

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ВЫРАЖЕННЫМИ ДВИГАТЕЛЬНЫМИ И КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

На основании исследования больных в восстановительном периоде инсульта выявлены нерациональные установки, препятствующие лечению: переоценка тяжести состояния, недооценка собственных возможностей, негативизм. Разработаны приемы индивидуальной психологической коррекции нерациональных установок больных по отношению к лечению и к болезни: сужение и конкретизация цели, формирование партнерства с персоналом, сужение зоны болезни, расширение зоны болезни. В исследовании принимало 130 больных с последствиями инсульта в условиях реабилитационного стационара.

Ключевые слова: инсульт, реабилитация, нерациональные установки, психологическая коррекция.

N. Ermakova

PSYCHOLOGICAL CORRECTION IN REHABILITATION OF PATIENTS AFTER THE STROKE WITH MOTIONAL AND COGNITIVE DISTURBANCE FUNCTIONS

130 patients with consequences of the stroke were observed during regenerative treatment in the stationary center of rehabilitation of city hospital of St. Petersburg. The individual correction was offered mainly to patients with expressed motional, and moderated cognitive disturbance functions (agnea; apraxia and aphasia). The aim of the research was studying and correcting inadequate attitudes of

patients to the illness and to the treatment. The patients having irrational attitudes to the illness and to the treatment demonstrated overestimation of their illness; underestimation of their own abilities for recovery. These irrational attitudes interfered with the formation of adequate motivation to the treatment. An approach has been suggested for correcting the inadequate attitudes involving: 1) narrowing of the purpose of activity; 2) development of partnership; 3) expansion of the zone illness; 4) narrowing the zone of illness.

Keywords: stroke, rehabilitation, irrational attitudes, psychological correction.

В последние годы отмечают увеличение числа заболеваний церебральным инсультом, что делает актуальной реабилитацию постинсультных больных, направленную на восстановление нарушенных функций, социальных контактов, возвращение больного в общество и к посильному труду [4; 8].

Двигательные и чувствительные расстройства, возникающие после инсульта, нередко сопровождаются когнитивными нарушениями, депрессивными и невротическими реакциями на болезнь, что в значительной мере затрудняет формирование у больного позитивной установки на лечение. Представление больного о заболевании влияет на формирование внутренней картины болезни, а понимание больным задач лечения создает активную позицию больного по отношению к лечению, что в целом формирует позитивный комплайенс.

В связи с этим большое значение имеет психологическая помощь в реабилитации больных с последствиями инсульта, способствующая созданию активной направленности личности на преодоление дефекта, коррекции отношений к болезни и к лечению, созданию оптимистической лечебной и жизненной перспективы, формированию позитивного отношения к лечению и к болезни. Целью настоящей работы явилось исследование установок

личности больных по отношению к лечению и к заболеванию в зависимости от выраженности двигательных и когнитивных расстройств.

Нами наблюдались 130 больных с последствиями инсульта; в возрасте от 42 до 65 лет; 87 мужчин, 43 женщины; в процессе восстановительного лечения (2000–2006 годы), в стационарном центре реабилитации городской больницы № 40 Санкт-Петербурга.

Длительность заболевания у 56 больных — от двух месяцев до одного года; у 63 больных — от одного года до двух лет; у 11 больных — более двух лет. Двигательные нарушения по гемипаретическому типу наблюдались: у 41 больного — в выраженной степени; у 55 — в степени средней тяжести; у 34 больных — в легкой степени. Речевые нарушения (афазии) отмечались у 30 больных; сенсорные нарушения (снижение остроты зрения и слуха) — у 17 больных; когнитивные нарушения (апраксии, агнозии) — у 18 больных. У 31 больного инсульт был повторным.

Все больные получали комплексное восстановительное лечение, в процессе которого проводилась лекарственная терапия, дозированная ЛФК и физиотерапия; психологическая коррекция, трудотерапия, при необходимости — занятия с логопедом. Оценка уровня самообслуживания проводилась по шка-

ле Бартеля; оценка эмоционального состояния — по методике HADS [2]; оценка качества жизни — по опроснику, описанному в работе К. В. Логунова (максимальный балл — 5) [10]; отношение к болезни и к лечению — по 5-балльной шкале [5; 6]. Чем больше балл по шкале отношения к болезни, тем больше переоценка заболевания; чем больше балл по шкале отношения к лечению, тем больше ответственности берет на себя больной за исход болезни. По оценкам обеих шкал высчитывался индекс вовлеченности в процесс лечения (max — 30 баллов) [7].

Из-за выраженности когнитивных (афатических, сенсорных, агностических) нарушений у 10 больных оценку качества жизни проводили их родственники и близкие.

Был проведен сравнительный анализ средних значений показателей больных до проведения психологической коррекции и после её завершения. При сравнении применялся критерий Стьюдента; использовалась компьютерная программа Statistica ver 5.0.

По результатам экспериментально-психологического исследования, а также анализа клинического интервью и наблюдения были выявлены различные установки по отношению к заболеванию и к лечению. Больные с разными установками были объединены в две группы исследования. В первую группу вошли 54 человека. Для них была характерна значительная недооценка собственных возможностей по восстановлению нарушенных функций, выраженная переоценка тяжести состояния, депрессивные и ипохондрические реакции на болезнь, пес-

симистические установки по отношению к болезни и к лечению.

В первой группе наблюдалось 45 мужчин, 9 женщин. Речевые нарушения отмечались у 17 человек: сенсорная афазия — у 5; моторная афазия — у 7; акустико-мнестическая афазия — у 5. Сенсорные нарушения были отмечены у 11 больных: снижение зрения — у 5; снижение остроты слуха — у 6. Двигательные нарушения по гемипаретическому типу наблюдались: у 28 больных — в выраженной степени; у 19 больных — в степени средней тяжести; у 7 больных — в легкой степени. У 21 больного инсульт был повторным.

У 20 больных наблюдалась значительная переоценка тяжести состояния; они расценивали болезнь как «трагедию, катастрофу». Переоценка тяжести сопровождалась депрессивными переживаниями, близкими к отчаянию, особенно при понимании необходимости длительного периода восстановительного лечения; чаще она отмечалась у больных с выраженными двигательными расстройствами и нарушениями речи, значительно затрудняющими самообслуживание и общение.

Недооценка собственных возможностей наблюдалась у 27 больных. Недооценка возможностей сопровождалась ипохондрическими реакциями; самонеприятием; уходом от возможных радостей жизни (интересная книга, фильм, музыка, вкусная пища): «жизнь кончилась, все это уже не для меня».

У 7 больных наблюдалась значительная недооценка тяжести заболевания, отрицание болезни, что приводило к негативизму, к отказу от процедур («все пройдет само, со временем»); «ничего делать не на-

до»). Эта установка наблюдалась чаще у лиц с алкоголизацией в анамнезе и приводила, по сути, к саморазрушающему поведению.

Во вторую группу вошли 76 человек; В этой группе больных наблюдались нерациональные установки, которые приводили к формированию невротической реакции на болезнь.

Во второй группе наблюдались 42 мужчины, 34 женщины. Речевые нарушения отмечались у 13 человек: моторная афазия — у 7, акустико-мнестическая — у 3; дизартрия — у 3. Сенсорные нарушения (снижение слуха) — у 6 больных. Двигательные нарушения по гемипаретическому типу наблюдались у 76 больных: в выраженной степени — у 13; в степени средней тяжести — у 36 больных; в легкой степени — у 27 больных. У 35 больных имелись сопутствующие заболевания сердца: перенесенный инфаркт миокарда (в течение полугода–года); последствия операции на сердце (аортокоронарное шунтирование); наличие кардиостимулятора, мерцательная аритмия и др. Повторный инсульт перенесли 10 человек.

Установки долженствования доминировали у 12 больных («я должен быстро поправиться», «мне некогда болеть»). У них наблюдалась переоценка собственных возможностей, «вытеснение» болезни. Чрезмерная ответственность, взятая на себя за исход заболевания, сопровождалась тревогой, изнурительными занятиями «через не могу» на тренажерах, лечебной ходьбой и физкультурой. Чрезмерные нагрузки приводили к подъему артериального давления, к нарушениям сердечного ритма и частоты сердечных сокращений; к болезненности мышц после изнурительных занятий.

У 28 больных отмечалось обесценивание собственных усилий по восстановлению нарушенных функций («Я занимаюсь, но мне это мало помогает»). Длительное лечение приводило к разочарованию, к астено-депрессивной реакции на болезнь, чаще — у больных с длительностью заболевания больше года.

У другой части больных (11 человек) наблюдалось недоверие к специалистам («Я лучше знаю свою болезнь и знаю, что мне «можно», а что — «нельзя»). Больные отказывались от ряда процедур, настаивали на назначении других процедур, с их точки зрения более полезных, нередко противопоказанных им по состоянию здоровья. Недооценка тяжести заболевания больными приводила к необоснованно раннему расширению режима нервно-психической и физической нагрузки, что вызывало ухудшение показателей работы сердца, подъем АД. Недоверие чаще наблюдалось у больных — врачей по профессии, спортсменов-любителей.

У 25 больных наблюдалась установка на минимизацию усилий: «торопись медленно», «тише едешь, дальше будешь». Переоценка заболевания и снижение активности в лечении сочетались у них с боязнью повторного инсульта, с астено-фобической реакцией на болезнь и наблюдались чаще у лиц с сопутствующими заболеваниями сердца. Они исправно выполняли процедуры, но дополнительных усилий по разработке мышц паретической конечности, по самостоятельным занятиям лечебной физкультурой, ходьбой не прилагали, опасаясь ухудшения состояния. Эти нерациональные установки препятствовали формированию у больных адекватной мотивации и вовлеченности в процесс лечения; препятствовали взаимодействию с персоналом.

Лечащим врачом и другими специалистами (врачом лечебной физкультуры, физиотерапевтом, методистами ЛФК, трудотерапевтом,

логопедом) осуществлялось информирование больных о характере заболевания и особенностях возникших нарушений, а также разъяснялись задачи лечения. Психологом проводилось консультирование больных и психологическая коррекция.

Занятия проводились индивидуально и в группе. Они были направлены на осознание больными своих чувств и возможностей; на принятие ответственности на себя, преодоление сопротивления; на изучение и коррекцию неадекватных установок больных по отношению к болезни и к лечению. Использовались методы гуманистической психотерапии и консультирования [1; 11]. Занятия проводились в кабинете и в палате, два-три раза в неделю, в течение 40–50 минут.

Индивидуальная психологическая коррекция проводилась в палате преимущественно с пациентами с выраженными двигательными нарушениями. С больными с умеренными когнитивными нарушениями — речи, зрительного и слухового гнозиса; праксиса, а также с сенсорными нарушениями (снижение остроты слуха и зрения) — занятия проводились в кабинете.

Нами были разработаны приемы коррекции выявленных неадекватных установок больных, которые осуществлялись в процессе индивидуальной работы: 1) сужение и конкретизация цели деятельности; 2) формирование партнерства с персоналом; 3) сужение зоны болезни; 4) расширение зоны болезни.

Сужение и конкретизация цели деятельности. Применялось при установках с переоценкой тяжести заболевания, с обесцениванием собственных возможностей, а также

при негативизме. Из-за недостаточного умения больного дифференцировать свои усилия в восстановлении функций и осознавать свои актуальные возможности цель лечения казалась больному аморфной, нечеткой. Неконкретизированная цель при сопоставлении её с реальными возможностями расценивалась больным едва ли достижимой, что делало желание её добиться слабо выраженным.

С другой стороны, попытки воплощения нереальных в настоящий момент целей, не подкрепленных реальными возможностями (например, двигательными) приводили к осложнениям (падениям). В этом случае в процессе индивидуальной коррекции проводилась конкретизация цели. Психологическое воздействие направлялось на осознание больным собственных возможностей. Это достигалось за счет формирования реально достижимой цели восстановления нарушенных функций, за счет конкретизации и сужения масштаба цели. Так, вместо далекой и кажущейся нереальной цели — «вновь научиться ходить» — перед больным ставится более реальная и достижимая цель: «научиться стоять». Решение этой задачи могло быть обеспечено реальным состоянием двигательных функций больного. Следующим этапом формировалась задача: «ходить с поддержкой другого человека», затем — «ходить с поддержкой другого человека и с опорой на трость»; затем — «ходить без поддержки другого человека, но с опорой на трость». И лишь затем — «ходить без поддержки и опоры на трость», то есть самостоятельно. Таким образом, формировались ступеньки реального приближения к главной цели: «нау-

читься ходить». Достижение этих промежуточных целей вселяло надежду и укрепляло мотивацию к выздоровлению и к продолжению занятий и к лечению. При афазиях, например, ставилась другая цель: «научиться выражать мысли короткими фразами» вместо «научиться говорить» вообще и т. д. Сужение и конкретизация цели способствовали формированию адекватной возможностям мотивации.

Формирование партнерства с персоналом. Данный прием применялся при недоверии к помощи специалистов-реабилитологов, при переоценке собственных возможностей. В случае завышенной ответственности больного за исход лечения его требования, предъявляемые к себе, были выше реальных возможностей организма. Психологической задачей в этом случае являлось снижение чувства ответственности больного, повышение терпимости к оказанию ему помощи другими людьми. Проводилась демонстрация полезности тех приемов, которым обучают специалисты; формировались установки принятия партнерства с методистом ЛФК, трудотерапевтом, логопедом и другими специалистами.

Объектом воздействия этого партнерства являлась нарушенная функция или навык. У пациента формировалось терпеливое отношение к своим неудачным действиям, что способствовало самопринятию и интеграции образа «Я».

Сужение зоны болезни. Использовалось в случае обесценивания собственных усилий. В случае переоценки болезни возникала психологическая задача доведения до сознания больного уже имеющихся достижений в восстановлении функ-

ций. Для этого использовались убеждение, внушение, демонстрация упражняемости функций больного, способности его организма к выработке новых условных рефлексов и возможности сознательного управления новым навыком. На занятиях предлагались задания на выполнение различных действий, запоминание слов, ориентацию в пространстве; подчеркивалось улучшение выполнения их от занятия к занятию. Принцип наглядности помогал больному более объективно оценивать свои достижения.

Расширение зоны болезни. Этот прием применялся при недооценке заболевания, при неприятии помощи персонала, негативизме. В случае крайней недооценки болезни ставилась цель доведения до сознания больного наличия дефекта, коррекция которого была реальной и могла стать ближайшей задачей восстановления. Занятие проводилось в процессе естественного эксперимента, который переходил в обучающий эксперимент и формирование навыка. Предлагались задания на психомоторную координацию (удержать трость, карандаш), на долговременную память (назвать соседей по палате) и т. д.

Родственники больных нередко обращались за помощью к психологу с целью оптимизации своих отношений с больным; в случае негативизма больного, его отказа от процедур или агрессивного поведения. В отдельных случаях родственники были обеспокоены высказываниями больных по поводу никчемности жизни, что чаще отмечалось у больных первой группы. При выраженной депрессивной реакции на болезнь лечащим врачом назначалась лекарственная терапия в виде

антидепрессантов (коаксил, ата-
ракс).

С частью больных первой группы (31 человек) и со всеми больными второй группы (76 человек) после проведения индивидуальной работы проводились занятия в малой группе (3–5 человек) в условиях кабинета психотерапии. В группе обсуждались и корректировались неадекватные установки по отношению к болезни, к лечению, к жизни; формировались позитивные установки, применялась арт-терапия. Занятия арт-терапией были направлены на изучение и коррекцию эмоционального состояния, мобилизацию личности. Использовались нейтральные темы («времена года», «четыре стихии»), а также актуальные темы («мое настроение», «мой мир», «что я больше всего люблю»), проводилось музыкальное прослушивание, занятия рисованием на фоне музыки.

Некоторые родственники или близкие, сопровождающие больных, участвовали в арт-терапевтической сессии, в то время как большая часть родственников считала участие в арт-терапии для себя невозможным, некая невидимая черта, разделяющая мир больных и здоровых, была для них не преодолима. Одни опасались идентификации с ролью больного; у других роль «фасилитатора», «друга больного» еще не состоялась.

По завершению занятий отмечалась положительная динамика эмоционального состояния (шкала HADS), позитивная динамика по шкале самообслуживания Бартеля, по шкале отношения к лечению, а также по шкале качества жизни (см. табл. 1 и 2).

У больных с выраженными двигательными и когнитивными нарушениями после инсульта нередко возникают депрессивные, ипохондрические реакции на болезнь [3; 9, с. 217; 12, р. 987–995; 13]. В работе использована разработанная и модифицированная нами шкала косвенной оценки вовлеченности больного в процесс восстановительного лечения [5; 6; 7, с. 39–41]. Шкалы косвенной оценки уровня мотивации больного к восстановлению успешно используются в реабилитации больных с заболеваниями головного мозга [2; 14], а также при работе с больными с когнитивными нарушениями.

У больных первой группы исследования (с выраженными двигательными и когнитивными нарушениями) наблюдались установки, связанные со значительной переоценкой тяжести состояния, с недооценкой собственных возможностей, с негативизмом, и сопровождалась депрессивными, ипохондрическими реакциями на болезнь. У больных второй группы исследования (с умеренными двигательными и когнитивными нарушениями) наблюдались преимущественно невротические реакции на болезнь и проявлялись в установках долженствования, недоверия к помощи специалистов, в переоценке собственных возможностей.

Предварительное изучение отношения к заболеванию и к лечению, выявление нерациональных установок позволили дифференцировать индивидуально-психологические задачи в процессе коррекции, выработать наиболее целесообразные способы психологической помощи.

Таблица 1

Сравнительные показатели средних значений первой группы исследования до и после психологической коррекции

Показатели, 1-я группа (n = 54)	До психологической коррекции	После психологической коррекции	Достоверность различий
Шкала Бартеля	80,83±3,47	84,76±2,83	*
Качество жизни	2,59±0,34	2,86±0,38	
HADS Тревога	9,47±1,51	8,64±2,31	*
HADS Депрессия	11,13±1,77	9,61±2,05	*
Отношение к заболеванию	4,39±0,65	4,11±0,23	
Отношение к лечению	2,41±0,84	2,85±0,67	*
Индекс вовлеченности	16,26±2,14	18,34±2,16	*

Примечание. Знаком «*» отмечена достоверность различий $p < 0,05$.

Таблица 2

Сравнительные показатели средних значений второй группы исследования до и после психологической коррекции

Показатели, 2-я группа (n = 76)	До психологической коррекции	После психологической коррекции	Достоверность различий
Шкала Бартеля	88,16±2,43	92,14±2,18	*
Качество жизни	3,46±0,51	3,87±0,42	
HADS Тревога	8,24±1,67	7,87±1,37	*
HADS Депрессия	8,46±1,25	7,82±1,34	*
Отношение к заболеванию	3,42±0,64	3,28±0,65	
Отношение к лечению	2,68±0,71	2,92±0,63	*
Индекс вовлеченности	20,72±2,48	25,64±2,34	**

Примечание. Знаком «*» отмечена достоверность различий $p < 0,05$; знаком «**» — $p < 0,01$.

Разработанные нами приемы коррекции выявленных неадекватных установок — сужение и конкретизация цели деятельности, формирование партнерства, сужение зоны болезни, расширение зоны болезни — способствовали более успешному включению больных в процесс реабилитации.

Выводы. Применение консультирования и психологической коррекции в процессе восстановительного лечения постинсультных больных с когнитивными и двигательными нарушениями способствует формированию у них позитивного комплайенса, вовлеченности в лечебный процесс, созданию оптимистической лечебной и жизненной перспективы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александров А. А. Современная психотерапия. СПб.: Академический проект, 1997. 335 с.
2. Белова А. Н., Щепетова О. Н. Шкалы, тесты, опросники в медицинской реабилитации. М.: Антидор, 2002. 440 с.
3. Вейн А. М., Вознесенская Т. Г., Голубев В. Л., Дюкова Г. М. Депрессия в неврологической практике. М., 2002. 160 с.
4. Гусев Е. И., Скворцова В. И. Ишемия головного мозга. М.: Медицина, 2001. 326 с.
5. Демиденко Т. Д., Ермакова Н. Г. Основы реабилитации неврологических больных. СПб.: Фолиант, 2004. 304 с.
6. Ермакова Н. Г. Психологические предпосылки выбора методов психологической коррекции при восстановительном лечении постинсультных больных в условиях реабилитационного стационара: Автореф. дис. ... канд. психол.наук. Л., 1986. 21 с.
7. Ермакова Н. Г. Изучение отношения к болезни и к лечению, как способ выявления реабилитационного потенциала больного с последствиями инсульта // Многообразие психологической помощи. СПб.: Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена, 2008.
8. Кадыков А. С., Черникова Л. А., Шахпаранова Н. В. Реабилитация неврологических больных. М., 2008. 560 с.
9. Лившиц Л. Я., Лутоскина Е. Б. Лечение когнитивных нарушений у больных с хронической ишемией мозга // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2003. № 9. С. 217.
10. Логунов К. В. Оценка эффективности лечебных и диагностических методов. СПб., 1999. 26 с.
11. Меновицков В. Ю. Введение в психологическое консультирование. М.: Смысл, 2004.
12. Bidzan L., Bidzan M. Vascular factors and progression of cognitive decline in elderly people // Psychiatr.Pol. 2005. Vol.39. № 5.
13. Hachinsky V., Iadecola C. Vascular cognitive impairment .Stroke, 2004; 35: Suppl. 1:11:2615.
14. Wade D. T. Measurement in neurological rehabilitation. Oxford University Press, 1992.

REFERENCES

1. Aleksandrov A. A. Sovremennaja psihoterapija. SPb.: Akademicheskij proekt, 1997. 335 s.
2. Belova A. N., Schepetova O. N. Shkaly, testy, oprosniki v medicinskoj rehabilitacii. M.: Antidor, 2002. 440 s.
3. Vejn A. M., Voznesenskaja T. G., Golubev V. L., Djukova G. M. Depressija v nevrologicheskoj praktike. M., 2002. 160 s.
4. Gusev E. I., Skvorcova V. I. Ishemija golovnogogo mozga. M.: Medicina, 2001. 326 s.
5. Demidenko T. D., Ermakova N. G. Osnovy rehabilitacii nevrologicheskikh bol'nyh. SPb.: Foliant, 2004. 304 s.
6. Ermakova N. G. Psihologicheskie predposylki vybora metodov psihologicheskoj korrekcii pri vosstanovitel'nom lechenii postinsul'tnyh bol'nyh v uslovijah rehabilitacionnogo stacionara: Avtoref. dis. ... kand. psihol. nauk. L., 1986. 21 s.
7. Ermakova N. G. Izuchenie otnoshenija k bolezni i k lecheniju, kak sposob vyjavlenija rehabilitacionnogo potenciala bol'nogo s posledstvijami insul'ta // Mnogoobrazie psihologicheskoj pomoschi. SPb.: Izd-vo RGPU im. A. I. Gercena, 2008.
8. Kadykov A. S., Chernikova L. A., Shahparanova N. V. Rehabilitacija nevrologicheskikh bol'nyh. M., 2008. 560 s.
9. Livshic L. JA., Lutoshkina E. B. Lechenie kognitivnyh narushenij u bol'nyh s hronicheskoj ishemiej mozga // Zhurnal nevropatologii i psihiatrii im. S. S. Korsakova. 2003. № 9. S. 217.
10. Logunov K. V. Ocenka jeffektivnosti lechebnyh i diagnosticheskikh metodov. SPb., 1999. 26 s.

ПСИХОЛОГИЯ

11. Menovschikov V. Ju. Vvedenie v psihologicheskoe konsul'tirovanie. M.: Smysl, 2004.12. *Bidzan L., Bidzan M.* Vascular factors and progression of cognitive decline in elderly people // Psychiatr.Pol. 2005. Vol.39. № 5.

13. *Hachinsky V., Iadecola C.* Vascular cognitive impairment .Stroke, 2004; 35: Suppl. 1:11:2615.

14. *Wade D. T.* Measurement in neurological rehabilitation. Oxford University Press, 1992.