
ул. Промышленная, д. 9

Редакция:

главный редактор К. Н. Кузнецова

Адрес редакции:

г. Москва, ул. Шипиловская, д. 28а
Тел./факс: +7 (495) 726-55-25

Адрес для писем и обращений:

115583, г. Москва, а/я 59
fdo@bella-tzmo.ru

Свидетельство о регистрации
средства массовой информации
№ ПИ № ФС 77-57052 от 25.02.2014 г.
выдано Федеральной службой
по надзору в сфере связи,
информационных технологий
и массовых коммуникаций

Тираж 1000 экз.

Цена свободная
16+

Отпечатано в типографии

ООО «АМП Групп»
129626, г. Москва, Графский
переулок, д. 9, стр. 3
Тел.: +7 (495) 795-23-70

Верстка и редакция:

компания «Человек слова»
www.redcorr.ru
e-mail: glavred@redcorr.ru
Тел.: +7 (495) 508-75-91

форум

Номер 2 (2), июнь 2014

Подписано в печать 30.05.2014

Выход в свет 20.06.2014

Использованы статьи из журнала
«МЕДИ: ФОРУМ ДОЛГОСРОЧНОЙ
ОПЕКИ» Общества долгосрочной
опеки и социальной помощи
«Дом под солнцем»
согласно лицензионному договору

Перепечатка, копирование или
размножение в любой форме
осуществляются только с разрешения
ООО «БЕЛЛА Восток»

Дорогие друзья!

Наступило долгожданное время путешествий и отпусков. Необходимо хорошо отдохнуть, набраться положительной энергетики и эмоций.

Предлагаем в этом номере познакомиться с современными способами профилактики и лечения депрессии, особенно важной темой для работников социальной сферы, испытывающих выгорание и стресс в связи с непростыми условиями труда. Кроме того, материалы этого журнала помогут любому человеку прислушаться к себе и предпринять простые и полезные шаги для укрепления своего эмоционального состояния.

Положительные эмоции — главное средство борьбы с депрессией и основа психического здоровья человека, именно поэтому в свежем номере мы рассказываем о ежегодном международном турнире Seni Cup для пациентов психоневрологических интернатов, организатором которых является TZMO SA.

ООО «БЕЛЛА Восток» выражает огромную благодарность авторам статей.

Редакция журнала
«Форум долгосрочной опеки»

содержание

Теория и практика

- 6 Несколько слов о депрессии
- 10 Современные методы психотерапии депрессии
- 12 Работники социальной опеки и профессиональное выгорание
- 15 Стресс на работе. Как лучше с ним справляться?
- 19 Заботиться не только о больном. Психологические аспекты хосписной помощи

Подопечные

- 23 Коммуникация с больными с нарушением понимания
- 27 Реабилитация инвалидов в ГБУСО МО «Колычёвский психоневрологический интернат»

По нашему мнению

- 31 Заботитесь о других? Позаботьтесь о себе!
- 34 Комфорт с Seni каждый день

О спорт, ты — мир

- 36 Seni Cup



Matoset

Наборы для проведения медицинских манипуляций и процедур:

- наборы перевязочных средств
- процедурные наборы
- наборы для проведения операций
- наборы одноразовых инструментов

Преимущества использования стерильных наборов Matoset:

■ безопасность

- гарантия микробиологической чистоты
- минимизация риска заражений
- гарантия стерильности до момента вскрытия единичной упаковки

■ комфорт в работе

- нет необходимости комплектовать, упаковывать, стерилизовать
- наборы имеют этикетку типа TAG

■ ЭКОНОМИЯ

снижение затрат:

- на приобретение нестерильного материала
- на упаковку для стерилизации, вспомогательные материалы (тесты для стерилизации, этикетки), а также на сам процесс

ООО «БЕЛЛА Восток»,
тел.: +7 (495) 726-55-25
www.matopat.ru

БЕЗОПАСНОСТЬ И КОМФОРТ В РАБОТЕ

ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

НЕСКОЛЬКО СЛОВ О ДЕПРЕССИИ

Барбара Лукавска,
клинический психолог Центра ухода и опеки в Торунь (Польша)

В последние годы все чаще говорят о депрессии. Ученые спорят о подходах к ней. Одни считают, что болезнь недооценивают и диагностируют реже, чем следовало бы, а именно — лишь у пятой части людей, нуждающихся в антидепрессивном лечении. Другие опасаются гипердиагностики и риска лечения обычной физиологической угнетенности. Поскольку даже специалисты не могут прийти к единому мнению по этому вопросу, как мы можем с уверенностью отличить обычную грусть от униполярного аффективного расстройства? Нет четкой границы между обычной угнетенностью и депрессией. Тем не менее внимание к некоторым особенностям поможет диагностике.

Распространенность депрессии

Депрессия из психических заболеваний встречается чаще всего. Годичная заболеваемость среди взрослых — 6—20 %. Среди пожилых людей она достигает 15 %. Наиболее тяжелая группа — пациенты больниц и жители домов социальной опеки: 25—50 % испытывает депрессивные нарушения настроения. После 50 лет депрессия становится одной из основных причин госпитализации и женщин, и мужчин. Из данных Всемирной организации здравоохранения следует, что депрессия сегодня находится на четвертом месте по серьезности среди проблем со здоровьем в мире. Женщины заболевают в 2—3 раза чаще мужчин. Более высокие показатели распространенности депрессии в сравнении с данными прошлых лет — это результат расширения диагностических критериев, лучшей диагностики депрессивных состояний, а также реального роста заболеваемости. Последнее вызывается, в частности, увеличением средней продолжительности жизни, большей распространен-

ностью патогенных экологических факторов (миграция населения, отсутствие чувства безопасности, одиночество), а также ростом количества химических соединений депрессогенного действия (включая некоторые лекарства).

Причины депрессии

На данный момент единую конкретную и точную причину определить не удалось. Попробуем выяснить, в чем разница между угнетенностью и депрессией.

В настоящее время исследователи феномена депрессии склонны признавать, что ее источники следует искать в комбинации нескольких факторов:

- генетических;
- биологических;
- социальных;
- психологических.

1. Генетические факторы

Наблюдения врачей давно показывают, что депрессия имеет генетический фон. Однако конкретные гены и способ наследования не определены. Возможно, за развитие депрессии отвечает не один ген, а их комбинация. Больше всего сведений дают распространенные исследования однояйцовых близнецов, чей генетический материал

на 100 % идентичен. Исследования показывают, что, если один из близнецов заболевает депрессией, вероятность развития ее у другого близнеца достигает 67—76 % — в зависимости от того, воспитывались они вместе или отдельно. Это же подтверждает важность экологических факторов. В семьях лиц, подверженных депрессии, зачастую встречаются люди, страдающие аффективным униполярным (депрессией) или биполярным расстройством. Информации на тему нарушения настроения не так много, и важно обратить внимание на то, есть ли в семье зависимость. Зачастую депрессия приобретает форму именно зависимости, а прием психоактивного вещества становится способом «самолечения».

Генетическая гипотеза не получила полного научного подтверждения. Исследователи доказали, что проявление болезни в последующих поколениях существенно зависит от экологических факторов. Это показывает, до какой степени взаимозависимы причины депрессивных нарушений.

2. Биологические факторы

Биологические исследования связаны с определением нарушения функций организма, которые приводят к развитию депрессии. Наиболее популярные теории описывают нарушения работы лимбической системы, передачи нервных импульсов и гормональные нарушения.

Лимбическая система состоит из кортикальных и субкортикальных структур и играет ключевую роль в контроле настроения и реакции на стресс. Одна из основных ее

Показатели	Угнетенность	Депрессия
Ощущения	Плохое самочувствие, хандра	Грусть, угнетенность
Продолжительность	Краткая (часы)	Долгая (недели, месяцы)
Ощущение болезни	Обычно не возникает	Возникает часто
Дезорганизация сложной деятельности	Обычно не возникает либо незначительная	Возникает часто
Эффективность фармакотерапии	Роли не играет	Приносит облегчение

частей — гипоталамус, регулирующий температуру тела, аппетит, сон, сексуальное влечение. Он также участвует в гормональном регулировании организма. Для управления эмоциями также важны гиппокамп и миндалевидное тело. Нарушения лимбической системы приводят к изменениям настроения и поведения.

Большую роль в этиологии депрессии исследователи приписывают гормонам. Эндокринная система состоит из желез, размещенных по всему организму (щитовидная железа, надпочечники, яичники, яички), причем большинство органов, выделяющих гормоны, контролирует нервная система с помощью гипоталамуса и гипофиза. Исследования подтверждают, что нарушения гормонального регулирования связаны с депрессией, и наиболее убедительно доказывают влияние на болезнь секреции кортизола.

Наиболее популярная теория, которую подтверждает механизм действия антидепрессантов, — это теория трех моноаминов, которые служат нейромедиаторами в нервной системе. Наиболее важными считают серотонин, норадреналин и допамин. Болезнь возникает, когда равновесие между ними нарушается. Если упростить, серотонин влияет на настроение и беспокойство, норадреналин — на количество энергии (так называемую движущую силу), а допамин отвечает за удовольствие.

3. Социальные факторы

Теория влияния среды считает депрессивные нарушения результатом воздействия на человека социоэкономических факторов. Среди них ученые чаще всего на-

зывают безработицу, финансовые и семейные проблемы, развод или разрыв отношений, смерть любимого человека, одиночество или изоляцию. Все это в итоге может привести к ситуации, с которой человек не может справиться, она его перерастает. Такая последовательность событий необязательно приводит к депрессии, но такое случается, и ее называют одной из возможных причин.

4. Психологические факторы

У многих людей, страдающих депрессией, можно обнаружить следующие черты характера: низкая самооценка, пессимистичный взгляд на себя и на мир, склонность преувеличивать трудности, гиперреакция на стресс, чрезмерная чувствительность к неприятию, зависимость от других, убежденность человека в том, что он лучше других или не такой, как все.

Когнитивная теория депрессии, разработанная Аароном Бекком, исходит из того, что причина болезни — негативные мысли, возникшие на основе дисфункциональных убеждений. Теория различает три основных области таких убеждений:

- ▶ вы убеждены в собственной ущербности;
- ▶ вы не верите, что можете чего-то добиться;
- ▶ вы не верите в будущее.

Бек в своей теории доказывает, что больные депрессией пользуются так называемыми депрессогенными схемами мышления. Они отбрасывают позитивные наблюдения и могут принимать лишь негативный образ себя. Это отражается на мышлении людей: оно пронизано пессимизмом и мрачными образами, которые относятся к трем

сферам жизни, выделенным Бекком: к собственной личности, к окружению и к будущему. Больные депрессией негативно оценивают свои действия, усилия и шансы. Такой образ себя при способствующих обстоятельствах может стать причиной депрессивных нарушений.

Еще одной причиной депрессии иногда становится «усвоенная беспомощность». Это убежденность больных в том, что они не влияют на собственную жизнь. Человеку кажется, что его действия не приносят результата. Он перестает верить, что в будущем ситуация может измениться. Такой образ действий и мышления может вести к апатии, прекращению социальных контактов и депрессии.

Психоаналитическая теория гласит, что источник депрессии находится в разочаровывающих или неприятных событиях детства (включая нарушения связи между ребенком и родителем). Причины депрессии усматриваются в пережитой в прошлом потере близкого человека (или абстрактной потере, например мечты или представлений о мире).

Следует помнить, что границы между данными категориями размыты. У некоторых больных могут



© PressFoto/yekostock



© PressFoto/logoboom

существовать две или даже три группы причин. Поэтому необходим комплексный подход при диагностике и терапии, учитывающий механизмы возникновения депрессивных состояний. Сужение видения до одного причинного фактора опасно в принципе и может плохо отразиться на результатах лечения.

Факторы риска

В отношении депрессии следует помнить о факторах риска:

- ▶ пол — депрессия у женщин случается в 2—3 раза чаще, чем у мужчин;
- ▶ случаи болезни или попыток самоубийства у других членов семьи;
- ▶ период родов и перинатальный период, менопауза, болезни обмена веществ, в частности гормональные нарушения, операции, травмы головы и употребление лекарств — гормональных, например глюкокортикоидов, женских половых гормонов, некоторых гипотензивных, холинолитических и холинергических средств;
- ▶ стресс, связанный с утратой близких, разводом, кризисами в семье, безработицей.

Следует все же помнить, что зачастую депрессия может происходить без определенных причин, также вне связи с психологическими травмами.

Симптомы депрессии

Депрессия в медицинском понимании — это болезненное падение

настроения на долгое время (недели, месяцы), которое чаще всего сопровождается дезориентацией всех видов активности, ощущением собственной несостоятельности и (зачастую) болезни. Пациент испытывает грусть, упадок сил. Сфера интересов и внимание человека сужаются, нередко даже после небольшого усилия возникает усталость, сопровождаемая ангедонией, т. е. неспособностью радоваться. Постоянные спутники депрессии — нарушения сна и аппетита. Снижается самооценка, возникает безосновательное, иррациональное чувство вины и убежденность в своей неполноценности. Падение настроения не зависит от текущих событий и не подвергается существенным изменениям в последующие дни.

К основным симптомам депрессивного синдрома следует отнести:

- ▶ падение основного настроения, грусть, угнетенность, невозможность испытывать радость, счастье или удовольствие от действий, которые когда-то приносили их (ангедония);
- ▶ снижение интенсивности и скорости психических процессов, проявляется следующим образом: замедляется скорость мышления, ослабевают память, возникает ощущение ухудшения интеллектуальных способностей, замедляются движения, что иногда достигает уровня двигательного торможения (у некоторых больных вместо замедленности движений возникает дисфория);
- ▶ нарушение биологических ритмов, в частности сна и бодрствования, по двум основным сценариям: увеличение потребности в сне или существенное сокращение продолжительности ночного сна и ослабление его глубины с частыми просыпаниями, ранним утренним вставанием и ночными кошмарами; еще одно проявление — суточные колебания настроения с ухудшенным самочувствием с утра и ослаблением симптомов к вечеру, а также часто проявляющееся у женщин нарушение менструального цикла;

▶ как правило, страх наблюдается в так называемой вялотекущей форме, с волнообразным усилением, зачастую локализуемый больными в области предсердия или верхней части живота.

Кроме вышеописанных основных симптомов, при депрессии возникает ряд специфических признаков и проявлений. Это головные боли, запоры, потеря аппетита и веса, сухость слизистой полости рта, ослабление полового влечения. Мышление больных обычно характеризуется следующим: депрессивные оценки (отрицательная оценка себя, своих действий, здоровья), пессимистичные размышления о прошлом, будущем и настоящем. Пациенты часто говорят, что видят мир в черных или серых тонах. Иногда возникают ипохондрические иллюзии, нигилистическое чувство вины и наказания. В более легких случаях снижается активность, в более тяжелых человек отказывается от любой деятельности.

Опекуны больного должны помнить, что пациента не следует угнетать избыточной активностью. Депрессия вызывает заметное психомоторное замедление.

Методы лечения депрессии

Лечение депрессии состоит в первую очередь в фармакотерапии. Тем не менее пациенты зачастую не соглашаются применять психотропные средства, им трудно признать депрессию болезнью, они боятся зависимости и необратимости побочных эффектов и не знают механизма действия антидепрессантов. Сложно согласиться с тем, что какие-то таблетки способны повлиять на чувства грусти, безнадежности или вины, так же, как трудно поверить, что эти ощущения возникают из-за нарушенного взаимодействия между нервными клетками. Опасения, связанные с лечением, совершенно необоснованны. Современные антидепрессанты высокоэффективны, не вызывают зависимости, безопасны, у них мало побочных действий. Поскольку антидепрессанты начинают действовать через 2—4 недели

и для того, чтобы избежать рецидива после исчезновения симптомов, лекарства необходимо принимать строго под контролем лечащего врача.

Дополнительное лечение — психотерапия. Она состоит в применении психологических способов воздействия. Основная форма — беседа с врачом, прошедшим специальную подготовку. Существует групповая и индивидуальная психотерапия. Формы психотерапии зависят от теоретического подхода, поэтому есть возможность выбора соответствующего вида лечения. Психотерапия непосредственно происходит от психоанализа Зигмунда Фрейда и является комплексом методов, позволяющих устранять нарушения психологической природы. В настоящее время используют несколько сотен психотерапевтических техник (например, интерперсональную, гештальт-, когнитивно-бихевиоральную терапию). Терапия должна быть вспомогательным, а не основным и единственным средством лечения.

Цели психотерапии: смягчение или устранение симптомов психопатологии, развитие понимания больным их сущности, развитие ощущения влияния, закрепление самосознания, рост опирающейся на реальность самооценки, улучшение способности различения эмоций и управления ими, увеличение силы эго и психологической цельности, развитие способности к любви, труду и доверию к другим, а также к адекватному ощущению удовольствия и покоя. Существуют количественные и качественные исследования, подтверждающие положительное влияние динамической психотерапии на психическое здоровье. Основа для эффективного лечения депрессии — сотрудничество врача и пациента, поддержка семьи и друзей.

Наиболее распространенная и признанная когнитивно-бихевиоральная терапия депрессии — терапия Бека. Терапевтическое воздействие основано на уничтожении

негативного образа личности пациента и когнитивных искажений. Терапевт нацелен на устранение логических ошибок и иллюзий, возникающих в ходе умозаключений. Основные цели терапии:

- ▶ идентификация иррациональных убеждений;
- ▶ замена иррациональных убеждений рациональными.

Указания для больного, его семьи и опекунов

Понимание депрессии требует от окружающих больного усилий.

▶ Ближним кажется, что больному достаточно просто взять себя в руки. Однако если бы больной действительно мог взять себя в руки, позитивно мыслить и вести полноценную жизнь, он не страдал бы депрессией и не нуждался бы в лечении.

▶ Опекун должен позаботиться о том, чтобы больной регулярно консультировался с врачом.

▶ Важно сохранение по крайней мере базовой активности, такой как уход за собой или прогулки.

▶ Опекуны больного депрессией должны прежде всего помнить, что пациента не следует угнетать избыточной активностью. Депрессия обычно вызывает заметное психомоторное замедление. Это означает, в частности, что больной может испытывать существенные трудности в понимании того, что вокруг него происходит. Если его окружить избыточной заботой, он может испытывать потерянность и еще большую беспомощность.

▶ Оказывая помощь, нельзя забывать о различиях между помощью и «выручкой». Если помощь будет настолько интенсивной, что исключит любые действия больного, это может ненадолго улучшить его удобство, но в перспективе — существенно нарушит его выздоровление.

▶ Не следует осчастливливать насильно. Несмотря на то что мы имеем дело с человеком, больным депрессией, действия и идеи которого не всегда рациональны, нельзя заранее решать, что человек с депрессией вообще не



знает, что для него лучше, и что опекун должен сам за него это решать. Возможно, пациент, чтобы его оставили в покое, согласится с любыми вашими предложениями; но сомнительно, что позже он почувствует себя так хорошо, как вам бы этого хотелось.

▶ Нужно запастись терпением. Лечение депрессии — медленный процесс, и помощь близких и опекунов может понадобиться в течение недель или даже месяцев. Тот, кто быстро потеряет терпение, может оставить пациента наедине с собой именно в момент, когда тот более всего нуждается в помощи.

▶ Следует избегать клише и банальностей. Это очень отталкивает больных, приводит к тому, что они чувствуют себя еще более непонятыми и одинокими.

▶ Лечение всегда требует усилий, но мы должны помнить о главной ценности — восстановлении здоровья. Взаимодействие больного, его близких и психиатра победит депрессию. Мужества вам!

Литература

1. Bilikiewicz A. Psychiatria-podręcznik dla studentów medycyny, Wydawnictwo Lekarskie. Warszawa: PZWL, 1998.
2. Czabała J. C. Czynniki leczące w psychoterapii. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 1997.
3. Grzesiuk L. Psychoterapia. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2000.
4. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób Psychiczych i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne «Vesalius», 1997.
5. Pużyński S. Depresje i zaburzenia afektywne. Warszawa: PZWL, 1996.
6. Pużyński S. Depresje. Warszawa: PZWL, 1988.
7. Rosenhan D. L., Seligman M. E. P. Psychopatologia. Warszawa: Wydawnictwo Polskie Towarzystwo Psychologiczne, 1994.
8. Świącicki Ł. Depresja — poradnik dla pacjentów i ich rodzin. LUNDBECK 2008.
9. Świącicki Ł. Depresja. Zwykła choroba. Wrocław: Elsevier Urban & Partner, 2010.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ депрессии

Михаил Валерьевич Бурдин,

врач-психотерапевт, кандидат медицинских наук, старший преподаватель кафедры общей и клинической психологии Пермского государственного национального исследовательского университета

Депрессия в современном мире становится одной из самых значительных проблем здравоохранения. Это одна из самых распространенных болезней, которая, однако, очень часто не распознается, маскируясь под другие заболевания, и такие пациенты длительное время проходят лечение по поводу соматической или неврологической патологии.

С точки зрения медицины, депрессия — это психическое расстройство эмоциональной сферы, основное проявление которого в типичных случаях — стойкое снижение настроения, угнетенность, переживание тоски, тревоги, вины и т. д. Кроме того, для депрессии характерно снижение активности, нарушение некоторых других функций организма (сна, аппетита, сексуального влечения и т. д.). Важно, что депрессия сопровождается характерным устойчивым негативным, пессимистическим образом мыслей. Таким образом, хотя это и эмоциональное расстройство, нарушения мышления при депрессии также значительны, более того, по мнению многих исследователей, являются ведущими. Все это ведет к снижению поведенческой активности. Итак, депрессия имеет проявления мыслительные, физиологические, эмоциональные и поведенческие.

Проблема лечения депрессии решается в настоящее время двумя подходами. Первый — совершенствование психофармакологической помощи, разработка новых антидепрессантов. Второй — психотерапевтическая помощь.

При всей перспективности, а в некоторых случаях и незаменимости терапии антидепрессантами, следует заметить, что в настоящее время психотерапия в комбинации с фармакологическим лечением или как монотерапия является ведущим и наиболее обоснованным подходом к терапии депрессивных пациентов. На то есть несколько причин.

1. Несмотря на успехи психофармакологии, не удается создать абсолютно эффективный антидепрессант, который позволил бы гарантированно справиться с депрессивной симптоматикой у любого пациента. По современным данным, от 20 до 40 % пациентов не получают эффекта даже при применении наиболее современных антидепрессантов.

2. Терапия антидепрессантами, даже успешная, не решает вопрос профилактики рецидива заболевания, поскольку пациент остается уязвимым к разнообразным стрессовым факторам и не имеет навыка справляться с ними самостоятельно, а со временем ощущает себя беспомощным и вынужден прибегать к приему антидепрессантов снова и снова.

3. Психотерапия — единственный вариант помощи пациентам и их семьям в том случае, если один из факторов развития заболевания — семейная ситуация, интерперсональные взаимоотношения.

4. Психотерапия остается единственным вариантом помощи пациентам, у которых существует непереносимость препаратов или которые по каким-то причинам отказываются их принимать.

Таким образом, поиск оптимальных и эффективных психотерапевтических методов становится актуальнейшей задачей. Оптимальный психотерапевтический подход должен отвечать нескольким требованиям. Он должен быть: относительно краткосрочным; эффективным (что доказано научно); сочетаемым с психофармакотерапией; безопасным для пациента. В настоящее время существует несколько активно развивающихся подходов к психотерапии депрессии, отвечающих этим требованиям.

Когнитивно-поведенческая терапия. Это психотерапевтическое направление во главу угла при рассмотрении психических расстройств ставит нарушение когнитивных (познавательных) процессов, способов, которыми пациент перерабатывает информацию. Особенности этих процессов определяют эмоциональный и поведенческий ответ человека на события. Один из основателей этого подхо-

да, А. Бек, именно на основании изучения депрессии сформулировал главные принципы когнитивной терапии. В частности, он выявил так называемую негативную когнитивную триаду, которая вошла в научную литературу как триада Бека. Суть ее в следующем: пациент с депрессией воспринимает происходящее вокруг него и в его жизни предвзято, сквозь призму определенных, жестких, ригидных установок или убеждений. Они касаются трех сфер: представлений о себе («я никчемный, глупый, непривлекательный»), об окружающем мире («люди вокруг отвергают меня, настроены критически») и о будущем («ничего хорошего меня не ждет, изменения к лучшему невозможны»). Под влиянием этих убеждений мышление приобретает тенденциозный характер, когда даже нейтральные и позитивные события трактуются в негативном, искаженном ключе, усугубляя депрессивное состояние. Например, повышение по службе воспринимается как ситуация, когда «я непременно обнаружу свою некомпетентность, подведу людей, которые меня назначили» и т. д.

Терапия строится на развитии навыков обнаружения этих когнитивных искажений, как правило типичных для каждого пациента, стимулирования их эмпирической проверки и опровержения. Для этого используется множество когнитивных и поведенческих техник. Преимущество этого метода, сделавшего его ведущим в терапии депрессивных расстройств, помимо обширной доказательной базы — краткосрочность (15—20 сессий в неосложненных случаях) и развитие навыков самопомощи, препятствующих рецидиву болезни.

Интерперсональная терапия. Центральная идея метода — обнаруженный в клинических наблюдениях и подтвержденный научно факт, что в развитии депрессии большое значение имеет качество межличностных, интерперсональных отношений, ситуации

в ближайшем круге пациента. Интерперсональная терапия направлена в первую очередь на изучение и поддержку в решении актуальных проблем больного, страдающего депрессией, — реакций утраты, межличностных конфликтов, болезненное переживание смены социальных ролей или переживание одиночества. Важная роль принадлежит формированию качественных отношений в диаде «психотерапевт — пациент», эти отношения рассматриваются как один из ведущих терапевтических факторов. Интерперсональная терапия близка к когнитивной в том числе и своей четкой структурированностью и краткосрочностью.

Системная семейная терапия также сконцентрирована на изучении взаимоотношений в микро-социальном окружении человека, страдающего депрессией. Своеобразие этого подхода в том, что семья пациента рассматривается как замкнутая система, в которой существуют устойчивые, воспроизводимые в разных ситуациях шаблоны взаимодействий. Эти шаблоны, или паттерны, приводят в ряде случаев к развитию эмоционального расстройства. Соответственно, помощь депрессивному больному может быть оказана только путем выявления и преодоления деструктивных способов семейного функционирования, а для этого необходимо консультирование всех членов семьи. Именно семья, а не отдельный ее член, рассматривается как объект психотерапевтического вмешательства.

Краткосрочная психоаналитическая терапия. В отличие от классического психоанализа, который не направлен напрямую на уменьшение психопатологической симптоматики и не может считаться эффективной современной формой помощи при депрессии, краткосрочные варианты психоаналитической терапии (20—40 сессий) применяются при лечении этих состояний. Эта терапия базируется на основных психоаналитических

принципах — ведущая роль в развитии болезни принадлежит бессознательному, возникшему в детстве интрапсихическому конфликту, который может быть проанализирован путем воспроизведения его в терапевтических отношениях с психоаналитиком («неврозе переноса») и изучения сопротивления пациента терапии. Краткосрочная психоаналитическая терапия более сфокусирована на актуальном страдании пациента, чем психоанализ, позиция аналитика более активна, он использует приемы, стимулирующие развитие феноменов переноса и сопротивления. Осознание причин своего состояния приводит к ослаблению депрессивной симптоматики. Таким образом, особенно в случае неглубоких депрессивных состояний, этот вид терапии также эффективен и перспективен для дальнейшего изучения.

Нетрудно заметить, что, несмотря на своеобразие и разницу в теоретических основах разных терапевтических подходов, существуют общие так называемые «мишени» психотерапевтического воздействия, которые являются точкой приложения сил для работающего с депрессивным пациентом специалиста, какой бы теоретической ориентации он ни придерживался. Поэтому перспектива развития психотерапевтической помощи при депрессии состоит в интеграции, взаимопроникновении различных психотерапевтических школ. ■



© PressFoto/KrutoEva

РАБОТНИКИ СОЦИАЛЬНОЙ ОПЕКИ и профессиональное выгорание

Анна Росинска,
психолог, терапевт (Польша)

Я работаю психологом в доме социальной помощи интеллектуально неполноценным лицам более семи лет: достаточно долго, чтобы заметить изменения в моих реакциях и подходе к подопечным. Но это касается не только меня; похожие изменения я наблюдаю и у других работников. Они касаются различных аспектов: энтузиазма в работе, идей, терпения при выслушивании историй подопечных, интереса к ним и пр. Связаны ли эти изменения каким-то образом с так называемым профессиональным выгоранием? Как увидеть, что эта проблема коснулась и меня? Что нам следует делать, чтобы не испытывать негативных последствий профессионального выгорания? Как справиться с работой, требующей постоянного контакта с человеком, которому нужны внимание и забота? На эти вопросы я постараюсь ответить в данной статье.



© PressFoto/ClipDealer/Erwin Wodicka

Что такое профессиональное выгорание

Это словосочетание стало весьма популярным в последние годы, хотя в словарь современной психологии попало благодаря американскому психиатру Герберту Фрейденбергеру в 1974 г. В статье, опубликованной в «Журнале социальных проблем» (Journal of Social Issues), он

назвал выгоранием истощение человека из-за чрезмерной нагрузки в физической или социальной рабочей среде [1]. Он описывал работу волонтеров в центре реабилитации наркоманов. Эта деятельность была столь изматывающей, что, несмотря на энтузиазм и увлеченность, волонтерам не удавалось достичь успеха в работе с зависимыми. Фрейденбергер работал там же и наблюдал у волонтеров постепенную, но довольно быструю потерю энергии и исчезновение интереса к работе. Казалось, что отдача, получаемая волонтерами, была существенно меньше вкладываемых ими усилий.

В тот же период профессиональное выгорание исследовала Кристина Маслач (Christina Maslach), проводившая интервью с сотнями работников здравоохранения. Она сделала вывод, что эмоции, воз-

никающие при взаимодействии по долгу службы с больными людьми, могут быть источником очень сильных, временами почти парализующих напряжений. Такое хроническое напряжение вело к тому, что люди, изначально любившие свою работу, чувствовали эмоциональное истощение и утрату любых чувств [2]. Маслач определяет профессиональное выгорание как синдром эмоционального истощения, деперсонализации и ослабленного ощущения личных достижений, которые могут происходить у людей, так или иначе работающих с другими людьми [4].

В данном контексте можно сказать, что профессиональное выгорание — это не только хроническая усталость от работы, но также комплекс ряда других симптомов. О нем можно говорить в случаях, когда лица, задействованные в определенных предприятиях, теряют мотивацию к работе, а также испытывают эмоциональное, психическое и физическое истощение.

Кто сильнее подвержен возникновению данного синдрома

Профессиональное выгорание типично в социальной сфере. В группе риска находятся врачи, медсестры, психологи, психиатры, работники социальной опеки, профессиональные консультанты, судебные кураторы, тюремный персонал, священники. Это именно те профессии, где происходит



© PressFoto/Nejron

тесный эмоциональный контакт с другими людьми, зачастую с больными, неполноценными или страдающими, которые требуют вникать в их проблемы.

Признаки профессионального выгорания

Комплекс симптомов развивается очень медленно и вначале может быть даже незаметным для нас. Однако о профессиональном выгорании свидетельствуют многие тревожные сигналы. Симптомы, которые должны нас беспокоить, можно поделить на четыре группы:

- ▶ **физические:** постоянное ощущение усталости, нарушения сна и аппетита, частые простуды, различного рода боли, снижение сексуальных потребностей, сонливость;

- ▶ **эмоциональные и бихевиоральные:** долгое ухудшение настроения, раздражительность, эмоциональная неустойчивость, негативное мышление, общее разочарование, страхи, ощущение бессмысленности и пустоты, импульсивное и агрессивное поведение, утрата самоконтроля, проблемы с расслаблением, ощущение одиночества, перегрузки, безнадежности;

- ▶ **семейные и общественные:** ослабление интереса к членам семьи, легкая гневливость и раздражение из-за близких, уход от контакта с ними, усиление стресса, сопровождающего решение ежедневных проблем, снижение чувства поддержки;

- ▶ **профессиональные:** утрата энтузиазма, ощущение бессмысленности действий, растущее понимание некомпетентности, трудности в завершении начатого, нежелание идти на работу и находиться там, отношение к пациентам как к предметам, нетерпение в контакте с ними, ощущение вины в отношении пациентов, растущая неудовлетворенность работой, ощущение потери контроля над происходящим, отсутствие сил что-либо изменить, сообщение пациентам о своих личных делах или уход от контакта с ними.

Причины профессионального выгорания

Можно говорить о трех группах причин — чем больше факторов, тем больше вероятность профессионального выгорания:

1. **Индивидуальные.** Низкая самооценка, неуверенность, уступчивость, зависимость, ощущение слабой эффективности, перфекционизм [3]. Люди, уверенные, что от них многое зависит, требовательные к себе, берущие слишком много обязанностей, подвержены очень высокому риску профессионального выгорания.

2. **Межличностные.** Принятие проблем подопечных слишком близко к сердцу, чрезмерная во-

влеченность в решение их вопросов, позволение нарушать свои личные границы, неспособность решать проблемы, сотрудничать, соперничество, словесная агрессия, конфликты с коллегами.

ТЕСТ НА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ

Отвечая на вопросы, учитывайте, что чем в большей степени к вам относится данное утверждение, тем большее число баллов следует указать. Оценка по пятибалльной шкале (1 — это ко мне не относится; 5 — относится в полной мере)

1.	Я быстро утомляюсь.	
2.	Я меньше уделяю внимания внешнему виду.	
3.	Я работаю больше, но моя продуктивность определенно уменьшается.	
4.	Я начинаю сомневаться в том, что моя работа кому-нибудь нужна.	
5.	Я без особого повода испытываю меланхолию и угнетенность.	
6.	Я иногда забываю о встречах и просроченной задолженности. Люди меня раздражают.	
7.	Я мало провожу времени с семьей и друзьями.	
8.	Я легко простужаюсь.	
9.	Я ничего не успеваю.	
10.	Мне все хуже удается распорядиться свободным временем.	
11.	Я редко смеюсь, меня не веселят анекдоты и телевизионные комедии.	
12.	Не переношу, когда надо мной шутят.	
13.	Не помню, когда я последний раз занималась(-ся) сексом.	
14.	Не хочу ни с кем общаться.	

ИТОГИ

14—20 баллов — признаки профессионального выгорания слабые или отсутствуют.

21—35 баллов — рост симптомов профессионального выгорания, возникают тревожные сигналы, которые должны заставить задуматься.

Более 42 баллов — средняя интенсивность симптомов.

36—54 балла — риск профессионального выгорания, много тревожных сигналов.

55—70 баллов — высокая степень профессионального выгорания, пора серьезно собой заняться.



© PressFoto/sernovik

3. Организационные. Слишком широкая сфера обязанностей при ограниченном времени, ощущение недооценки на месте работы, сомнения в компетентности работников, предъявление работодателем противоречивых требований, отсутствие поддержки и возможности повышения квалификации, приобретения новых умений.

Как противостоять профессиональному выгоранию?

Если мы хотим помогать другим, получать удовлетворение от работы и видеть положительные результаты своего труда, следует научиться противостоять профессиональному выгоранию. Основная рекомендация, которую нужно принять как обязанность для всех, кто работает с другими людьми: *хочешь заботиться о других — умей прежде всего позаботиться о себе*, а не наоборот. Выражение «из пустого и Соломон не нальет» полностью применимо к нашей работе с другими людьми. Если другой человек для меня не ценен, я не могу относиться к нему с уважением. Если я хочу, чтобы другие интересовались мной и обращали внимание только на меня, я не смогу найти терпения, чтобы выслушать других.

1. Познайте самого себя — задумайтесь над целями и приоритетами.

Задайте себе вопросы, о которых вы забыли или которые никогда себе не задавали. Хочу ли я этим заниматься? Что я могу изменить, чтобы работа перестала быть для меня обузой? Какие изменения зависят, а какие — не зависят от моей воли? Как я представляю себе мою профессиональную карьеру через десять лет? Буду ли я ею доволен?

2. Наметьте реалистичные цели. Задумайтесь над подходом к своим обязанностям, насколько они соответствуют реалиям, а насколько вытекают из амбиций, перфекционизма, желания соперничать с другими. Определите также пределы своих возможностей и старайтесь не выходить за их рамки.

3. Задумайтесь о том, ведете ли вы здоровый и гигиеничный образ жизни.

То, как вы относитесь к своему телу, важно и для вас, и для других. Обратите внимание на то, что и когда вы едите; достаточно ли вы спите, чтобы как следует отдыхать; достаточно ли вы заботитесь о себе; помните ли вы о необходимости частой физической активности и пр.

4. Отдыхайте.

Если вы не можете найти время, чтобы обрести равновесие, вы будете бесполезны для других.

5. Действуйте ассертивно.

Живите в согласии со своими ценностями, без агрессии и чрезмерной податливости.

6. Примите то, что невозможно все контролировать и часто нужно обращаться за помощью к другим.

Оцените работу в команде.

7. Не делайте ничего через силу. Не действуйте вопреки своей природе. Не следует считать, что вы лучше знаете, что нужно вашим подопечным. Научитесь прислушиваться и принимать их точку зрения.

8. Учитывайте отзывы коллег.

Они могут оказаться чрезвычайно полезными.

9. Помните, век живи — век учись.

Мы можем менять подход и учиться у других.

10. Не допускайте нарушения границ своей личности.

Свободное время — это время, с которым вы можете делать, что захотите.

11. Попробуйте новые способы управления стрессом.

Наверняка у вас есть проверенные методы. И все же узнайте, что помогает другим расслабляться, и проверьте, подходит ли вам этот способ.

12. Подберите хобби.

Это отлично тренирует ум.

13. Старайтесь быть гибче.

Рассматривайте проблему с разных точек зрения.

14. Осознайте свои недостатки и примите их.

Это научит вас большей терпимости к подопечным, которые часто проявляют слабость и переживают поражения.

15. Будьте добрым и доброжелательным к себе и другим.

В работе с другим человеком мы рискуем попасть во всевозможные обременительные ситуации. Мы можем защитить себя от синдрома профессионального выгорания, если понимаем причины стресса и эффективно справляемся с ними, если мы в состоянии на ранней стадии распознать тревожные сигналы, наконец — если мы заботимся о себе и стараемся поддерживать равновесие в жизни.

Профессиональное выгорание — это изменения, которыми нельзя пренебрегать. Даже первые симптомы могут стать важным сигналом организма. Возможно, пришло время позаботиться о себе и проанализировать свои действия.

Литература

1. Biłska E. Jak Feniks z popiołów czyli syndrom wypalenia zawodowego // Niebieska Linia. 2004. № 4.
2. Maslach C. Wypalenie w perspektywie egzystencjalnej. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2000
3. Sęk H. Wypalenie zawodowe. Przyczyny, mechanizmy, zapobieganie. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2000.
4. Tucholska S. Christiny Maslach koncepcja wypalenia zawodowego // Przegląd Psychologiczny. 2001. № 3. С. 25—57. ■

СТРЕСС НА РАБОТЕ

Как лучше с ним справляться?

Майя Хайн,
клинический психолог (Польша)

По определению, стресс — это реакция организма на «неблагоприятные» раздражающие (в основном внешние) факторы окружающей среды, благодаря которой организм может адаптироваться к новым условиям. Переживание стресса организмом выполняет адаптационную функцию.

Реакция на стресс — это взаимодействие следующих факторов:

- ▶ раздражители окружающей среды — то, что с нами происходит, или, как нам кажется, может с нами случиться;
- ▶ наша оценка ситуации (когнитивная оценка);
- ▶ физиологическая и психологическая реакция организма.

Что произойдет в результате этого взаимодействия, т. е. каким будет поведение, главным образом зависит от того, как мы оцениваем ситуацию. Раздражители, действующие на организм и вызывающие стрессовую реакцию, мы называем стрессовыми. Все, что происходит в организме (ригидность мышц затылка, ускорение пульса, усиленное потение), информирует мозг о том, что происходит что-то нехорошее. Эти сигналы приводят к нажатию «кнопки тревоги», запускается длинная цепь реакций, свидетельствующих о готовности к борьбе или бегству. Выделяется адреналин, позволяющий организму работать на самых высоких обо-

Слово «стресс» широко известно и используется в любой среде, где мы живем. Мы часто слышим его или рассказываем близким: «Сегодня у меня был стрессовый день на работе», «Шеф меня довел до стресса». Что же скрывается за этими утверждениями на самом деле? Существует ли объективное измерение стресса? Есть ли эффективные способы его контроля?



© PressFoto/DPStudio

ротах. Цель этой первичной реакции организма состояла в том, чтобы уберечь наших предков от ситуаций, опасных для жизни, например при встрече с опасным хищником. Времена и стрессоры изменились, но организм по-прежнему реагирует первичным образом, а поскольку современные опасности возникают ежедневно, симпатическая нервная

система не позволяет нам вернуться в состояние покоя. Вместо того чтобы бороться или убегать, мы переживаем все сидя. Это огромная психическая и физическая нагрузка.

Когда стресс бывает опасным? Оптимальный уровень стресса (юстресс) необходим для человека. Слишком низкий уровень стресса

приводит к ослаблению мотивации, апатии и скуке. Слишком высокий (дистресс) — к напряжению.

При превышении физиологического барьера, который у каждого индивидуален, стресс действует разрушительно. Этот барьер называют личным уровнем стрессоустойчивости. После его существенного превышения способность реагировать теряется, парализуется психическая, а в экстремальных случаях — и физическая эффективность. Экстремальное превышение уровня гормонов стресса в крови приводит к повреждению тканей, в частности существенной доли нейронов мозга. С учетом силы и продолжительности действия различают кратковременный (сильный и краткий) и хронический стресс (средней силы, постоянный). Кратковременный стресс может вызывать так называемые травматические ситуации. А вот при хроническом стрессоре продолжительного действия не вызывают мгновенных негативных последствий, вследствие чего к ним можно адаптироваться и их игнорировать. Вначале они не выходят за рамки адаптационных возможностей человека, но постепенно исчерпывают резервы сопротивляемости индивидуума, как в случае с сосудом, который при заполнении по капле однажды будет переполнен. Как показали исследования, именно данный вид стресса наиболее тяжелый и вредный, если мы не устраняем последствия по ходу его воздействия.

Как писал Шекспир, «Нет ничего ни хорошего, ни плохого; это размышление делает все таковым». Опасен не стресс, а реакция человека на него. Поэтому умение адекватно реагировать на стресс — чрезвычайно важная способность. Каждый из нас старается по-своему справляться со стрессом, применяя различные техники его контроля. Самые эффективные основаны на точных знаниях (обучение психологической самопомощи), развитии индивидуальных склонностей и работе над собой.

Наиболее частые профессиональные стрессоры

1. Стрессовые факторы в самой работе:

- ▶ качественная и количественная перегрузка;
- ▶ временной прессинг и абсолютная срочность;
- ▶ условия работы;
- ▶ работа в несколько смен;
- ▶ необходимость поспевать за быстрыми изменениями в технологии.

2. Отношения с руководителями, подчиненными и коллегами:

- ▶ неспособность подчиняться;
- ▶ отсутствие общественной поддержки;
- ▶ порочная социальная политика.

3. Организационная структура и эмоциональный климат:

- ▶ отсутствие взаимной ответственности;
- ▶ одиночество;
- ▶ плохая межличностная коммуникация.

4. Место в организации:

- ▶ двусмысленность роли;
- ▶ не соответствующая роли материальная и кадровая ответственность;
- ▶ слишком значительная зависимость от руководства среднего звена.

5. Источники за пределами организации:

- ▶ семейные проблемы;
- ▶ жизненные кризисы;
- ▶ финансовые трудности;
- ▶ домашние конфликты.

6. Профессиональная карьера:

- ▶ несоответствие фактического профессионального статуса квалификации и устремлениям;
- ▶ отсутствие перспектив.

7. Личностные факторы:

- ▶ отсутствие эмоционального равновесия;
- ▶ конформизм;
- ▶ жесткость установок;
- ▶ адаптационные трудности;
- ▶ низкий или слишком высокий уровень мотивации и достижений;
- ▶ отсутствие инициативы.

Последствия профессионального стресса

1. Непосредственные. Кратковременные реакции на стресс, т. е. временный ответ организма на требования стрессора:

- ▶ физиолого-соматические: ускоренный пульс, усиленная потливость, рост артериального давления, поверхностное дыхание, внезапное ощущение холода и жара, напряжение мышц, расширение зрачков, сжатие челюстей, частое мочеиспускание;

- ▶ психологические: затруднение с концентрацией внимания, потеря уверенности в себе, рост агрессивности, напряжение и раздраженность, сниженная самооценка, бег мыслей, усталость и истощение, огорчение и беспокойство;

- ▶ когнитивные: изменения качества и эффективности мышления (позитивные — быстрое решение проблем, негативные — логические ошибки);

- ▶ бихевиоральные: рассеянность, двигательная сверхактивность, обгрызание ногтей, снижение аппетита или переедание, большее потребление алкоголя, никотина или наркотических веществ, затруднения при засыпании.

2. Отдаленные последствия стресса:

- ▶ психологические: напряжение, страх, депрессия, неприязнь, скука, ощущение собственной неполноценности, бессилия, беспомощности и потерянности, пассивность, апатия, отчуждение, гнев, подавление чувств, неспособность к сосредоточению, невротические нарушения, синдром профессионального выгорания;

- ▶ физические: заболевания сердца, пищеварительной системы, кожи, дыхательной системы, усталость, физическое напряжение;

- ▶ бихевиоральные: утрата гибкости поведения, изоляция от окружения, агрессия, усиление желания доминировать над другими, зависимость, нарушения питания, рискованное поведение.

Антистрессовые техники

Анализируя причины и последствия стресса, возникающие на работе, мы ясно видим, что у нас есть возможность влиять на существенную часть стресса. Обладая знаниями, мы можем направить нашу деятельность на устранение, минимизацию стрессовых событий или терпимость к ним. Техники управления стрессом и осознанное успокоение тела сообщают мозгу, что дела обстоят не так уж плохо, а ситуация улучшится с минуты на минуту. Благодаря этому у мозга нет оснований поддерживать состояние тревоги. Поэтому стоит ознакомиться с простыми и эффективными методами управления стрессом, восстановления энергии, внутреннего равновесия и оптимизма. Их последовательное применение зависит лишь от нашей воли и решимости.

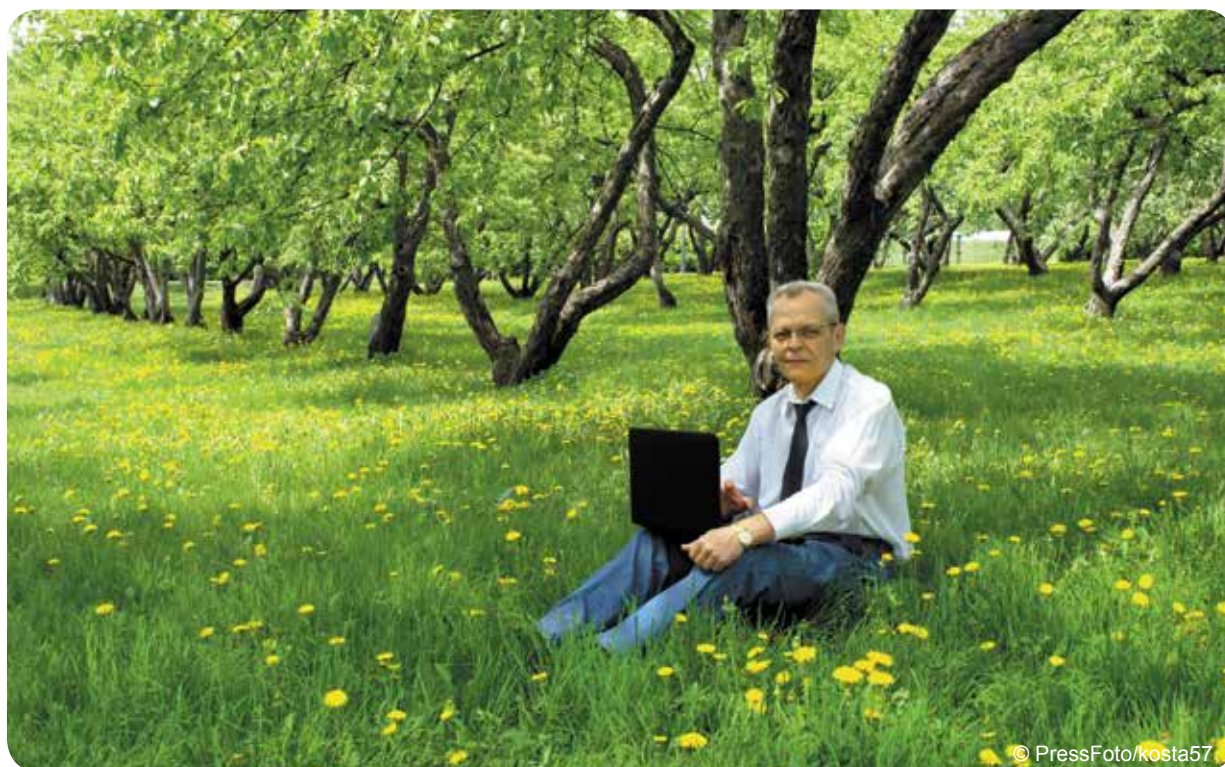
Давайте изучим несколько примеров антистрессовой техники. Для эффективной борьбы со стрессом, который столь нередко нас атакует, нужно воздействовать систематически и многими путями на всю психофизическую систему. Начнем с изменения подхода и мышления.

Не появляются ли в нашем словаре обобщения типа «всегда», «никогда» и выражения «я должен», «мне следует», «определенно не смогу» слишком часто? Эти выражения зачастую нереалистичны и преувеличены. Мы сосредоточиваемся на негативных моментах и забываем о позитивных, используем предположения, излишне эмоциональные оценки и обвинения. Это вызвано ощущением утраты контроля и снижением толерантности к сложным ситуациям.

Чтобы увеличить психологическую силу, состоящую в осознанном ощущении, что именно мы контролируем ситуацию, а не внешние независимые от нас факторы, мы должны использовать относительное и гибкое мышление. Оно состоит в замещении всего выше-названного выражениями типа «я хочу», «хорошо бы», без обобщений и негатива. При переходе к более позитивному образу мышления полезным будет принятие более широкой перспективы, поиск доводов в пользу нашего успеха. Это позволит понять: несмотря на то что вначале кажется, будто мы потерпели поражение или находимся в опас-

ной ситуации, при более глубоком анализе мы все же можем увидеть, что это не так. Нахождение плюсов (например, мы нарушили сроки отчетности, но не допустили в ней ошибок) повышает самооценку, улучшает самочувствие и придает сил для дальнейшей работы. Для перфекционистов, которые требуют от себя и окружающих большего, чем требуют стандарты деятельности, и из-за этого получают стресс, связанный с перегрузкой, полезной станет обычная снисходительность. Вопреки существующему мнению, смягчение необходимости делать все идеально парадоксально увеличивает, а не уменьшает эффективность действий.

Важная часть управления стрессом — умение контролировать эмоции. Это, конечно же, не означает их подавление до взрыва в наименее подходящий момент. Напротив — если мы их осознаем и можем их назвать, зная их источник, мы получаем над ними полный контроль. Если сосредоточиться на эмоциях, задуматься над тем, откуда они берутся и каково их значение, мы можем их сдержать или выразить менее импульсивно.



© PressFoto/kosta57

Полезным в особо трудных ситуациях станет воображение. Техника состоит в создании «эмоционального якоря», т. е. визуализации ситуации, в которой нам когда-то уже удалось эффективно справиться с таким же стрессом. Благодаря этому мы успокаиваемся, ощущая созидательную силу, и начинаем верить, что нам это может удастся.

В борьбе со стрессом важно асертивное поведение. Благодаря ему мы сохраняем адекватную самооценку, заботимся об удовлетворении своих потребностей и следим за сохранением внешних границ, не нарушая прав других людей и действуя по обстоятельствам. Благодаря асертивности мы сами избегаем стресса, возникающего вследствие того, что наши потребности не реализованы, а мы слишком податливы, зависимы или агрессивны.

Коррекция ошибочных убеждений и поведения требует дисциплины мышления, самоконтроля и умения не импульсивно, а осознанно реагировать на трудный опыт.

Для эффективного повышения индивидуальной сопротивляемости стрессу следует подумать еще о паре привычек. Первая из них — забота о социальной поддержке близких людей, которые не связаны с местом работы. Это очень эффективный способ противодействия стрессу, особенно профессиональному. Второй важный фактор — забота о физической форме. Физические упражнения позволяют устранить напряжение, накапливающееся в разных частях тела, поскольку при стрессе мы напрягаем разные группы мышц. Кроме того, они улучшают настроение, поскольку работа крупных групп мышц связана с выделением гормонов счастья — эндорфинов (веществ с эйфорическим воздействием, поднимающим настроение). А поэтому стоит использовать то, что нам подарила природа.

И последний, чрезвычайно важный аспект, о котором, к сожалению, часто забывают в потоке ежеднев-

ных забот, — отдых и восстановление сил. Ежегодный отпуск — обычное дело, и мы даже не осознаем, насколько его недооцениваем. Двух недель в году недостаточно. Чтобы восстановление сил было эффективным, его следует приспособить к нашему ритму, характеру усталости, времени, а также сделать его равномерным, лучше немного, но каждый день. «Надлежащий отдых» — это индивидуальный для каждого, удовлетворяющий способ проведения свободного времени. Зачастую другой вид или стадия усталости требует от того же человека различных, например активных или пассивных, форм отдыха.

Подводя итоги, можно сказать: «Стресс хорош, если вы его контролируете. Стресс плох, если он контролирует вас».

Дыхательные упражнения Евы Фоули для релаксации

*Если есть 20 свободных секунд:
упражнение с ладонями*

Сильно потрите ладони, чтобы высвободить тепло и энергию. Приложите их к закрытым глазам, обопритесь о локти. Опустите плечи и сидите без движения, дыша легко и свободно. Вы почувствуете, как энергия с ладоней перетекает в глаза и мозг. Наслаждайтесь ощущением тепла и темнотой. Это принесет облегчение глазам и шее.

*Если есть свободная минута:
поочередное дыхание через нос*

Сядьте удобно. Приложите ко лбу указательный, средний и безымянный пальцы правой руки. Большой палец и мизинец легонько положите на ноздри. Закройте глаза. Вдохните. Закройте большим пальцем правую ноздрю и выдохните через левую, и затем глубоко вдохните через ту же ноздрю. После вдоха немного обождите, затем закройте мизинцем левую ноздрю, одновременно открыв правую. Выдохните через нее воздух, сделайте вдох, немного обождите и закройте большим пальцем правую ноздрю. Откройте правую и выдохните. Повторите упражнения еще два раза. Постепенно увеличивайте число

циклов попеременного дыхания. Если вы будете посвящать этому упражнению хотя бы несколько минут ежедневно, вам станет легче находить равновесие, спокойствие и контролировать себя.

*Если есть две свободные минуты:
диафрагмальное дыхание*

Сядьте удобно и опустите плечи. Если есть возможность, лягте на спину и согните ноги в коленях. Сосредоточьтесь на диафрагмальном дыхании. Продлевая фазу выдоха, выдыхайте воздух до конца. Сделайте вдох и обратите внимание на то, как он распространяется ниже ребер. Медленно выпустите воздух. Подождите немного и повторите еще пять раз. Дышите диафрагмой, а не грудной клеткой. Если замечаете, что грудная клетка поднимается и опускается, надувайте живот специально, чтобы дышать только диафрагмой.

*Если есть пять свободных минут:
релаксация сидя*

Далай-лама: «Наши главные усилия должны быть направлены вовнутрь, поскольку лишь так мы можем достичь покоя разума».

Сядьте удобно на стуле, который обеспечивает надежную опору, но не в кресле, в котором можно расслабиться. Ногами обопритесь о пол. Ладони положите на бедра. Представьте себе, что позвоночник удлиняется, расстояние между позвонками увеличивается. Вытяните шею, стараясь, чтобы подбородок оставался параллельным полу. Расслабьте мышцы челюстей и лба. Позвольте плечам опуститься, почувствуйте, как они все более удаляются от ушей. Представьте, что макушка головы будто бы висит, привязанная нитью к небу. Закройте глаза и замедлите дыхание. Ощутите, как воздух постепенно наполняет ноздри, грудную клетку, легкие. Задержите дыхание и посчитайте до пяти, затем выдохните. В йоге это называют полным дыханием. Повторяйте это упражнение по мере возможности многократно в течение дня — оно подарит вам ощущение покоя и успокоения тела и разума. ■

ЗАБОТИТЬСЯ НЕ ТОЛЬКО О БОЛЬНОМ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ

Елена Станиславовна Введенская,
ГБУЗНО «Нижегородский центр по профилактике
и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»

Оказание паллиативной помощи требует не только специальных профессиональных знаний и умений, но и огромных эмоциональных и душевных затрат всех людей, принимающих в нем участие. Поэтому необходимо обратить внимание на потребности и переживания тех людей, которые задействованы в сложном деле помощи.

Психологическая поддержка родственников больного и забота о них

Забота о родственниках — часть помощи инкурабельному или умирающему пациенту. Одного инкурабельного больного окружает семь — десять условно здоровых полноценных членов общества (родные, друзья, соседи, коллеги), которые имеют разной степени психологическую травму. Некоторые испытывают вину, некоторые — агрессию к медицине, депрессию, некоторые борются с суицидальными мыслями и стараются не думать о возможной потере работы. У близких больного формируется так называемый хронический стресс (по некоторым данным, после смерти онкологических

Сегодня во всем мире развивается паллиативная¹ (хосписная) помощь — всесторонняя медико-социальная помощь больным с неизлечимым прогрессирующим заболеванием на стадии, когда исчерпаны все возможности специального/радикального лечения. Основная цель такой помощи — улучшение качества жизни больного и членов его семьи, что достигается благодаря активному выявлению, тщательной оценке и симптоматической терапии боли и других проявлений болезни, а также психологической, социальной и духовной поддержке как самого пациента, так и его близких [1, 2].

больных смертность среди близких родственников достигает 40 %) [3]. Забота медицинского персонала о родственниках больного проявляется прежде всего в общении. От качества и искренности общения во многом зависит психологическое состояние близких пациента как в течение его болезни, так и в период тяжелой утраты [6].

Разговаривать с родственниками бывает очень сложно. Многие врачам или медсестрам следует обсудить во время беседы с пациентом, родственником, как сразу после установления диагноза,

так и позже. При разговоре с родственниками важно следить за тем, правильно ли понята информация, а также дать возможность собеседнику задавать вопросы.

Как и пациенту, близким не нужно сразу сообщать всю правду (по сведениям, имеющимся у врача). Родственникам тоже необходимо время, чтобы вникнуть в смысл болезни и всего происходящего. Если родственники и пациент «идут не в ногу» по информированности о диагнозе и прогнозе, это может создать барьер в отношениях между ними. Самая распространенная реакция: «Вы ведь

¹ Паллиативная помощь в терминальной стадии заболевания, в том числе умирающим больным, оказывается в хосписе. Хоспис — это не дом смерти, это полноценная жизнь до конца, жизнь без боли и в условиях, приближенных к домашним.

ему не скажете, доктор?» или «Мы хотели бы, чтобы вы не говорили ему об этом, доктор». Это должно рассматриваться как первоначальный шок и не использоваться как предлог для того, чтобы ничего не говорить больному. Конечно, такая реакция основана на желаниии защитить больного, но она также может быть выражением нервозности, беспокойства родственников и часто происходит от инстинктивного страха смерти.

Если родственники и пациент будут поддерживать друг друга, то необходимо помочь им достигнуть открытости и доверия. Врач должен помочь людям проявить инициативу для совместного обсуждения ситуации. **Члены семьи не могут запретить врачу обсуждать диагноз и дальнейший прогноз с пациентом.**

В России госпитализация в больницу или хоспис обычно рассматривается родственниками как шаг к отступлению. Медицинским работникам стоит попросить родных, чтобы они чаще навещали больного, если это возможно, и подчеркнуть, как важно присутствие родственников и близких.

Следует подсказать, как снять напряжение от вынужденной разлуки с больным, как проявить заботу. Порой приходится подсказать, что надо поправить подушки, заменить воду в графине, умыться человека и почистить ему зубы, побрить его, помыть под душем, покормить.

Некоторых родственников бывает необходимо научить, как вести себя при посещении больного в хосписе. Надо вести себя так, как если бы они находились дома, например сидеть и читать книгу или газету, вязать, смотреть телевизор вместе. Важно объяснить, что при посещении больного обязательно разговаривать.

Очень важно, чтобы в хосписе была возможность оставить родственников рядом с больным на ночь, если это необходимо. Родственники должны иметь возмож-

ность посещать больного в любое время суток и оставаться с ним рядом до самого конца. Хоспис — это не больница, это дом.

Очень важно объяснить родственникам, что, даже когда пациент находится без сознания, их присутствие рядом необходимо. Он слышит, хотя и не может ничего сказать.

Необходимо убедить родственников, что нужно создать обстановку, обеспечивающую независимость больного. Обязательно объяснить, например, что внезапного ухудшения состояния пациента произойти не должно, а также дать четкие инструкции, что делать, если оно все-таки случилось. Такой разговор уменьшит тревогу.

О необходимости поддержки родственников пациента говорится в самом определении паллиативной помощи.

Мэл Крант после исследования выделил следующие потребности родственников умирающих больных:

- ▶ быть с больным во время смерти,
- ▶ иметь возможность помогать больному,
- ▶ быть уверенными, что больного ничего не беспокоит,
- ▶ получать ежедневную информацию о состоянии больного,
- ▶ лично узнать о приближающейся смерти больного,
- ▶ быть в состоянии справляться со своими эмоциями,
- ▶ быть в состоянии успокоить больного в любое время (свободный режим посещения),
- ▶ иметь поддержку медицинского персонала [7, 9].

Очевидно, что для выполнения этих требований родственников нужна целенаправленная работа персонала хосписа или другого подразделения паллиативной помощи. Работая с родными, паллиативная служба возвращает их в строй, на работу, к исполнению гражданских обязанностей, снижает государственные затраты

на терапию последствий хронического стресса.

Необходимость поддержки персонала учреждений паллиативной/хосписной помощи

Врачи и медицинские сестры, работающие в отделениях с высокой смертностью, подвергаются постоянному психологическому стрессу.

В первую очередь это относится к сотрудникам хосписов и отделений паллиативной помощи, онкологических отделений и реанимационных бригад. Работа в хосписе требует выносливости и предъявляет требования к духовности каждого, кто идет работать с умирающими больными. «Мало кто понимает, — пишет А. В. Гнездилов, — что даже сообщение негативной информации пациенту травмирует медика порой не в меньшей степени, чем больного» [5].

К сожалению, в России люди, работающие в хосписах, не получают достаточного материального поощрения и остаются социально незащищенными. Персонал, особенно медицинские сестры, на плечи которых ложится вся тяжесть работы, часто психологически истощены, вследствие чего страдает их физическое здоровье и они попросту выходят из строя. Поэтому нельзя планировать штаты хосписа в соответствии с общепринятыми стандартами для лечебно-профилактических учреждений. Требуется вдвойне разумно отнестись к планированию штата с учетом необходимости обеспечения ухода за умирающими больными, чтобы условия работы и пребывания в хосписе соответствовали санитарным и общечеловеческим нормам. При организации хосписов и других учреждений паллиативной помощи нужно обращать особое внимание на условия работы персонала и сделать все возможное, чтобы обеспечить работающим материальную и эмоциональную поддержку.

Сложность обслуживания онкологических больных в терминаль-

ной стадии определяется целым рядом причин, травмирующих психику персонала [3, 5]:

1. У 70—80 % больных возникают психические нарушения.

2. Ориентированность работы хосписа на помощь всей семье пациента добавляет персоналу груз общения с родственниками.

3. «Лежачие» (30—40 %) больные создают дополнительные трудности в уходе.

4. Многие пациенты, поступающие в хоспис в запущенном состоянии (с разлагающимися опухолями, свищами, расстройством функций тазовых органов), требуют особого ухода.

5. Самое тяжелое для персонала — психологическое участие в умирании больного, так как персонал хосписа не может полностью дистанцироваться от своих пациентов.

В медицинском институте врачи не готовят, что надлежит делать в случаях, «когда ничего уже сделать нельзя», когда и современные медицинские технологии, и фармакологическая помощь равно утрачивают свое значение перед лицом уже неотвратимой смерти. Как надлежит вести себя с умирающим? Как держать себя с его родственниками?

Ощущение собственной беспомощности в подобных ситуациях приводит к усилению дискомфорта, врач переживает свою несостоятельность, недостаточность компетентности, иногда испытывает сильное чувство вины.

Вообще говоря, поведение врачей, работающих в хосписах и отделениях паллиативной помощи, тяготеет к двум крайностям: дистанцирование либо полное слияние с уходящим пациентом [3].

В первом случае врач сознательно или бессознательно вырабатывает определенные психологические приемы защиты от стресса по типу дистанцирования: «К этому невозможно привыкнуть, я просто надеваю маску», «Я отключаюсь, перестаю что-либо чувствовать», «Стараюсь отгородиться», «Действую автоматически, как робот, выключаю все свои чувства». Врач сокращает время общения с умирающим, стараясь всячески обезличить такой контакт.

Речь такого врача содержит клише («Все будет хорошо»), и он чувствует явное облегчение, когда пациент отвечает тем же. С умирающим обращается, как с неполноценным человеком или с маленьким ребенком. При этом умирающий остается один на один со своими проблемами —



© PressFoto/KrutoEva

в полной изоляции, в условиях, отнюдь не приличествующих все еще живому человеку, до последней своей минуты думающему, чувствующему, страдающему.

Другая крайность: между врачом и умирающим больным образуется глубокая личностная связь, усиливающаяся, когда больной является ровесником врача и они имеют сходные ценности и мировоззрение. Тогда пациент вторгается в жизненное пространство врача, а врач связывает себя эмоциональными узами с умирающим, а порой и с родственниками больного. Вместе с ними он отрицает неизбежность смерти, а после смерти пациента неизбежно испытывает все тягостные переживания «работы горя», не понимая психологической сущности происходящего с ним и в силу этого еще более утрачивая профессиональную идентичность [4].

Обе крайности поведения врачей, работающих с умирающими больными, одинаково пагубно влияют на психику врача. Они вносят вклад в формирование профессиональных и личностных деформаций, обуславливая так называемый синдром профессионального или эмоционального выгорания. Это емкое выражение, «эмоциональное выгорание», обозначает целый спектр явлений, среди которых — психосоциальная опустошенность, угасание и взрывчатость эмоций, склонность к конфронтации с пациентом, нарушение ценностной ориентации, физическая и психическая усталость и др.

По данным исследования, проведенного на кафедре общественного здоровья и здравоохранения Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова (2007 г.), в одном из лучших в стране хосписов имеет место высокий уровень текучести кадров сестринского персонала, связанный с профессиональным

выгоранием. У 75 % медицинских сестер хосписа стаж работы составлял до трех лет, еще у 20 % — до семи лет. Стаж работы от восьми лет имели только 5 % медицинских сестер хосписа [8]. Поэтому считается, что работать в хосписе следует не более трех лет.

Известно, что более подвержены синдрому эмоционального выгорания те медицинские работники, которых отличают повышенное чувство ответственности, готовность всегда прийти на помощь больному, стремление быть нужным, желание оказать психологическую поддержку, высокая степень нравственного долга перед больным и желание соответствовать определенным требованиям, переживания по поводу своей профессиональной компетентности и др. [8].

Необходимость специальной профессиональной подготовки и организация психотерапевтического консультирования и помощи врачам и медицинским сестрам, работающим с инкурабельными и умирающими больными, не вызывает сомнений.

Наиболее перспективным этапом профилактики синдрома эмоционального выгорания должно стать обучение медицинских работников основам паллиативной помощи, методикам и принципам профилактики синдрома эмоционального выгорания, а также создание в коллективах благоприятного психологического климата, атмосферы взаимной поддержки и доверия. Только при соблюдении всех этих принципов, которые лежат в основе философии паллиативной помощи, мы сможем обеспечить благоприятные условия для работы персонала, а следовательно, и надлежащее качество жизни пациентам, о которых заботится персонал.

Литература

1. Введенская Е. С. О формировании современного понимания паллиативной помощи // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и история медицины. 2013. № 3. С. 29—32.
2. Введенская Е. С. Паллиативная помощь: быть рядом с больным до конца. Нижний Новгород : изд-во НГМА, 2011.
3. Гнездилов А. В. Путь на Голгофу: Очерки работы психотерапевта в онкологической клинике и хосписе. СПб. : АОЗТ фирма «Клинт», 1995.
4. Гнездилов А. В., Леоненкова С. А., Репина М. Т. Некоторые социальные аспекты хосписной службы для онкологических больных // III Всерос. конф. «Паллиативная помощь в онкологии» : тез. докл. Ялта, 1997. С. 41—42.
5. Модников О. П., Шарафутдинов М. Г., Емельянец Н. Е. и др. Введение в паллиативную медицину : учеб.-метод. пособие. Ульяновск : УлГУ, 2004.
6. Твайкросс Роберт Дж., Фрамpton Дэвид Р. Введение в паллиативное лечение. Собелл Пабликейшн, 1992.
7. Хосписы : сб. материалов / под ред. В. В. Миллионщиковой, П. Н. Лопанова, С. А. Полишкиса. М. : Грантъ, 2003.
8. Эккерт Н. В. Научное обоснование организационно-функциональной модели системы паллиативной помощи населению : автореф. Диссертации на соискание ученой степени д-ра мед. наук. М., 2010.
9. Krant M., Koocher G., Grollman E., Hopko T., Poulos P. Coping with Death and Dying: An Interdisciplinary Approach. U.S.A. : University Press of America, 1985. ■

КОММУНИКАЦИЯ С БОЛЬНЫМИ с нарушением понимания

Патриция Ноцьня,
нейрологопед, Центр ухода и опеки в Торуня (Польша)

Для надлежащей коммуникации необходимо сохранить функции понимания и выразительности речи. Эти функции, тем не менее, могут работать некорректно вследствие поражения участков мозга. Описание нарушений речи и понимания вследствие нарушения мозга появились благодаря открытиям Поля Брока (Paul Broca) и Карла Вернике (Carl Wernicke) в XIX в. Поль Брок описал главный центр, управляющий функцией передачи речи, который находится в задней нижней части левой лобной доли¹. Карл Вернике в нижней верхней части левой лобной доли обнаружил зону, отвечающую за восприятие акустических раздражителей, т. е. за понимание речи.

Коммуникация с больными с нарушением речевой экспрессии при сохраненном понимании нелегка, но возможна, поскольку реально выработать условную систему общения. В то же время взаимодействие с такими больными весьма сложно, а иногда и неосуществимо. Конечно, возможности

¹ Следует уточнить, что речь идет о лобной доли доминирующего полушария, т. е. левого у праворуких. Центры речи у леворуких предположительно находятся в обоих полушариях, а потому картина нарушения речи при повреждении указанной зоны мозга может отличаться от вышеописанной.

Общение — более широкое понятие, нежели речь, поскольку общаемся мы как с помощью слов, так и без их участия. Последнее — это невербальное общение. Мы передаем лишь часть информации с помощью слов, остальное же — с помощью тела: взглядом, движением, мимикой, жестами, манерой двигаться и дышать. На самом деле каждое наше осознанное или неосознанное поведение имеет коммуникативное значение. Зачастую мы передаем что-то, даже не отдавая себе в этом отчета.

пациентов с нарушением функции понимания зависят от степени повреждения мозга. При небольшой зоне повреждения наблюдаются лишь легкие проблемы. Но чем обширнее зона повреждения, тем более понимание речи нарушено, а зачастую отсутствует.

Нарушения речи из-за повреждения зон мозга, ответственных за понимание, называются афазией Вернике (или височной, сенсорной, восприятия, декодирующей, афферентной, центростремительной, чувственной, перцептивной, приемной, импрессионной, акустической, акустико-гностической, плавной афазией). Все эти названия описывают вид афазии с сохранением речевой экспрессии; речь остается беглой, но с учетом нарушений понимания становится ускоренной, претенциозной, навязчивой, часто

переходящей в «недержание речи». Симптомы афазии Вернике зависят, конечно же, от степени повреждения мозга, в частности от наличия одновременных повреждений других ближайших частей мозга. Известно, что афатические симптомы усиливаются при одновременном повреждении теменной доли или зоны височно-теменно-затылочных стыков. При афазии Вернике больной часто заменяет слова (например, глядя на вилку, больной говорит «ложка»), а также путает гласные, переставляя их или создавая совершенно новые, никому не известные слова.

Пример диалога с пациентом.

— Добрый день.

— Это этот не лес что видно...

(Больной произносит слова, которые сам не понимает, но не осознает, что его ответ бессмыслен.)

- Что это? (*Показываю кружку.*)
- Летарик.
- А это? (*Показываю ручку.*)
- Монетко.

Нарушение или полное отсутствие понимания речи часто связано с попытками экспрессивной компенсации: велеречивость, «недержание речи», беспорядочно произносимые жаргонные формулировки, алогичные ответы, нарушенный синтаксис, пустая бессмысленная речь, но — внимание! — с сохранением просодии (*правильные ударения, интонации*).

Еще один пример диалога с пациентом.

— Господин Эдвард, где вода, которую вы пьете?

— Да-да-да-да-да! (*Весьма взволнованный вопросом, он вглядывается в меня, выговаривая ряд слов, но не указывает на воду, которая находится рядом, в поле его зрения.*)

— Где вода?

— Да-да-да-да-да-да!! (*Явно взбудораженный, хочет что-то сообщить, но не пытается ответить на вопрос, потому что не понимает его.*)

— Это ваша вода?

— Да-да-да-да-да!!! (*Все больше возбуждаясь, больной начинает кричать и неестественно жестикулировать, нервничая от того, что я не понимаю, о чем он говорит.*)

Больной афазией Вернике в тяжелой форме также совершенно не понимает речи, если не видны губы, — и напротив, если движение губ видно, понимание может быть лучшим. Наряду с указанными симптомами могут присутствовать и чаще всего присутствуют следующие: аграфия (*потеря способности писать*) и алексия (*потеря способности читать*).

Как общаться с больными с нарушениями понимания

Общение с ними возможно, хотя его качество зависит от многих факторов, в частности от степени нарушений понимания речи, от желания

сотрудничать, настроения и общего состояния здоровья пациента, а также от сопутствующих болезней и нарушений. Что же делать?

Первое: зрительный контакт

Следует помнить, что нужно всегда, вне зависимости от глубины коммуникативных нарушений, сохранять с больным зрительный контакт. Больному это дает ощущение безопасности, возможность хотя бы частичного понимания речи на основании движения губ. Нам же зрительный контакт позволяет более вдумчиво наблюдать за больным, его глазами, мимикой, видеть, понимает он или нет, соглашается или нет в ответ на слова.

Второе: краткость

При обращении следует использовать короткие фразы, ключевые слова, вопросы, простые рекомендации. Лучше так, чтобы больной мог ответить «да» или «нет». Вместо «Как вам спалось сегодня?» спрашиваем: «Вам хорошо сегодня спалось?» Первый вопрос, даже если больной его частично поймет, наверняка вызовет словесный поток или бессмысленный ответ. Второй вопрос приведет к тому, что, частично его поняв, больной может просто кивнуть, прикроет глаза в знак согласия или иным образом подаст понятный нам сигнал.

Третье: жесты

Стоит сопровождать вопросы и сообщения жестами. Жестикуляция поддерживает также речь здоровых людей, а для больных с повреждениями мозга может ее даже заменить. Более того, жесты — это естественная форма коммуникации, интегрированная в нашу жизнь. Издавна известно, что большая часть информации содержится в нашем невербальном поведении, в частности именно в жестах. Важны также недавние результаты исследований, подтверждающих гипотезу, что наша речь развилась из жестов. Следует все же помнить, что нарушения понимания могут

также касаться сообщений, передаваемых невербальным путем, включая жестикуляцию.

Четвертое: поиск методов

Стоит пробовать различные способы коммуникации с больным. Например, спрашивая, желает ли тот выпить сока или воды, показывайте пациенту бутылку сока и воды одновременно. Спросите, чего ему больше хочется. Наблюдайте, на что он смотрит, в какую сторону поворачивает голову, направляет взгляд, протягивает руку. Попробуйте показать больному карточки с простыми словами: может, он сохранил способность читать. Можно показать ему картинки, символы, так как именно символ может оказаться единственным доступным средством коммуникации.

Пятое: лечение

Больному с нарушениями речи и понимания обязательно должно быть назначено лечение, тогда как его отсутствие может навсегда исключить шансы возвращения способности к коммуникации.

Наконец, самое важное: наблюдение

Наблюдение за больным — незаменимое и обязательное средство коммуникации. Именно поведение пациента, мимика, глаза сообщают, в чем он нуждается, как себя чувствует, хочет ли пить, досаждают ли ему что-либо.

Следует помнить, что качество коммуникации, а также успех лечения больного с нарушениями понимания зависят от вовлеченности всех окружающих его людей и опекунов. Очень важно не провоцировать больного с тяжелым нарушением понимания, особенно на начальной стадии реабилитации, на длинные высказывания и не задавать вопросов, требующих сложных ответов, не просить повторения. Все это ради того, чтобы не стимулировать без необходимости излишних речей, не вызывать словесного потока, пустос-

ловия, потому что первым этапом лечения тяжелой афазии Вернике является ограничение словесного потока и бессодержательных высказываний.

Естественно, лечение больных с нарушениями понимания протекает обычно в несколько этапов. При этом продолжительность отдель-

ных стадий лечения определить невозможно. Это зависит от степени и обширности повреждения мозга, сопутствующих нарушений и болезней, желания больного, настроения и вовлеченности близких, интенсивности лечения и времени с момента повреждения до начала лечения. Некоторые больные от-

носительно быстро возвращаются к способности коммуникации, которой они обладали до болезни, другие остаются на начальном этапе многие годы, иногда до конца жизни.

Наблюдение за больным, толкование его поведения, дыхания, напряжения мышц особенно важ-



© Press Foto / IOFOTO

но, потому как это единственная обратная связь с человеком в тяжелых состояниях, с которым вообще нет контакта или контакт минимален. Работая с больным в вегетативных состояниях или состояниях минимального сознания, мы часто оказываемся совершенно беспомощны, не понимая, что ему нужно, что у него болит, хочет ли он пить, включить ли ему радио, слышит ли он, осознает ли, что ему говорят, — вот вопросы, которыми мы неоднократно задаемся у постели пациента. Больной в вегетативном состоянии теряет высшие функции мозга, в частности сознание. Сохраняются функции мозгового ствола, в частности самостоятельное дыхание и работа сердца. Больной может также сохранить ритм сна и бодрствования, спонтанно открывать глаза, водить ими — может казаться, что он следит за человеком или предметом, перемещающимся перед его глазами. Больной в вегетативном состоянии может скрипеть зубами, сглатывать, издавать звуки, плакать, улыбаться — однако это инстинктивные реакции. Больной в минимальном сознании может выполнить целенаправленное движение, например по требованию закрыть глаза или дважды мигнуть, и все же он не способен выражать чувства и мысли. Сложно определить степень нарушения восприятия речи у такого больного, поскольку любые попытки определить глубину нарушения понимания при существенно ограниченной осознанности дают различные и переменные результаты. Можно ли разговаривать с таким больным? Нельзя. Однако можно заметить определенные реакции, сигналы его тела. Можно также обнаружить реакции — иногда весьма малозаметные — на раздражители, которые он воспринимает.

— Ян, вам нравится Моцарт? *(Отсутствие реакции.)*

— Так я поставлю для вас одну вещь.

Начинает играть музыка, спокойная и довольно тихая. Ян сжимает-

ся, напрягая мышцы. Все-таки не нравится ему Моцарт. Либо у него слуховая сверхчувствительность. Мы ведь не знаем, как он воспринимает музыку.

— Может, тогда Стахурский? Наверняка вам нравится. Ваша жена сказала, что вы постоянно его слушали.

Звучит музыка, Ян расслабляется, напряжение мышц ослабевает, лицо становится спокойным, расслабленным. Ему нравится. Жена была права.

— Вам понравилось? *(Никакой реакции.)*

— Хотите еще одну вещь послушать? *(Никакой реакции.)*

— Так я поставлю для вас. Теперь другая песня. У нее красивое начало.

Ян ежится, на лице возникает гримаса. Понятно, с него хватит. Очевидно, устал.

Конечно, нет речи о том, чтобы вернуть больным в вегетативных состояниях или состояниях минимального сознания функцию понимания и речевой экспрессии. Здесь стимуляция нацелена максимум на обнаружение канала коммуникации, взаимодействия с окружающим миром, доступного для больного.

Вот пример. Пациент, 40 лет, после дорожно-транспортного происшествия в 2000 г. Лежачий на протяжении 10 лет, без контакта. Исследования понимания речи постоянно показывают глубокие нарушения. И все же временами с ним возникает зрительный контакт. Иногда улыбается шуткам. На вопросы, требующие отрицательного ответа, медленно вращает головой или не реагирует. Услышав пение, устанавливает зрительный контакт, иногда даже смотрит изучающе. Ищет взглядом поющего, если он уходит из поля его зрения. Предпочитает пение музыке из плеера. Однажды учреждение ухода и опеки, в котором находился больной, посетила редактор радиоканала, которая хотела записать материал о больных в вегетативных состоя-

ниях и минимальном сознании. Она увидела фотографию его дочери на тумбочке. Спросила: «А это кто?» Спустя мгновение по щеке больно-го потекла слеза.

Еще пример. Другой больной — с минимальным сознанием — внезапно после нескольких лет молчания и отсутствия реакции начал разговаривать. В одно февральское утро на обычный вопрос «Как прошла ночь?» он совершенно неожиданно ответил: «Хорошо». Говорил с напряжением и через силу, но ответ был вполне отчетливый. В это утро с больным удалось провести простой диалог о его жизни, склонностях, интересах, самочувствии. Скоро выяснилось, что больной, находящийся, как нам казалось, в состоянии весьма ограниченного сознания, помнит, как его зовут, где он проживал, где работал многие годы, как зовут его дочь. Но не был уверен, верил ли еще в бога. После чего больной пришел в прежнее состояние. Сейчас у него бывают дни удачные и не очень. Иногда он включается в простой, но редко вербальный диалог. Обычно улыбка означает одобрение, гримаса — неодобрение. Очень отчетливо общается с помощью мимики. Проявляет нарушения понимания.

В конце следует подчеркнуть, что лечение афазии, протекающей с нарушениями понимания, имеет совершенно иной характер и цель, нежели терапия больных в состояниях минимального сознания, у которых по очевидным причинам не удастся подтвердить или исключить нарушения понимания. Здесь я затронула две отдельные темы, чтобы указать на возможность коммуникации с больными, проявляющими весьма значительный нейропсихологический дефицит, а также на то, что важнейший инструмент эффективного взаимопонимания — наблюдение за больным, его сопровождение, присутствие, нацеленное для анализа даже самых незначительных проявлений поведения. ■

РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ в ГБУСО МО «Колычёвский психоневрологический интернат»

*Любовь Васильевна Крылова,
специалист по социальной работе
ГБУСО МО «Колычёвский психоневрологический интернат»*

Возглавляет это учреждение с 2006 г. Сергей Николаевич Овдин — грамотный, энергичный руководитель. Более десяти лет он трудится на поприще социальной защиты. В интернате им созданы

В Егорьевском районе в деревне Колычёво живет, на первый взгляд, обыденной жизнью Колычёвский дом-интернат. Ежегодно он принимает на постоянное место жительства клиентов со всей Московской области из семей и детских домов. Около 600 инвалидов с различными формами психических заболеваний проживают здесь, получая полный комплекс социальных услуг. Судьба так распорядилась их жизнями, что им требуется постоянная поддержка и помощь.





все необходимые условия в сфере быта, ухода, ведения наблюдения, лечения, питания и реабилитационных мероприятий.

Реабилитация инвалидов проводится по индивидуальной программе, которая включает в себя медицинские и социальные мероприятия. Проживающие в полном объеме обеспечены средствами технической реабилитации, ортопедическими медицинскими изделиями.

Как началась реабилитация инвалидов в этом учреждении и что изменилось с приходом нового руководителя, знают лишь старейшины интерната. Любая серьезная работа полагает наличие намеченной цели. А чтобы ее определить, надо грамотно видеть проблемы. Их было на тот момент очень много. Поэтому планы решений этих задач воплотились в комплексной программе реабилитации инвалидов под названием «Равные возможности».

Учитывая серьезность заболеваний, инвалиды обречены проживать в ограниченном простран-

стве. Это была первая проблема в работе, которую увидел руководитель. И с первых дней закипела работа по благоустройству территории площадью более 80 га. Все сотрудники и инвалиды, как одна семья, ежедневно вносили свою лепту в обустройство. Сегодня в тени липового парка на лавочках приятно отдохнуть пожилым парам, колясочникам. Возле каждого отделения разбиты газоны, цветники и мини-фонтаны. Прогулочные садики оборудованы беседками, качелями, шезлонгами, песочницами. Предусмотрены спортивные и игровые зоны. Зимой на спортивной площадке заливается каток и строится снежная горка. Зимний парк хорош для лыжни. Спортивный инвентарь разнообразен и удовлетворяет желания каждого.

Трудовая реабилитация как один из важнейших видов реабилитации творит с человеком чудеса. Так и наши инвалиды постепенно научились любить свой дом, трудиться для его блага.

На территории интерната находится свое подсобное хозяй-

ство — отделение трудовой реабилитации. Многие интернаты в 2000 г. их ликвидировали. Но Сергей Николаевич, как опытный хозяйственник, не мог позволить разрушить такое ценное отделение, поэтому в первую очередь взялся за его восстановление, так как увидел в нем возможность создания рабочих мест. Сегодня 88 инвалидов трудоустроены на штатные должности в качестве подсобных рабочих, уборщиков территории, грузчиков, санитаров.

Второй проблемой, и, наверное, самой длительной по реализации, была проблема обучения ослабленных инвалидов элементарным навыкам обслуживания. В интернате находится шесть отделений милосердия, жители которых маломобильны. Самыми тяжелыми оказывались дети, поступившие из детских домов.

Поиски возможных методов работы в условиях психоневрологического интерната с инвалидами, прикованными заболеванием к постели, были одной из основных и самых тяжелых задач,

вставших перед коллективом отделений милосердия. И она казалась тогда неразрешимой.

Инвалиды, поступившие в дом-интернат, не могли сидеть. Ослабленная мышечная система тела не позволяла им даже переворачиваться в постели. Нарушения, ограничивающие движения рук, мешали держать ложку. Кормили инвалидов медицинские и социальные работники, а общение проходило на элементарном уровне.

В 2006 г. началось внедрение программы реабилитации инвалидов с нарушениями опорно-двигательной функции организма, которая получила название «От сердца к сердцу».

Медицинский персонал обучал сотрудников правильно осуществлять уход, чтобы выполнять манипуляции, не боясь причинить боль, неудобства инвалидам. Очень помогли теоретические занятия по использованию подгузников и применению средств личной гигиены клиентов, организованные специалистами ООО «БЕЛЛА Восток». Также полезным опытом стала XVI Международная конференция по долгосрочной опеке, которая была организована в Польше. Уход за пожилыми, страдающими деменцией, на примере учреждений долгосрочной опеки разных стран пополнил копилку наших знаний и по возможности ежедневно внедряется в работу.

Чтобы облегчить труд сотрудников и повысить комфорт инвалидов, мы попробовали много гигиенических средств, но самой удобной продукцией оказалась марка Seni. На наш взгляд, прогрессивные достижения медицинской науки и современные технологии воплощены в широком ассортименте польской компании ООО «БЕЛЛА Восток».

Впервые в программу были введены элементарные гимнастические упражнения для рук,



ног, сеансы общеукрепляющего массажа. А также организация прогулок посредством выноса наших подопечных на шезлонгах в прогулочные садики, а в зимнее время — в спальных мешках на веранды.

Введены в программу индивидуальные занятия. Изначально это был показ картинок, чтение детских стихов и сказок, прослушивание музыкальных композиций, детских песенок.

Реакция на окружающий мир, новые впечатления, эмоциональное положительное возбуждение привели к осязаемым изменениям. Наши молчаливые, пассивные наблюдатели постепенно, сначала звуками, а затем и словами, предложениями начали с нами общаться.

Успехи наших подопечных радовали их самих, а нам придавали уверенности в правильном подходе к работе с ними. Мы пытались разнообразить методы общения, искали новые формы работы.

Через год систематических занятий мы смогли посадить их в инвалидные коляски. Прогулки стали проходить в более активной форме. Наши подопечные приступили к групповым занятиям.

Занятия воспитатели проводят ежедневно. В программу включены повторение за педагогом имени клиента, друзей по комнате, названия животных, математический счет, изучение цветов с помощью игры в кубики, воздушные шары, заучивание песенок.

Систематические курсы лечебной физкультуры и массажа, применение технических средств реабилитации, коррекционные педагогические занятия имели фантастический результат.

Постепенно руки, ноги инвалидов крепились, наращивалась мышечная ткань, позвоночник окреп, многие практически без фиксации уже могли проводить большую часть дня в сидячем положении. Четыре инвалида начали самостоятельно передвигаться по комнате. У шести появилась речь от трех до десяти слов и навыки самостоятельного питания.

С 2006 г. таких тяжелых инвалидов прибыло к нам 11 человек. Двое из них уже не считаются даже колясочниками.

Созданная нами комплексная программа реабилитации инвалидов со временем нарабатывалась и была ориентирована на различные возрасты, она вы-



являла как умственные, физические данные, так и артистические таланты.

Новые физические технологии программы реабилитации позволили преодолеть различные материальные барьеры. Благодаря спонсорам — ГУП «Мособлгаз» — на территории дома-интерната в 2014 г. появилось футбольное поле с искусствен-

ным покрытием. Три года назад была создана команда по мини-футболу, и уже в прошлом году ребята попробовали свои силы в Международной футбольной лиге «Seni Cup 2013», которую ежегодно организует ООО «БЕЛЛА Восток». Более того, организаторы турнира создают люксовые условия проживания и питания для участников на



территории живописного ФГУП курорта-парка «Союз» МИД РФ в городе Щёлкове, что стало незабываемым и спортивным состязанием, и отдыхом.

Футбол не единственный вид спорта, которым увлекаются наши инвалиды. Это и конная секция, скалолазание, боулинг, адаптивный туризм, плавание, бег на лыжах и коньках.

Два года подряд наши ребята завоевывают призовые места на всероссийской олимпиаде по адаптивному туризму, которая проходит во Владимире.

Программа бытовой реабилитации содержит в себе интересные методы обучения инвалидов приготовлению кулинарных блюд. В течение четырех лет существует эта программа, которая охватила уже более 50 желающих научиться «вкусному искусству». Уровень подготовки наших инвалидов на сегодняшний день не так уж и мал. За это время они научились самостоятельно лепить пельмени, готовить фарш и жарить котлеты, варить несколько видов первых блюд, печь фаршированные блины, оладьи, познали широкий ассортимент салатов, гарниров и бутербродов. Теоретические занятия помогли освоить стирку в стиральных машинах, штопку одежды, выращивание цветочной рассады и многое другое. За всеми успехами наших инвалидов кроется кропотливый труд сотрудников интерната.

Сегодня можно с уверенностью сказать, что программа реабилитации Колычёвского дома-интерната работает, дает хорошие результаты и меняет наших инвалидов, предоставляя им равные возможности наравне с обычными людьми. И мы считаем их инвалидами с неограниченными возможностями, так как ежедневно делаем все, чтобы укрепить их дух, сделать их уверенными в завтрашнем дне. ■

Заботитесь о других? ПОЗАБОТЬТЕСЬ О СЕБЕ!

Катаржина Калишевска,
Европейский центр долгосрочной опеки (Польша)

Недержание мочи, называемое инконтиненцией, — это проблема, которая касается значительной части нашего общества. Считается, что одна из четырех женщин и один из восьми мужчин страдают от недержания. Большинство испытывают недуг в легкой форме. Однако и они подвержены стереотипам.

Каковы же эти стереотипы? Вот лишь некоторые из них:

- недержание мочи — болезнь;
 - если я выйду «к людям», все узнают, что у меня недержание мочи;
 - сам(-а) справлюсь со своей проблемой, а потому никому ничего не скажу;
 - справлюсь домашними методами;
 - лучше ничего не делать, и все пройдет само по себе;
 - и вообще нет у меня проблемы.
- Пора от них избавиться.

Недержание мочи — болезнь?

Хотя Всемирная организация здравоохранения признала недержание мочи социальным заболеванием, фактически это не такая болезнь, как, например,

Наступают самые беспечные дни в году. Уже ничто не может заставить нас усидеть дома. Если у вас недержание мочи, не позволяйте негативному мышлению одолеть себя — выходите из дома и наслаждайтесь жизнью!

грипп, астма или воспаление легких. Это определенно широко распространенный недуг, с которым жизнь становится менее комфортной, которая усложняет ежедневное существование и требует медицинского ухода. Это также состояние, сопровождающее многие заболевания, или их симптом, и после излечения болезней недержание может полностью исчезнуть. Поэтому защитите свое белье, тепло оденьтесь и сходите к достойному доверия врачу.

Кто будет знать о вашей проблеме — зависит от вас

У многих недержание мочи ассоциируется с неприятным и смущающим запахом. Однако можно избежать запаха, если использовать средства защиты, специально предназначенные для недержания мочи. Неприятный запах возникает из-за бактериального разложения мочи. Оно происходит быстро, ускоренное теплом, поэтому уже спустя короткое время можно почувствовать запах аммиака. Специализированные поглощающие вкладыши содер-

жат вещество, которое связывает мочу, прежде чем она начнет разлагаться. В результате неприятный запах не возникает, и о том, что у вас неприятный недуг, будете знать только вы, ваш врач и близкие, если вы им об этом сообщите. А потому смело выходите из дому, идите к людям, но помните о хорошей защите белья и теплой одежде: простуженный мочевой пузырь или почки — неприятные болезни.

Вы + врач = лучший дуэт в борьбе с недержанием

Нет смысла себя обманывать — сами вы в конечном счете не справитесь с недугом. Обязательно нужно посетить врача, пройти серьезную диагностику, анализы, исследования, а затем — вылечить причину недержания мочи. Самостоятельно можно справиться с симптомами, но не с причиной. Врач расскажет вам о проблеме и предложит решение, а также поможет пройти его вне зависимости от формы (фармакологическое, нефармакологическое, хирургическое). Вы можете позаботиться о сво-



© PressFoto / Sergey Nivens

ем удобстве и защитить белье во время лечения. Очень рекомендуется поддержка близкого человека, а потому вместо дуэта «вы + врач» подумайте над вариантом трио — «вы + врач + близкий человек». Присутствие близкого доверенного лица придаст вам уверенности в себе, после того как вы преодолете нежелание выбираться из дому и пойдете на прогулку.

Домашние методы борьбы — определено нет

Традиционные толстые прокладки, комки ваты, лигнин и другие способы решения проблемы недержания мочи, которые кажутся простыми, — неудачная идея. Достаточно вспомнить о необходимости частой их замены, неприятном ощущении влаги в белье или запахе, от которого такие средства не за-

щищают. Наилучшее решение — специальные урологические вкладыши, которые устранят указанные факторы. Кроме того, они незаметны, безопасны для кожи и определенно эффективнее любого домашнего метода. С таким вкладышем не нужно будет бояться выйти за пределы дома — можно смело отправиться за покупками, в кино или просто на прогулку.

Ничего не делать — усугублять проблему

Хотелось бы думать, что недержание исчезнет само по себе. К сожалению, такие случаи редки, лучше забыть о ничегонеделании. Если запустить заболевание, из-за которого появилось недержание, или не начать его лечить, это может привести к существенному ухудшению здоровья. Лучше не рисковать и пойти к врачу сразу после подозрения на недержание. Посещение врача не помешает, а может лишь помочь. А потому, если вы страдаете недержанием мочи, следует договориться о визите к врачу даже при неблагоприятной погоде. И чем раньше, тем лучше.

Проблемы нет? Подумайте дважды

Многие люди не допускают мысли, что постоянная влажность в белье может быть недержанием мочи. Если они даже себе в этом не признаются, то как они могут обратиться с проблемой к врачу? Проблемы ведь нет. Тем временем она есть и даже будет усугубляться. Тактичная помощь самых близких людей поможет более всего — пробник урологического вкладыша, журнал, оставленный открытым на статье о недержании мочи, или веб-страница seni.ru, открытая в браузере. Достаточно отозваться на эту помощь и не обижаться на близких за их стремление помочь.

А если проблемы действительно нет, стоит заниматься профилактикой — согласно старому правилу «лучше предупредить, чем лечить». Ежедневные нагрузки для мышц дна таза, так называемые упражнения Кегеля, могут существенно повлиять на снижение риска возникновения недержания мочи. Укрепленные мышцы более плотно окружают уретру, что улучшает контроль мочеиспускания, а также существенно предотвращает непроизвольное вытекание мочи. Упражнения рекомендованы как женщинам, так и мужчинам.

Есть проблема — есть и решение

Если недержание мочи — проблема для вас или ваших близких, не следует отчаиваться. Для каждой степени недержания есть свое решение. Поговорите с врачом и узнайте, как справляться с недугом. Если вы или ваш близкий еще не приступили к лечению или уже лечитесь, важно использовать подходящую защиту.

Отличное решение при легкой или даже средней форме недержания мочи — урологические вкладыши, например *Seni Lady* для женщин или *Seni Man* для мужчин. Широкий диапазон размеров и поглощающей способности позволяет подобрать подходящий вкладыш в соответствии с индивидуальной потребностью. Надежная защита, ощущение сухости, комфорта, удобства, уменьшение неприятного запаха — если это вам нужно, попробуйте вкладыши *Seni*.

Посетите сайт www.seni.ru и закажите бесплатный пробник — так вы узнаете, каким простым методом можно справиться с симптомами недержания мочи и снова наслаждаться жизнью. ■

шаг 1

НЕЖНОЕ ОЧИЩЕНИЕ



Салфетки

влажные
10/80 шт.

Салфетки sensitive

влажные
для особо чувствительной кожи
68 шт.



Лосьон

для тела
моющий, pH 5
500 мл



Пенка

для мытья
и ухода за телом
250/500 мл



Крем

для тела
моющий, 3 в 1
950 мл

шаг 2

РЕГЕНЕРАЦИЯ И АКТИВИЗАЦИЯ



Бальзам

для тела
для сухой кожи
250 мл



Гель

активизирующий
с гуараной
250 мл



Крем

для сухой,
огрубевшей кожи
100 мл



Эмульсия

для тела
для сухой кожи
500 мл



Масло

для ухода
150 мл

шаг 3

ЭФФЕКТИВНАЯ ЗАЩИТА



Крем

защитный
с окисью цинка и синодором
100/200 мл



Крем

защитный
с аргинином и синодором
100/200 мл

Консультации о продукции и заказ бесплатных образцов
по телефону горячей линии Seni: 8-800-200-800-3
(06.00-22.00, кроме выходных и праздничных дней.
Звонки по России бесплатные)

www.seni.ru

КОМФОРТ С **seni** каждый день

*Катаржина Калишевска,
Европейский центр долгосрочной опеки (Польша)*

1997 г. Динамично развивающаяся компания «Торуньский завод перевязочных материалов» (TZMO SA) получает два сертификата, имеющих большое значение для предприятия. Как первая в Польше фирма медицинской отрасли TZMO был проверен внешним аудитом и получил сертификат, который предоставляет право маркировки медицинских изделий знаком безопасности CE. Одновременно компания получила сертификат качества ISO 9001. Оба сертификата свидетельствуют о высоком качестве производства и производимых изделий. Это уникальный год, так как в этот год в компании появилась марка Seni — одна из основных марок завода.

Девяностые годы XX в. в Польше — это время перемен. Разбуженное общество развивает новые области экономики, исследует новые сферы знаний. В это время сделаны первые шаги в развитии долгосрочного ухода за пожилыми или тяжело больными людьми. Шаги еще неуверенные, без схем и стандартов, совершённые с надеждой и стремлением меняться и учиться. TZMO SA присоединяется к созданию моделей для долгосрочного ухода, начиная с обучения и обмена опытом, в частности на конференции долгосрочной опеки, и заканчивая организацией тренингов для опекунов (лиц, занимающихся уходом). Компания объясняет обществу **необходимость во впитывающих изделиях при недержании мочи**, которые помогают работе опекунов, а самое главное — обеспечивают комфорт и безопасность больным с недержанием мочи. Название новой марки Seni — образовано от слова senior — старший, с людьми такого возраста в то время чаще всего ассоциировалась проблема недержания мочи.

Первый продукт под маркой Seni, подгузники Super Seni — сегодня классический продукт,

а в то время — новинка на польском рынке. Подгузники Super Seni в 1997 г. были «недышащими», с синим наружным слоем из пленки, не обладали нынешними инновационными свойствами, но для тех лет были очень современными. Вскоре потребности потребителей стали удовлетворяться новыми продуктами. За несколько лет предложение Seni расширилось не только новым уровнем впитываемости подгузников, но и анатомическими подгузниками, урологическими прокладками, гигиеническими пеленками и другими продуктами для ухода. Расширение ассортимента совпало с увеличением сети продаж. Уже в 2000 г. продукты Seni стали доступны в Германии, России, Австрии, Румынии, Венгрии, Литве, Латвии, Беларуси и на Украине.

Интенсивное развитие марки, которая за короткое время стала глобальной, привело к появлению новых возможностей. В 2002 г. в первый раз бренд Seni был представлен на крупнейшей в Европе выставке долгосрочного ухода Altenpflege в Ганновере, где он был оценен за высокое качество абсорбирующих изделий по конкурентной цене. С тех пор бренд Seni присутствует на Altenpflege каждый год.

Клиенты на всех рынках, где появляются изделия Seni, особенно **ценят высокое качество продукции** — приоритет TZMO SA. Изделия Seni непрерывно совершенствуются. Прорывом с точки зрения качества для марки Seni стал 2003 г., когда подгузники Super Seni подверглись невероятным новаторским изменениям. До сих пор применяемый недышащий наружный слой (пленка) заменили паропроницаемым «дышащим» ламинатом. За короткое время весь **спектр впитывающих изделий Seni стал доступен в «дышащей» версии — первый в мире**. Таким образом, компания TZMO SA установила новый стандарт для абсорбирующих изделий — комфорт, удобство и незаметность.

Модификация внешнего слоя впитывающих изделий оказалась только началом серии изменений продуктов Seni. Технологи производственных компаний интенсивно работали над дальнейшим совершенствованием товаров, принимая во внимание мнения, которые поступали в компанию TZMO SA от потребителей продуктов Seni как частных лиц, так и опекунов из домов для пожилых людей:

— чтобы снизить риск раздражения, эластичные элементы из латекса в продуктах Seni были заменены эластичной пряжей, не содержащей латекс;

— в урологические прокладки добавили защитные боковые оборки, предотвращающие протекания;

— впитывающий вкладыш усовершенствовали с помощью специального распределительного слоя, так называемого Extra Dry System, который повышает ощущение сухо-

сти и эффективность впитывающих изделий;

— в дышащих подгузниках липучки-застежки дополнили эластичным элементом, благодаря которому подгузник лучше прилегает к телу во время движения.

Столь динамичное развитие продуктов показывает, как развивалась осведомленности потребителей о недержании мочи и способах, с помощью которых можно справиться с ним. Проводимое TZMO обучение, а также образовательные программы на тему инконтиненции для учреждений и для частных лиц сегодня приносят измеримый эффект. За несколько лет потребителями изделий Seni стали не только пожилые люди, которые дали название бренду, но и более молодые люди. Женщины с легкой степенью недержания мочи все чаще пользуются урологическими прокладками вместо традиционных, люди с умеренной степенью недержания мочи все чаще применяют более подходящие впитывающие трусики или анатомические подгузники открытого типа вместо традиционных подгузников с самым высоким уровнем впитывания. Люди с недержанием лучше заботятся о своей коже, покупая специальные продукты для ухода, а не обычные косметические средства.

Стоит отметить, что **Seni — это марка, созданная польской командой, которая за короткое время стала мировым брендом.** С момента создания бренда прошло 17 лет. Seni — это не только впитывающие изделия и продукты по уходу превосходного качества, которым доверяют миллионы потребителей. Это целая система, включающая изделия, производимые на заводах в Польше и России, с сетью продаж более чем в 50 странах по всему миру, обучающая и образовательная деятельность, а также ряд социальных мероприятий, в том числе Международная лига по футболу для людей с ограничен-

ными возможностями Seni Cup. Семнадцать лет — это не так долго для развития марки, однако для Seni это было чрезвычайно плодотворное время. Хотите узнать больше о марке Seni и ее

истории? Приглашаем вас на сайт www.seni.ru в раздел «Marka Seni».

Что ждет Seni в будущем?

Желаем марке и ее потребителям такого же динамичного развития. ■

ЖИЗНЬ МАРКИ SENI МОЖНО ПРОСЛЕДИТЬ ПО СЛЕДУЮЩИМ ДАТАМ

1997 — Первый продукт Seni: подгузники Super Seni трех размеров.



1999 — Расширение ассортимента новыми впитывающими продуктами — анатомическими подгузниками San Seni четырех размеров.

2001 — Интенсивное развитие ассортимента: в предложении появляются урологические прокладки Seni Lady, экономичные подгузники Seni Standard, гигиенические пеленки Seni Soft, а также первые косметические средства по уходу Seni Care.

2002 — Дальнейшее развитие — первая презентация изделий Seni на крупнейшей выставке долгосрочного ухода в Европе Altenpflege.

2003 — Инновация в подгузниках Super Seni: «дышащий» внешний слой.



2004 — Элементы из латекса в изделиях Seni заменены эластичной пряжей без латекса.



2007 — Урологические прокладки Seni Lady усовершенствованы с помощью боковых оборот, предотвращающих протекания; марка Seni первый раз получает в конкурсе «Świat farmacji» (Мир фармации) звание «Продукт года — 2007» в категории «Гигиенические средства, применяемые при недержании мочи» в Польше.



2008 — В состав впитывающего вкладыша подгузников и анатомических подгузников Seni добавлен специальный распределяющий слой Extra Dry System (EDS).



2010 — Инновационное решение в подгузниках Super Seni — эластичные липучки-застежки, которые обеспечивают лучшее прилегание изделия к телу.

2011 — Впитывающие трусы Seni Active получают новое качество — premium quality согласно патенту TZMO SA; продукты Seni получают в категории «Одноразовые подгузники для взрослых» звание «Продукт года», в 2012—2013 гг. присуждаемое Национальной торговой ассоциацией в России.



2012 — Продукты Seni поставляются в более чем 50 стран мира.



Каролина Кузнецова,

руководитель отдела по работе с учреждениями долгосрочной опеки ООО «БЕЛЛА Восток»

Международная лига по мини-футболу SENI Cup организована для воспитанников психоневрологических интернатов. С 2003 года в России такие турниры проходят ежегодно и с каждым годом собирают все большее количество участников. Данные соревнования — это не просто игра в футбол, они значительно влияют на формирование характера участников и их возможности справляться с превратностями судьбы.



АО «Торуньский завод перевязочных материалов» при сотрудничестве с Обществом долгосрочной опеки и социальной помощи «Дом под солнцем» (Польша) с 2000 года являются инициаторами и организаторами **Международной лиги по мини-футболу SENI Cup среди лиц с ограниченными возможностями**. Одной из задач, стоящих при проведении турниров SENI Cup, является объединение общества и лиц с отклонениями в умственном развитии, основанное на принципах взаимного уважения.

Участие в турнире и победы, одержанные на поле, не только способствуют физическому развитию, но и повышают самооценку участников, укрепляя их **веру в собственные силы**.

Это также **уход от повседневной рутины**, ведь помимо спортивных состязаний организовываются культурно-развлекательные мероприятия. Это дает возможность участникам турнира **найти друзей** среди тех, кто борется с подобными заболеваниями и лучше других способен понять их проблемы.

Кроме того, лига SENI Cup помогает **преодолевать социальные барьеры**:

- ♦ языковые — в турнире принимают участие команды из разных стран;

- ♦ гендерные — поскольку соревнуются как мужчины, так и женщины;

- ♦ возрастные — нет определенной границы «от и до» — соревнуются представители всех возрастных групп: как подростки, так и люди пожилого возраста;

- ♦ комплекса неполноценности — каждый из участников имеет отклонения в умственном или физическом развитии и, несмотря на это, доказывает, что инвалидность не помеха в осуществлении своих стремлений — нужно только захотеть.

История SENI Cup

История турнира начинается с 1992 г., когда впервые прошли игры футбольной лиги инвалидов в Польше. Торуньский завод перевязочных материалов (TZMO SA) выступал в роли спонсора, а сами игры носили локальный характер. По мере расширения деятельности TZMO в Европе в 2000 г. было принято решение о более активном участии в организации данного мероприятия и его дальнейшем развитии. Тогда же появилось название «Общепольская футбольная лига инвалидов», а спустя несколько лет лига сменила свой статус и стала называться «Международная лига по мини-футболу SENI Cup среди лиц с ограниченными возможностями». На тот момент уровень турнира был достаточно скромным в связи с новизной идеи и определенным критически-недоверчивым отношением общественности,

а также слабой подготовкой самих спортсменов.

Но это было только начало! И турнир сумел заработать свое право на жизнь, набирая обороты с каждым годом. Сейчас турниры SENI Cup проходят в Польше, России, Украине, Беларуси, Германии, Венгрии, Чехии, Словакии, странах Балтии.

Наши достижения к 2013 г.:

- ◆ 1648 психоневрологических интернатов из 10 стран; около 10 тыс. участников турнира;
- ◆ 116 команд-участниц финального турнира в Польше;
- ◆ в интернатах построено 43 футбольных поля;
- ◆ на работу в интернаты было принято 28 тренеров;
- ◆ 2 участника турнира — участники Паралимпийских игр.

Основные цели мероприятия

1. Популяризация футбола среди лиц с особенными потребностями.
2. Подведение итогов спортивного обучения, проводимого во время тренировок в спортивных лагерях.
3. Создание условий представления своих возможностей, принятия участия в спортивных мероприятиях, которые стимулируют физическое развитие.
4. Адаптация в обществе лиц с особенными потребностями по принципу акцептации и уважения.
5. Убеждение общества в том, что лица с особенными потребностями имеют право полноценно участвовать в его жизни.



Порядок соревнований

Лига представляет цикл турниров в Польше и за рубежом. Проводятся квалификационные турниры, отборочные для финального турнира. Команды войдут в финал согласно правилам, описанным ниже.

Места проведения турниров

Квалификационные турниры проходят в следующих странах: Польша, Россия, Украина, Беларусь, Литва, Латвия, Чехия, Германия, Венгрия, Словакия.

Принципы проведения квалификационных турниров

— В каждом квалификационном турнире может участвовать максимум 16 команд.

— Каждая команда состоит из семи игроков (четыре на поле, вратарь и два запасных).

— В зависимости от физической подготовки участники игры в квалификационном турнире могут быть поделены на группы А и Б. Решение об этом в каждом случае принимается по результатам тренировок и предварительных игр совместно судьей и организаторами турнира с учетом мнения медицинских работников.

— В турнире 2014 г. команды будут поделены на группы 1 и 2. В группе 1 играют команды, занявшие в турнире 2013 г. места с 1-го по 8-е, в группе 2 — с 9-го по 16-е.

Игры в группах:

— Время игры 2 × 10 минут с перерывом 5 минут (в обоснованных случаях время может измениться).

— В группе 1 команды делятся на подгруппы А и С, в группе 2 — на подгруппы В и D.

— В подгруппах игры проводятся по системе «каждый с каждым».

— Две лучшие команды из каждой подгруппы выходят в полуфинал, где встречаются с полуфиналистами другой подгруппы (1А — 2С, 1С — 2А, 1В — 2D, 1D — 2В).

— Победители полуфиналов встречаются между собой в финалах.

— Проигравшие команды встречаются между собой в матче за 3-е место.



— Игры будут проводиться на футбольном поле размерами 35—50 × 25—35 метров, размеры ворот 2—4 × 2 метра.

Места в подгруппах определяются на основании большего количества выигранных очков. В случае одинакового количества очков считается результат матча между заинтересованными командами. Если в матче между заинтересованными командами была ничья, то выход в следующий круг определяет разница между забитыми и пропущенными мячами. Если разница одинакова, то считается количество забитых мячей во всех матчах. Если по этим факторам не удается определить победителя, то объявляется дополнительный матч между заинтересованными командами.

Победитель квалификационного турнира выходит в финал Международной лиги и получает право представлять страну.

Из каждого региона в финал выходит одна команда-победитель.

Организаторы могут дополнительно наградить участие в финале команду, которая показала огромное желание выиграть, а также Fair Play.

Финальный турнир запланирован на 4—5 июля 2014 г. на стадионе города Торунь (Польша).

Команды, занявшие в группе 2-е места, получают право в следующем сезоне играть в группе 1. Команды, занявшие в подгруппах А и С последние места, выбывают в группу 2.

Принципы проведения финального турнира Международной лиги

— В финальном турнире предусмотрено участие 24 команд, победивших в квалификационных турнирах.

— Каждая команда состоит из семи игроков (в том числе вратаря).

— Команды поделены на четыре группы (А, Б, В, Г) согласно уровню способностей. Каждая группа состоит из шести команд. Отбор команд в группы будет проводиться путем наблюдений за предварительными встречами и тренировками.

— Остальные принципы и правила — как в квалификационных турнирах.

Награды

За участие в турнире все участники получают медали и награды, установленные организаторами.

Организаторы гарантируют проживание и питание во время турниров. **Правила Международной лиги по мини-футболу SENI Cup гарантируют честные соревнования:**

◆ учитываются различная степень инвалидности и уровень возможностей участников;

◆ команды делятся на группы с более высоким и более низким уровнем мастерства в зависимости от квалификации участников;

◆ каждая команда имеет равные условия старта и одинаковые шансы на победу;

◆ поле и ворота имеют уменьшенные размеры, адаптированные для игроков с ограниченными возможностями.

Ежегодно в турнире Seni Cup участвуют около 250 команд и около 2500 человек из разных стран, таких как Германия, Словакия, Чехия, Россия, Украина, Беларусь, Литва, Латвия и Польша.

Лига Seni Cup универсальна. Команды составляют мужчины и женщины. Уникальность лиги также в том, что в ней нет возрастных ограничений, а пожилые люди рядом с молодыми могут участвовать в столь большом международном событии.

Участники турнира Seni Cup собираются не только для того, чтобы померяться силами на футбольном газоне, но и для того, чтобы устроить небольшой праздник дружбы, спорта и общения. Причем общения с представителями реального мира.

Елена Вячеславовна Удовенко, директор ГБУ СО «Приволжский молодежный пансионат для инвалидов (психоневрологический интернат):

— Проведение ежегодных спортивных турниров под эгидой Seni Cup является социально значимым мероприятием для воспитанников нашего учреждения. Воспитанники интерната на протяжении всего года готовятся к участию в соревнованиях, заранее переживая моменты игры. Вместе с тренерами продумывают тактику предстоящих игр, тем самым сплачиваются в одну команду. Находясь на соревнованиях, они активно общаются со своими «друзьями-соперниками», делясь опытом и разбирая ошибки, что, в свою очередь, способствует их социализации. Хотелось бы сказать в адрес организаторов самые теплые слова за их чуткость и внимание по отношению к участникам турниров, за их профессионализм в организации.

Наталья Серафимовна Ширяева, заместитель директора по социально-реабилитационным вопросам Егорьевского ПНИ:

— В этом году десятый раз футбольная команда Егорьевского психоневрологического интерната будет принимать участие в турнире по мини-футболу среди воспитанников психоневрологических интернатов России.

Организатору турнира ООО «БЕЛЛА Восток» надо сказать большое спасибо за благородное дело. Своим проектом они предоставили нашим подопечным возможность проверить свои силы, почувствовать причастность к общему делу в пропаганде здорового образа жизни, а многим и обрести смысл жизни.

Соревнования такого уровня обязывают наших спортсменов поддерживать свою спортивную форму, дисциплинируют их, придают уверенности, помогают преодолеть психологические ба-



рьеры в общении с окружающим миром.

А это, поверьте, дорогого стоит. Победить болезнь в одиночку почти невозможно, но когда против нее всем миром, когда есть поддержка таких бескорыстных людей, как наши друзья — организаторы турнира ООО «Белла Восток», хочется верить в победу над недугом, зарождается вера в себя, вера в будущее.

Сергей Николаевич Овдин, директор Егорьевского и Колычёвского ПНИ:

— Футбольная команда Колычёвского дома-интерната будет представлять Московскую область на турнире по мини-футболу среди воспитанников психоневрологических интернатов России в числе команд, делегированных Министерством социальной защиты населения Московской области, который пройдет 27—28 мая 2014 г. на базе центра отдыха, спорта и развлечений курорт-парк «Союз».

Команда дома-интерната молодая, в соревнованиях такого уровня принимать участие будет второй раз. Но наши спортсмены горды тем, что им доверена честь выступить на равных с командами со стажем.

Да, наши ребята далеко не профи в футболе, но желание научиться играть и побеждать у нас есть. А когда есть наметенная цель и в тебя верят, появляется смысл в жизни. Повезло нашим клиентам, что есть на земле люди, чьи благие начинания помогают им воспрянуть духом, реабилитироваться.

Мы выражаем искреннюю признательность организатору турнира ООО «БЕЛЛА Восток» за спортивный праздник, который организуется ежегодно для наших инвалидов, за поддержку в создании условий для их реабилитации. ■



**Книга «Тяжелобольной дома:
лечение, уход, реабилитация.
Хронические болезни»
в комплекте с DVD-диском**

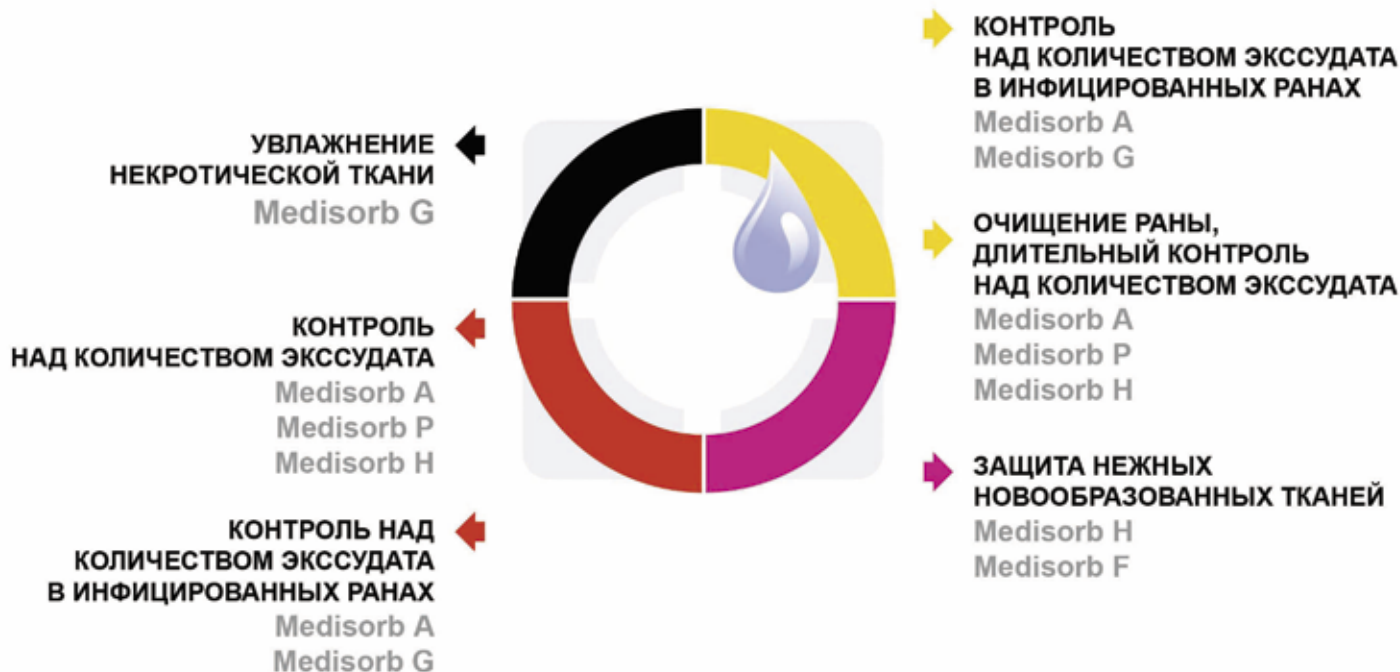
Издание содержит подробную информацию о том, как правильно ухаживать за больными в домашних условиях. Особое внимание уделено лечению, реабилитации и организации ухода при различных хронических и прогрессирующих заболеваниях, в том числе с хроническими ранами и стомой. В книге представлены полезные сведения, касающиеся личной гигиены больного, что особенно важно для тех, кто страдает недержанием мочи и кала, а также сведения об организации питания, правилах приема лекарственных препаратов, их действии и побочном эффекте. Издание содержит практические правила и рекомендации, которые позволяют опекунам освоить навыки сестринского дела и организовать качественный уход.

Для приобретения книги вы можете обратиться в представительства TZMO SA в России по адресам, указанным на последней странице журнала.



**СПЕЦИАЛЬНЫЕ ПОВЯЗКИ
ЭФФЕКТИВНЫ НА ЛЮБОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ РАН**

Medisorb



СИСТЕМА ВЛАЖНОГО ЗАЖИВЛЕНИЯ РАН



Medisorb A



Medisorb F



Medisorb G



Medisorb H



Medisorb P



г. Москва, ООО Филиал №1 «БЕЛЛА Восток»
115563 г. Москва, ул. Шипиловская, д. 28а
Тел.: +7 (495) 726-55-25, e-mail: infopost@bella-tzmo.ru

г. Нижний Новгород, ООО «БЕЛЛА Волга»
603152 г. Нижний Новгород, ул. Кашенко, д. 2
Тел.: +7 (831) 220-14-30, e-mail: office-nnov@bella-tzmo.ru

г. Самара, Филиал №2 ООО «БЕЛЛА Восток»
443100 г. Самара, ул. Лесная д.7, оф. 602
Тел.: +7 (846) 270-60-33, e-mail: office-samara@bella-tzmo.ru

г. Новосибирск, ООО «БЕЛЛА Сибирь»
630024 г. Новосибирск, Кировский район, Северный проезд д. 2/3
Тел.: +7 (383) 373-18-01, e-mail: office@bella-siberia.ru

г. Санкт-Петербург, ООО «Гигиена - Север»
196627 г. Санкт-Петербург, п. Ленсовета, Московское шоссе, д. 235а
Тел.: +7(812) 676-00-66, e-mail: office@bella-spb.ru

г. Ростов-на-Дону, ООО «белла - Дон»
344065 г. Ростов-на-Дону, ул. 50-летия Ростсельмаша, д. 1/52
Тел.: +7 (863) 203-74-74, e-mail: bella@bella-don.ru

г. Екатеринбург, ООО «Компания БЕЛЛА Урал»
620036 г. Екатеринбург, пгт Широкая речка, ул. Суходольская д.197
Тел.: +7 (343) 383-60-83, e-mail: bella-ural@bella-ural.ru

www.matopat.ru • www.na-rany.ru

ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

Реклама. Соответствие подтверждено.