

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения и социального развития Российской
Федерации

Кафедра психологии и педагогики

Канд. пед. наук, доц. Невская Т. В.
Канд. психол. наук, доц. Смирнова С. В.

**Психолого-педагогическое сопровождение пациентов с
сердечно-сосудистыми заболеваниями**

Методические рекомендации для студентов 5 курса МВСО

Иваново, 2013

Особенности медико-социальной реабилитации больных сердечно-сосудистыми заболеваниями.

К основным и наиболее распространенным сердечно-сосудистым заболеваниям, приводящим к инвалидности, относятся ишемическая болезнь сердца и инфаркт миокарда, цереброваскулярная патология с хроническими и острыми нарушениями кровообращения, тяжелые стадии гипертонической болезни.

Ограничения жизнедеятельности во многом определяются выраженностью нарушений кровообращения, распространенностью патологического процесса и его характером, течением и стадией заболевания.

Умеренное нарушение функции кровообращения при ишемической болезни сердца, гипертонической болезни, церебральном атеросклерозе может привести к таким ограничениям жизнедеятельности, как способность к передвижению, обучению, трудовой деятельности. Это связано со снижением физической и психофизической выносливости больных, периодически возникающими приступами стенокардии или гипертоническими кризами, частыми головными болями, головокружением, снижением интеллектуальной продуктивности.

При выраженных расстройствах кровообращения страдают все функции жизнедеятельности, что приводит к снижению способности к самообслуживанию, передвижению, обучению, трудовой деятельности. При расстройствах мозгового кровообращения наблюдаются головокружения с неустойчивостью походки, головные боли, нарушения интеллектуально-мнестических функций, вплоть до слабоумия. При очаговых поражениях возникают нарушения статикодинамической функции (парезы, параличи, атаксия), которые приводят к расстройствам произвольной подвижности одной или нескольких конечностей, снижению мышечной силы. Следствием этих нарушений являются ограничения в сфере самообслуживания, самостоятельного передвижения. У людей возникают расстройства речи, слуха, зрения, снижение способности понимать обращенную к ним речь, писать, читать. В результате нарушается способность к общению и обучению. Ограничение способности контролировать свое поведение может быть вызвано эпилептиформными пароксизмами, зрительной агнозией, выраженными нарушениями психических функций. В тяжелых случаях больные могут полностью утратить навыки к самообслуживанию, соблюдению личной гигиены, к физиологическим отправлениям.

В остром и подостром периоде сердечно-сосудистых заболеваний основное место занимает *медицинская реабилитация* - лечебная физкультура, дозированные физические нагрузки, физиотерапия, санаторно-курортное лечение, диетическое лечебное питание. Цель медицинской реабилитации - восстановление функций систем и органов, нарушенных в результате болезни, совершенствование компенсаторных механизмов больного, снижение степени выраженности сердечной недостаточности, расстройств кровообращения, нарушений сердечного ритма, предотвращение

прогрессирования заболевания и рецидивов, т.е. осуществление вторичной профилактики.

Большое значение имеет *социально-психологическая реабилитация*, особенно после перенесенного инфаркта миокарда или инсульта. Применяются индивидуальная (психокоррекция, аутогенная тренировка) и групповая психотерапия. Психотерапевтические занятия призваны помочь больному справиться с перенесенным психическим стрессом, вызванным внезапным тяжелым, жизнеугрожающим недугом, невротическими расстройствами, а также настроиться на активное участие в реабилитационных мероприятиях.

Основная задача *социальной реабилитации* - обучение «жизни с инвалидностью»: организация диетического питания, режима труда и отдыха, обучение самопомощи и самообслуживанию, персональной сохранности, пользованию вспомогательными техническими средствами. Больному, имеющему статические и двигательные нарушения, приходится заново учиться ходить, есть, управлять руками, телом, выполнять ранее привычные и жизненно необходимые действия. Большое значение имеет обучение членов семьи решению проблем инвалидности, использованию вспомогательных приспособлений и устройств, помогающих самому инвалиду и уходу за ним.

Технические средства реабилитации подбираются в зависимости от вида и тяжести ограничений жизнедеятельности.

В качестве восстановительной терапии инвалидам с сердечно-сосудистыми нарушениями и их осложнениями в виде нарушений двигательных функций показана трудотерапия. Трудотерапия проводится в двух направлениях. Больные с выраженными нарушениями двигательной функции, вестибулярно-мозжечковыми расстройствами после медицинской реабилитации продолжают освоение и тренировку навыков обслуживания в реабилитационных отделениях в блоке социально-бытовой реабилитации. Такой блок представлен имитацией жилой комнаты и кухни, в которых размещены специализированный набор мебели, стол-стенд, настенный стенд с набором бытовых принадлежностей. Занятия с использованием специализированных устройств позволяют больным воспроизводить стереотипы повседневной жизни, что способствует восстановлению их нарушенных функций и приобретению самостоятельности в быту. Больные с незначительными и умеренными нарушениями двигательной функции, у которых способность к самообслуживанию существенно не ограничена, часто нуждаются в отработке координации движений и изолированных двигательных актов на стендах и бытовых приборах.

При *профессиональной реабилитации* обращается внимание на психофизические возможности больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Такому контингенту лиц противопоказаны значительные физические нагрузки, работа, связанная с нервно-психическим напряжением, в неблагоприятной экологической или экстремальной обстановке, при интенсивном шуме, вибрации, смене температур, вдали от населенных

пунктов. При нарушениях речи противопоказаны выполнение административных обязанностей, преподавательская деятельность.

Нередко необходимо создание специального рабочего места, оснащенного вспомогательным оборудованием и техническими приспособлениями.

Психосоциальные методы реабилитации. Одну из основных задач реабилитации составляют психологическая коррекция и психосоциальная помощь в сложных жизненных ситуациях, которые возникают у человека в связи с заболеванием или инвалидизацией. Знание социальными работниками психологических особенностей личности индивида с физическими и психическими дефектами способствует успешной реабилитации и адаптации его в обществе.

Нарушения психики могут быть первичными - непосредственно вызванными болезнью, врожденным дефектом или травмой головного мозга. Но возникают и вторичные психологически обусловленные нарушения психической деятельности. Инвалидизирующее заболевание, травма или дефект независимо от того, какова их природа, какой орган или функциональная система оказываются пораженными, создают особую объективную социально-психологическую ситуацию. Если такое происходит с взрослым человеком, то к этому времени он уже имеет сформированные в предшествующие периоды жизнедеятельности особенности психической организации: определенный уровень познавательных возможностей, мотивационную структуру личности, сложившийся уровень оценки своих возможностей и ожиданий. Возникающая социальная ситуация, связанная с наступлением инвалидности, резко снижает способности удовлетворения насущных потребностей, возможности социальной, профессиональной и личностной самореализации индивида. В результате возникает состояние фрустрации, т.е. реактивное состояние в ответ на невозможность удовлетворить потребности. Со всей очевидностью перед человеком, имеющего нарушение здоровья, встает сложная задача - как жить дальше в условиях болезни или дефекта.

Переживание болезни и инвалидности, накладывая особый отпечаток на всю личность больного в целом, также приводит к постепенному изменению эмоционально-волевой сферы, мыслительных процессов, к серьезной переоценке жизненных установок, социальных ценностей и становится источником для формирования дезадаптивного поведения. Дезадаптация поведения определяется физическими критериями (вынужденной изоляцией), физиологическими показателями (различными соматическими нарушениями, связанными с имеющимися повреждениями и травмами), социальными установками в виде определенных предубеждений («Я не такой, как все») и психологическими характеристиками (депрессией, апатией, агрессией, обидой, разочарованием и виной).

Психология человека с инвалидизацией сходна с психологией хронически больных людей.

Для анализа психических особенностей инвалидов необходимо остановиться на положениях некоторых теорий, которые позволяют рассматривать психологию инвалида как человека с формирующейся «внутренней картиной болезни».

Внутренняя картина болезни, по определению А. Р.Лурия, - это «все то, что испытывает и переживает больной, общее самочувствие, вся масса его ощущений, самонаблюдений, его представления о своей болезни, о ее причинах - весь тот огромный мир больного человека, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм».

Отношение больного к заболеванию определяется спецификой заболевания, возрастом, особенностями личности и нервной системы заболевшего, индивидуальными потребностями, а также факторами социальной среды, формирующими сознание и поведение человека. В системе потребностей, которые фрустрируются заболеванием, Н.Д.Лакосина и Г.К.Ушаков (1976) выделяют: витальные, общественно-профессиональные, этические, эстетические, связанные с интимной жизнью.

К социальным факторам, влияющим на формирование внутренней картины болезни (ВКБ), можно отнести объективные условия жизни больного: социальное и семейное положение, условия его жизни, диапазон вызванных болезнью функциональных ограничений, отношение родственников и социального окружения, появление новых проблем в семье, в профессиональной деятельности и т.д.

Существуют разные качественные классификации типов ВКБ, но в целом в зависимости от отношения к болезни формируется поведенческий стиль, который имеет следующие разновидности:

- компенсаторное поведение (борьба, адаптация);
- капитуляция перед болезнью;
- игнорирующее поведение - стремление больного не признавать дефекта.

Таким образом, в одних случаях ВКБ направляет поведение на преодоление болезни и ее последствий на функциональном уровне, а в других, наоборот, является фактором, который усугубляет течение болезни. ВКБ перестает выполнять адаптационную функцию и становится источником стресса. Она способствует развитию тревоги и вытесняет все ценности человека, сама, становясь сверхценностью.

Таким образом, ВКБ - основной комплекс вторичных, психологических по своей природе, симптомов заболевания, который в ряде случаев может осложнять течение болезни, снижать эффективность лечебных мероприятий и тормозить ход реабилитационного процесса. Этот вторичный симптомокомплекс сам по себе может стать источником стойкой инвалидизации больного.

По динамике ВКБ можно судить о постепенном изменении жизненной позиции инвалида, о присвоении им социальной «роли» инвалида, о

становлении нового смыслообразующего мотива - мотива сохранения здоровья, становящегося впоследствии зачастую новым ведущим мотивом деятельности и определяющим всю новую постболезненную направленность личности. Именно поэтому ВКБ является центральным психологическим образованием, на которое следует направлять реабилитационное воздействие.

Методами социально-психологической реабилитации служат психологическое консультирование, психотерапия, социотерапия, т.е. весь комплекс мероприятий, положительно воздействующих на больного или инвалида и создающих вокруг него психологически благоприятную микросоциальную среду.

Выделяют основные теоретические парадигмы психосоциальных вмешательств - психодинамические и поведенческие. По психодинамической теории, развитие личности определяется двусторонними отношениями «человек-среда» и их взаимным влиянием. Согласно концепции психосоциальной идентичности личности, предложенной Э. Эриксоном, личность воспринимает себя в неразрывном единстве со всеми своими социальными связями. Изменение социальных отношений приводит к трансформации прежней идентичности, что вызывает определенный кризис, продолжающийся до тех пор, пока индивид не сформирует новую идентичность. Психодинамический подход широко используется в современной психиатрии и психологии для понимания природы возникновения психических, личностных и поведенческих расстройств. В свою очередь, это дает основание для выбора социально-терапевтических воздействий. В практике психодинамической модели психосоциальной работы основной акцент делается на изучение природы проблем клиента в аспекте жизненного опыта и стереотипа разрешения межличностных конфликтов и реагирования на стресс.

Бихевиоризм (от англ. *behavior* - поведение) - направление в психологии, которое поведение человека понимает как совокупность реакций организма на воздействие внешней среды, на набор фиксируемых стимулов. Развившаяся в рамках бихевиоризма теория социального научения выдвигает положение о том, что поведение управляется тремя отдельными, но взаимодействующими регулирующими системами. Это - внешние стимулирующие события, внешнее подкрепление и, самое главное, промежуточные когнитивные процессы. Когнитивная модификация поведения подразумевает анализ интерпретации личностью своего жизненного опыта. Согласно данному подходу влияние средовых событий на поведение в большой степени зависит от когнитивных процессов, определяющих, каким именно средовым факторам уделяется внимание и как они интерпретируются индивидом.

На теориях социального научения и когнитивной модификации поведения основана поведенческая терапия, которая использует принципы, развитые в экспериментальной и социальной психологии.

Методы поведенческой терапии, которые применяются в психосоциальной работе, опираются на способность человека к целенаправленному и осмысленному изменению поведения. В процессе тренингов, ориентированных на решение конкретных поведенческих задач, человек учится справляться с жизненными трудностями и повышает свои способности к самоконтролю и активным действиям.

Психосоциальные методы аккумулируют в себе элементы психокоррекции, психотерапии и социальной работы. Психосоциальная помощь относится к наиболее важной составной части реабилитации лиц с проблемами здоровья и ограниченными возможностями, так как наряду с решением множества терапевтических задач она в обязательном порядке способствует улучшению социального поведения индивида.

Основные направления психосоциальной работы составляют:

- социотерапия личности (индивидуальные и групповые формы);
- психокоррекционная работа с реабилитируемой личностью и его ближайшим окружением (семьей, соседями, коллегами по работе, учебе или проведению досуга), включая семейную терапию, вовлечение инвалидов в групповые формы активности, в том числе в группы самопомощи, в психосоциальные клубы;
- информационно-образовательная работа с инвалидами и обществом.

Социотерапия - это меры социального терапевтического воздействия, которые стимулируют социальную активность личности и способствуют ее социализации. Методологическую основу социотерапии составляют некоторые психотерапевтические методы, ориентированные на приобретение и развитие социальных навыков, повышение компетентности в анализе ситуации, а также терапия микросредой, терапия занятостью, организация активного досуга, трудотерапия и другие методы реабилитации, которые позволяют улучшить социальное поведение индивида.

В процессе психосоциальной работы осуществляется психокоррекция, которая направлена на исправление недостатков в психическом развитии или поведении в случаях неудовлетворенности личности собой и собственной жизнью.

Выделяют следующие специфические черты, характерные для психокоррекционного процесса:

- ориентация на людей, имеющих в повседневной жизни трудности, проблемы и желающих изменить свою жизнь или ставящих перед собой цель повысить способность к самореализации;
- ориентация на здоровые стороны личности независимо от степени нарушения (может применяться как у психически здоровых, так и у больных людей при сохранении критики к собственной личности и поведению);
- направленность на изменение поведения, межличностных отношений (семейных, коллективных) и развитие личности клиента.

Психокоррекционная социальная работа проводится в индивидуальной и групповой формах. Психосоциальная работа в виде индивидуальной формы

получила название индивидуальной работы со случаем (social casework): социальный работник выступает в качестве основного и единственного инструмента воздействия на пациента. При этом контакт социального работника может осуществляться с одним пациентом или группой лиц (например, членами семьи пациента). Социальная работа с группой в таких случаях понимается как особая форма индивидуальной работы.

Наиболее распространенный метод индивидуальной психосоциальной работы - консультирование, при котором основным средством воздействия выступает целенаправленная беседа. Ее задача - помочь пациентам и их семьям справиться с интрапсихическими, межличностными, социоэкономическими трудностями, достичь адаптации в определенной ситуации или общественной среде, повысить эффективность управления собственной жизнью. Консультирование представляет собой серию сессий, направленных на решение проблемы.

Психосоциальная групповая работа ориентируется на техники и методы групповой работы, принятые в психотерапии и практике психологов и направленные на работу с людьми с различными социально-психологическими патологиями. В этом случае, в отличие от социальной работы с индивидом или группой лиц, где между отдельными ее членами нет жестко структурированных взаимоотношений, психотерапевтическая группа несет в себе определенный лечебный потенциал и является активным помощником социального работника в психокоррекционном процессе.

Методы групповой социально-психологической терапии. В практике групповой психосоциальной работы широкое распространение и популярность в связи с высокой эффективностью получили методы поведенческой терапии. В поведенческой терапии большую роль играет опыт корректирующего научения, тренинг умений, позволяющий пациентам приобрести новые навыки поведения, повысить свою коммуникативную компетентность или научиться преодолевать свои дезадаптивные привычки и разрушительные эмоциональные конфликты.

Тренинг социальных навыков направлен на повышение социальной компетентности инвалидов в повседневной жизни и конкретизируется в тех или иных сферах: домашнее хозяйство, работа, досуг. К основным видам жизненных умений, которым обучаются в группе, относятся управление эмоциями, планирование своего ближайшего и отдаленного будущего, принятие решений, родительские функции, коммуникативные умения.

Для терапии широкого диапазона межличностных проблем - от ограниченности социально-поведенческого репертуара до социальной тревоги - применяется тренинг ассертивности. Ассертивность - термин, означающий уверенность, настойчивость, напористость, способность утверждать себя. Неассертивные люди испытывают тревогу в социальных ситуациях и страдают от низкой самооценки, они не в состоянии выразить свои чувства и отстаивать свои законные права. Поведенческая репетиция для обучения ассертивности хорошо подходит для групповой терапии, поскольку члены группы могут обеспечить более разнообразную обратную

связь, чем один терапевт, и также способны быть источником целого спектра моделирующих влияний.

Помимо навыков самоутверждения и уверенности в себе существуют и другие социальные навыки, отсутствие которых может создавать определенные трудности в повседневной жизни. Например, знакомиться, общаться, разрешать межличностные конфликты. Целью различных многочисленных групп тренинга служат расширение поведенческого репертуара, умение действовать в различных жизненных ситуациях, повышение социальной компетентности как способности находить компромисс между самореализацией и социальным приспособлением. Ролевая игра, на которой строится тренинг, рассматривается как развитие анализа практической ситуации. Она с успехом может использоваться при наличии поведенческих и межличностных проблем.

Группы встреч. Их можно также отнести к группам роста или группам взаимной поддержки или самопомощи (*Self-help model*). Цель группы встреч - пробудить внутренние резервы, стремление к самоосознанию и межличностному развитию, к возможно полной реализации того потенциала, который заложен в каждом индивиде.

Группы совместной деятельности. Важно, что в процессе совместной деятельности члены группы устанавливают более тесные контакты, поощряют друг друга к активности и взаимодействию, ненавязчиво корректируют поведение и приобретают новые навыки. Такие группы особенно полезны для больных с выраженными дефицитарными синдромами и явлениями социальной дезинтеграции.

Группы терапии творческим самовыражением. Для длительно болеющих людей и инвалидов с успехом можно использовать метод терапии творческим самовыражением, разработанный для психически больных психотерапевтом М.Е. Бурно (1989). Метод направлен на обучение приемам целебного творческого самовыражения с осознанием ценности своей жизни.

Информационно-образовательная работа с инвалидами и обществом. В информационно-образовательной работе с инвалидами можно выделить два блока:

1. проведение образовательных программ, касающихся вопросов здоровья;
2. предоставление информации по правовым вопросам, о наличии сети реабилитационных учреждений, об общественных объединениях инвалидов и перечне предоставляемых ими услуг, о проведении культурно-массовых и спортивных мероприятий для инвалидов и т.п.

В образовательные программы, или, как их еще называют, «школы здоровья», входят лекции и вспомогательные информационные материалы (брошюры, буклеты), которые освещают клинические особенности того или иного заболевания, перечень мероприятий, необходимых для поддержания хорошего самочувствия и предотвращения обострений, современные достижения в лечении и реабилитации. Немаловажное значение для инвалидов имеют информация и образование, которые распространяются на

все жизненные области (о правах и льготах, о тех инстанциях и учреждениях, где можно получить помощь, о существующих в сообществах видах поддержки).

Литература:

1. Кувшинова Н. Ю.
Психокоррекционная работа с больными ишемической болезнью сердца с учетом параметров качества жизни. Автореф. докт. дисс., Самара, 2011
2. Лифинцева А. А.
Особенности социально-психологической адаптации к школе детей с хроническими соматическими заболеваниями. Автореф. докт. дисс., Москва 2005
3. Янковская Е. М.
Комплексный подход к психотерапевтическому сопровождению семей больных, перенесших инсульт. Автореф. докт. дисс., Санкт-Петербург, 2008
4. Лекции по медико-социальной реабилитации. <http://gendocs.ru/v19033/>