

Клиничната психология се разглежда като раздел от медицинската психология и основната задача, която си поставя е прилагането на психологични методи на изследване и въздействие, имащи за цел подпомагането на диагностиката, лечението и профилактиката на психичните и психо – соматичните заболявания.

Като наука клиничната психология започва своето развитие в края на 19^{ти} век в Германия с прилагането на психологични проби за определяне нивото на интелектуалното развитие при болни с психични отклонения.

През 1899 год. се публикува “Книга върху техниката на психологичните методи за изследване на психопатологията” от Зомер, която се счита за първото ръководство в тази област. Голяма известност придобиват през 1905 г. създадените във Франция */метрични стълбици на интелигентността/*.

Началото на груповия психологичен тест се поставя в САЩ по време на Първата световна война при подбор на военнослужещи. По – късно такива тестове се използват при прием на учаци се в учебни заведения, при подбор на летци, шофьори, индустриални работници и др.

Съществена роля за методичното развитие на клиничната психология има изработването на редица тестове за изследване на личността, известни под името “**проективни методики**”. За тяхна основа служат асоциативният експеримент на Юнг и методът на цветните мастилени петна.

Предмета на клиничната психология като дисциплина има двойно приложно значение. От една страна има за предмет създаването на методи за психологично изследване и въздействие, годни за клинични цели, а от друга страна тя изучава с помощта на тези методи психологичните особености на болния или застрашения от заболяване човек. Клиничната психология има и определено теоретично значение – съдейства за разработване на редица психологични аспекти на проблема за отношението между човека и неговата жизнена среда и заедно с патофизиологията на висшата нервна дейност решава редица въпроси от теорията на психо – соматичната медицина и психопатологията.

Основните психологични проблеми, с които се сблъсква клиничния психолог в клиниката по Сърдечна хирургия са свързани със страха, смъртта и със семейството.

Страхът е изживяване, което с различно съдържание и различна сила съпровожда всеки болен приет за хирургично лечение. Болният се страхува от смъртта, от болката и за непосредственото си бъдеще. Тревожното отношение често освобождава агресивни реакции, които под формата на т. нар. Недоволство от дейността на персонала предизвиква недоволство от заобикалящата го среда. Често страхът става причина за неподходящо вземане на решения от болния за изписване от болницата по собствено желание или въздържание от хирургично лечение. Всички симптоми на страха, включвайки се в един порочен кръг, повишават тревогата на болния и усилват интензивността на неговите преживявания.

По време на престоя си в клиниката болния поради много причини може с различна сила да изживява и обсъжда въпроса за смъртта. Причина за това обикновено е смъртта на друг болен или информацията, която получава от другите болни, че този вид операции са по – сложни, по – продължителни и с по – голям риск. Основната задача на клиничния психолог е подтискането на паниката и страха сред пациентите. Повечето болни разглеждат постъпването в клиника като товар и пречка за членовете на семейството. Честото контактуване по време на престоя им със семейството при повечето от тях има положителен ефект – изпълва го с вяра за скорошно завръщане към нормален живот. В някои случаи семейството става източник за тревога и допълнителни грижи.

Особености на различните периоди на лечение и ролята на клиничния психолог.

Предоперативен период – започва от деня на постъпване на болния в клиниката и включва следните психологични ситуации:

v първи впечатления от клиниката;

- v снемане на анамнезата и лабораторни изследвания;

- v осведомяване относно диагнозата и необходимостта от операция;

- v решение и съгласие за оперативно лечение;

- v очакване на деня на операцията

В своята дейност клиничния психолог трябва да предвиди ефективни форми за отстраняване на прекаленото напрежение у болния, да осигури необходимата информация, относно принципите на работа в клиниката. Моментът на даване на съгласие за операция е много важен и труден за болния. Задачата на психолога е да подпомогне за вземане на положително решение, което да бъде израз на психичната сила от страна на пациента.

Период на наркоза и интервенция – в деня преди операцията анестезиологът и психолога трябва да проведат разговор с болния, като отговарят на неговите въпроси, относно наркозата и интервенцията.

Следоперативен период – болният се събужда след операцията и осъзнава, че тя е преминала и той е жив. Болката е неприятно изживяване и освен обезболяващи средства се прилага и подкрепяща психотерапия. По – късно – среща със семейството.

Период на рехабилитация и социална адаптация – изключително важен период, особено при пациенти, при които са настъпили следоперативни усложнения. Водят се разговори със семейството да не се третира пациента като непълноценен.

Основни характеристики на музикотерапията

Още от древността музиката се е използвала като средство за овладяване силата на природата, за смекчаване гнева на божествата и лекуване на болестите. Възникването на първите теории за музикотерапия е свързано с разцвета на гръцката антична култура. Платон разглежда музиката като средство за възпитание на душата. Аристотел разработва тезата за катарзисното действие на музиката и смята, че чистата музика /т.е. ритъмът и мелодията имат трайно въздействие върху характера и душата/. В древния Рим са познавали успокояващото и възбуждащо действие на музиката за оздравяване на лошото и подтиснатото настроение и за овладяване на гнева и омразата.

През Ренесанса се е препоръчвало като лечебно средство при меланхолия активното музициране на китара, лира, а също така и пеенето.

През 18^{ти} век музикотерапията е утвърден метод за лечение на афективните разстройства. Музикотерапията преживява истински разцвет след Втората световна война, която води до създаването на голямо разнообразие от школи и насоки в развитието ѝ.

В САЩ се развиват три насоки:

- психоаналитична;
- социалнопсихологична – допринася за развитието и разпространението на груповата терапия;
- емпирично – клинична, наречена още музикална фармакология – тя работи с широка гама от музикални стилове, в това число и модерна забавна музика и джаз.

В тези три направления тя е спомагателен психотерапевтичен метод към психоанализата и разговорната психотерапия.

В Европа значителен принос в музикотерапията имат немскоговорящите страни. През 1959 г. във Виена се създава и първият център в Европа за обучение на музикотерапевти и за изследователска работа в областта на музикотерапията. По – късно модерни институти се изграждат в Лондон, Копенхаген и Ротердам.

Днес музикотерапията е утвърден метод в комплексната терапия на неврозите, при психосоматичните разстройства и психозите. Музиката е вид изкуство, свързано със социалното съществуване на човека и представлява богата област на специфични човешки емоционални преживявания. Музикалният език е своеобразно естетично отражение на действителността с подчертано експресивен и динамичен характер, което обогатява нашето усещане за света и особено за самите нас, представлявайки непосредствен израз на субективния свят на човешките чувства. Музиката е естетична форма на комуникация и създава контакт между композитор, изпълнител и слушател – установява се духовно общуване. Върху тези основни качества на музикалното преживяване се изграждат терапевтичните цели на музикотерапията, формирани в четири цикъла:

v активиране на емоционалните процеси, преработване и преодоляване на патогенните конфликти;

v активиране и отключване на социални интеракции на невербално равнище, които подпомагат преодоляването на комуникационни поведенчески разстройства с патогенна стойност;

v овладяване на психовегетативно обусловени нарушения на регулацията и по – специално на функционално обусловени органични разстройства;

v развитие и диференциране на способността за естетическо преживяване и наслада, преодоляване на наличния дефицит от емоционални и естетични преживявания у болния;

Музикотерапията се практикува в две основни разновидности:

v рецептивна /пасивна/ и

v активна

Рецептивната музикотерапия има по – голямо практическо приложение. При нея пациента само възприема музиката, а при активната музикотерапия сам активно музицира.

През моята дългогодишна практика съм била свидетелка на изживяванията и тревогите на болните, подлежащи на оперативна интервенция. Преди години се подценяваше ролята на психолога и лекуващия персонал рядко търсеше неговата компетентна помощ. През последните години в големите болници се разкриха щатни места за психолози.

Случаят, който искам да опиша се отнася за 50 – годишен пациент, постъпващ за втори път в клиниката по повод предстояща планова операция – Двуклапно протезиране. При предишния му престой от пет дни е направена сърдечна катетеризация с цел уточняване на диагнозата. При постъпване се оплаква от лесна умора, сърцебиене, задух при физически усилия, независимо от това, че стриктно взема предписаното поддържащо медикаментозно лечение /диуретици, дигоксинови препарати/. От направените лабораторни изследвания на следващия ден се установи неправилно дозиране с антикоагуланти, което наложи изработването на нова схема и контрол през следващите няколко дни, поради опасност от кръвоизливи. Това попречи болният да бъде включен в оперативната програма през следващата седмица. Настъпи промяна в

неговото поведение – стана мълчалив, необщителен, започна да се оплаква от главоболие, безсъние, започна рядко да излиза от стаята си и дори да гледа телевизия. Сподели с лекуващия си лекар, че по всяка вероятност може да се откаже от операция, защото е разбрал, че тя е сложна и продължителна, а той смята, че няма да е успешна. Болният беше консултиран с клиничен психолог и се оказа, че се касае за депресивна невроза. На следващият ден психолога разговаря и с неговите близки, от които поиска подкрепа и съдействие. При проведените разговори в следващите два дни се забеляза известно подобрене в психичното състояние на болния. Решаваща роля изигра срещата на пациента с друг опериран болен /преди 4 години/ в добро здравословно състояние, който беше посетил клиниката по повод контролен преглед. Клиничният психолог, имайки предвид започващото подобряване на болния реши, че моментът е подходящ да бъде проведен сеанс с музикотерапия. От предишните разговори с болния беше разбрал, че когато е бил здрав най – добре се е чувствал сред природата, занимавал се е също с риболов. По преценка на психолога бяха използвани две музикални пиеси от младия композитор Димитър Киров, “Родопияда” и “Блясъкът на нощта”. След прилагането на три процедури от по 15 минути в следващите дни с музикотерапия се забеляза съществено подобрене в психичното състояние на болния. След това беше опериран успешно и в следоперативния период на 5-6^я ден бяха проведени с клиничния психолог още две процедури с музикотерапия и при изписването на болния беше препоръчано в домашна обстановка да продължи с лечението.

Освен грижите за пациентите клиничния психолог трябва да съдействува за създаване на подходяща атмосфера сред персонала – чрез индивидуални разговори и дискусии.