

Психологическая реабилитация после инсульта

“Psiholoģijas Pasaule” 2004, №5 (52.-56. Lpp) – ПЕРЕВОД НА РУССКИЙ

Карина Бородулина, Марина Кузнецова, Лига Калване.

Принято считать, что целевая аудитория работы психологов – это здоровые люди (имеется в виду психическое здоровье). И главная задача в работе психолога – это психологическая поддержка человека, поиск и осознание причин его трудностей, открытие внутренних ресурсов и освоение новых способов поведения.

Психологи также работают с людьми, у которых наблюдаются хронические заболевания. Ход выздоровления часто зависит от личностных особенностей человека и эмоционального фона человека. Так как причины многих болезней имеют именно психологический характер.

Однако, что делать, если человек перенес болезнь, которая повреждает его центральную нервную систему (ЦНС)? Насколько продуктивной может быть работа психолога с таким человеком? Каким образом психолог может ему помочь?

Задать себе эти вопросы заставил трагический случай, произошедший с энергичной, молодой и жизнерадостной женщиной – Мариной Павловной Кузнецовой. Это был инсульт и длительное восстановление после болезни. Желание помочь другу — стало основной причиной изучения возможностей психологической помощи людям, перенесшим инсульт. И уже в скором времени была создана программа психологической реабилитации и поддержки людей, перенесших инсульт и их родственников. В настоящее время наше сообщество уже имеет статус общественной организации, и называется «Vigor», что в переводе с латинского означает «жизненная сила», «жизненная энергия».

В данной статье мы познакомим вас с теоретическими закономерностями инсульта, ходом болезни, последствиями и возможностями реабилитации, а также посмотрим на ситуацию глазами человека, перенесшего инсульт – Марины Павловны Кузнецовой. Три года назад она перенесла серьёзный инсульт, который локализовался в левом полушарии мозга и вызвал паралич правой стороны тела, была нарушена речь.

В данной ситуации поиски возможностей психологической работы начались с углубленного исследования медицинских аспектов вопроса, необходимо было узнать причины и особенности процесса болезни. Теоретическая основа позволяет осознать механизмы выздоровления, а также дает представление о методах реабилитации, в том числе и психологической.

Что такое инсульт? Статистика. Проявления.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) инсульт занимает третье место в мире среди причин смерти сразу после болезней сердца, кровеносных сосудов и онкологии. В связи с этим, эта болезнь стала важной медико-социальной проблемой и требует организованной медико-социальной и психологической помощи. В государственный центр реабилитации «Вайвари», где проводится медицинская реабилитация больных после инсульта, каждый год попадает около 500 пациентов (по неофициальным данным). Кроме того, инсульт является одной из наиболее частых причин инвалидности, которая в большинстве случаев выражается нарушением движений. По статистике, предоставленной ВОЗ, в период обострения инсульта у 80-90% больных случается гемипарез (паралич, нарушения движений и чувствительности), в 40-50% случаев это сенсорные ощущения (осознание, обоняние и другие). 2/3 больных страдают от последствий инсульта, ощущая их повседневно.

Риск развития инсульта увеличивает артериальная гипертония (повышенное кровяное давление), сахарный диабет и другие факторы развития атеросклероза кровеносных сосудов – курение, повышенный уровень холестерина в крови, нарушения механизма свёртываемости крови и другие. Атеросклероз – наиболее частая причина инсульта (особенно в сочетании с гипертонией). Нужно отметить, что атеросклероз, в том числе атеросклероз головного мозга, случается у всё более молодых людей, и медиков больше не удивляют случаи заболеваний инсультом людей в возрасте 40 и даже 30 лет. Поврежденные атеросклерозом сосуды головного мозга становятся хрупкими и провоцируют спазматические состояния, диаметр сосудов заметно уменьшается, и это может вызвать нарушение кровообращения головного мозга, то есть инсульт.

Назовём основные проявления инсульта:

- расстройства важных функций организма – сознания, дыхания (ритм, глубина, частота), деятельности сердца и других внутренних органов;
- локальная неврологическая симптоматика (асимметрия лица, расстройства зрения, непонятная речь или ее неполноценность, частичный или полный паралич конечностей, судороги);
- Менингеальный синдром (резкие головные боли, рвота, напряжение мускулов при попытке выполнить любые движения).

Марина Павловна вспоминает начало болезни так: «Инсульт начался неожиданно. Была пятница, в субботу планировали поехать по грибы. Я пришла из магазина с покупками, а сын тем временем на пару минут вышел к друзьям. Помню, что я села и через мгновение почувствовала, что со мной случилось что-то необычное, непонятное. В этот момент хотела позвонить подруге, чтобы она ко мне пришла, потому что поняла, что мне нехорошо. Сняла трубку и больше не знала, как набрать номер. Я не испугалась – наверно, в работе мозга уже что-то пошло неправильно. Было только непонимание – я хотела позвонить, но не знала, как это делается. Потом в моих воспоминаниях пауза, помню только следующие события – пришел сын, потом врач, но цели его визита я не понимала. Также в больнице я какое-то время не понимала, где я нахожусь и что случилось.»

Последствия инсульта

Несмотря на развитие современной медицины, болезнь требует длительного лечения и реабилитации. И даже в случаях, когда оказана своевременная медицинская помощь, у больных инсультом наблюдается лишь частичное возобновление функций центральной нервной системы, которое выражается следующим образом:

- трудности при выполнении сложных движений (сложности координации движений, сохранения равновесия и др.);
- пространственная дезориентация;
- нарушение чувствительности;
- нарушения речевых функций:
- сенсомоторная афазия, когда страдают все аспекты речевых функций - как инициация речи, так и фонематический слух;
- моторная афазия, когда речь больных обычно плохо артикулирована, может быть интонационно не окрашена. Больной говорит короткими грамматически неправильными предложениями, в которых почти отсутствуют глаголы (телеграфный стиль), часто отмечаются длительные паузы;
- сенсорная афазия, когда происходит утрата фонематического слуха, нарушение понимания устной и письменной речи, отчуждение смысла слов: больной не способен выделить смысловую составляющую из слышимых им звуков речи;
- амнестическая афазия, когда преимущественно страдает распознавание существительных, что приводит к отчуждению смысла существительных. Больной не вполне понимает обращенную к нему речь, также нарушается понимание прочитанного текста. Его собственная речь бедна существительными, которые обычно заменяются местоимениями. Кроме этого, бывают значительные трудности при назывании предметов по показу. При этом больной своим поведением дает понять, что он знаком с предметом, может объяснить его предназначение, подсказка первых звуков, как правило, помогает;
- нарушение артикуляции и понимания речи других и прочитанного при сохранении внутренней речи;
- нарушение письма (аграфия) и чтения (алексия);
- нарушение способности к счету (акалькулия);
- ослабление памяти, интеллекта и концентрации внимания (когнитивные нарушения);
- нарушения в эмоционально-волевой сфере.

Таблица №1

Цели реабилитации на различных этапах болезни после инсульта

Этап болезни	Цель реабилитации
Обострение (до 4 недель)	Происходит восстановление утраченных функций (возвращение чувствительности и движений, возобновление кровообращения поврежденных органов)
Ранний период выздоровления (до 1 месяца)	
Поздний период выздоровления (до 1 года)	Улучшение функций. Вырабатываются адаптивные привычки, которые позволяют подстроиться под устойчивый неврологический дефект (если такой остается)
Резидуальный период выздоровления (через 1 год)	Улучшение социальной и повседневной адаптации пациента. Профилактика повторного инсульта.

Эти последствия ярко характеризует рассказ Марины Павловны о своем выздоровлении: «Я не могла говорить. Я лежала в Клинической Больнице «Гайльззерс», в первые же дни ко мне пришел физиотерапевт и я, лежа в кровати, занималась зарядкой, поскольку встать я не могла. После того, как меня перевели в Бикерниекскую больницу, ко мне пришел логопед, и начал учить меня говорить, показывая картинки. Помню, на первой картинке был изображен дом – я смотрела, знала, что это, а сказать ничего не могла. Тогда впервые меня охватил страх – я начала осознавать, что со мной действительно произошло что-то нехорошее. Страх усилило неведение о моем диагнозе, о случившемся, вообще о положении дел, и все это дополнялось бессилием высказаться. Может, было бы лучше, если я была бы без сознания, но именно тогда я стала осознавать происходящее. Неизвестность вызывает ужас. Только после такого переживания можно по-настоящему понять больного инсультом, который в таком отчаянии, что думает о самоубийстве. Я начала разговаривать только через два месяца после инсульта. Первое слово было «мама»».

Перемены в поведении больного, которые связаны с нарушением эмоций и воли, зависят от локализации инсульта:

- Если повреждения в лобной части, у больного наблюдается так называемый апато-абулический синдром (понижение психической активности), который выражается в недостатке интереса к жизни (апатии), пониженной активности и деятельности, слабой воле, также в ослаблении интеллекта и критического отношения.
- Обширные повреждения левого полушария мозга называются синдромом эмоциональной лабильности (понижении активности психики и движений, недооценка нарушений своих движений и нежелание их устранить, недостаточность чувства меры и такта, переизбыток эмоций, затрудненная социальная адаптация).

Основные положения психологической реабилитации

Конечно, реабилитация больных должна проходить в течение всей болезни, как это указано в таблице №1.

Обычно программа реабилитации больных после инсульта включает медикаментозную терапию, физиопроцедуры, рациональное питание, логопедическую коррекцию, кинезотерапию (терапию с использованием различных движений), психотерапию и психокоррекцию (психологическое развитие).

Считается, что психологическая работа может начинаться в резидуальном периоде, но в интервью Марина Павловна рассказывает следующее:

«В Бикерниекской больнице были доступны услуги логопеда и физиотерапевта. Но представьте себе – ты в больнице, не можешь встать, другие движения тоже ограничены, не знаешь, что с тобой произошло, предчувствуешь что-то плохое, не можешь говорить, хотя понимаешь речь. Родственники приходят и разговаривают с тобой, но тоже мало знают. В такой ситуации, по-моему, необходима помощь психолога – специалиста, который, не углубляясь в тонкости болезни, рассказал бы о ее серьезности, длительности повреждений, и то, что эти повреждения излечимы, и как я могу помочь сама себе и врачам, которые меня лечат. Несколько визитов помогли бы уменьшить тревогу и страх, способствовали бы вере в выздоровление. Для больного инсультом важна каждая минута соприкосновения с окружающим миром, и слово специалиста имеет большое значение». О своем опыте реабилитации в «Вайвари» Марина Павловна рассказывает: «Медицинская реабилитация в «Вайвари» (занятия с логопедом, массаж, рејттерапия и др.) мне очень помогла, я улучшила свои физические функции и продолжаю это делать. Была там шесть раз, но только один раз принимала участие в психологическом курсе. Нужно сказать, что были и некоторые барьеры, например, возраст. Кажется, я прожила так долго, что казалось странным спрашивать что-то у психологов, молодых девочек. Но необходимость разговаривать и консультироваться была.»

Мы также считаем, что психолог может включиться в программу реабилитации уже в ранний период выздоровления, оказывая психологическую поддержку больному и настраивая его на выздоровление.

В работе с больным инсультом психолог может повлиять на речевую и другую активность человека. В первую очередь здесь подразумевается активность движений. В современной психофизиологии бытует взгляд, что возобновление неврологических функций, зависит от:

- фактора времени (так называемое «терапевтическое окно», когда выздоровление возможно и проходит эффективно);
- нейропластичности – способности головного мозга компенсировать структуральные и функциональные нарушения в случае органических расстройств.

Исследования свидетельствуют, что на пластичность можно повлиять как фармакологическими препаратами, так и участвуя в специальных реабилитационных программах, где стимулируется активность движений. Восстановление активности – это одно из наиболее значимых направлений реабилитации, потому что активность предполагает восстановление важнейших механизмов – нейронов биологической адаптации и активацию сохранившихся связей нервных ячеек. Результаты серии экспериментов свидетельствуют, что те структуры головного мозга, в которых сохранилось 10–20% структурных элементов, могут возобновить свое нормальное функционирование. Доказано, что активация частей тела, затронутых инсультом, влияет на функциональную реорганизацию головного мозга. В связи с этим спорным становится мнение, что больной инсультом может только компенсировать утраченные функции. Постоянно развивая работоспособность затронутых органов, можно добиться и большего эффекта.

Эмоциональное состояние больного инсультом

Известно, что эмоциональное состояние в первые недели и месяцы после перенесенного инсульта неустойчиво, обостряются характерные черты личности: возможна апатия, плаксивость, у других – агрессивность, импульсивность, проблемы в отношениях с близкими людьми. На эти процессы влияют и упомянутые повреждения головного мозга, и длительное изнурительное лечение, необходимость находиться в стационаре, быть под присмотром, а также физическая боль. Больной осознает, что его жизнь изменилась в худшую сторону, и эти перемены затронут его семью. В связи с этим человек перенесший инсульт, испытывает душевные страдания, болезненно переживает потерю привычного жизненного уклада, чувствует стыд за свою беспомощность, боится инвалидности и зависимости от окружающих.

Такие чувства могут вызвать депрессию. Больной не верит в возможность выздоровления, теряет интерес к жизни, прекращает активно участвовать в мероприятиях реабилитации, часто в отношениях с близкими проявляет грубость и раздраженность. Депрессия, которую вызвал инсульт, становится помехой на пути к выздоровлению – больной сам не прикладывает усилий, а также отвергает помощь врачей и близких. Психолог может помочь вырваться из этого замкнутого круга.

Формы психологической реабилитации и возможные способы работы

Обязательное условие реабилитации – это общение с больным. Профессиональные навыки психолога дают возможность установить отношения с больным на нужном уровне и последовательно оказывать поддержку. Важно поддерживать контакт с человеком, это стимулирует активность его речи.

Также нужно расширять круг общения больного, это можно реализовывать уже на более позднем этапе болезни, организуя, например, группы поддержки. Марина Павловна аргументирует это так: *«Больной инсультом вдали от работы, это вызывает чувство изоляции. Мы, больные, можем решить многие свои проблемы, но желание выговориться можно реализовать только в обществе. Организуя клуб, мы достигаем этой цели. У нас есть много специфических вопросов, за ответом на каждый из них не хочется идти к врачу. Вместе мы можем и поговорить и поделиться опытом, поддержать друг друга».*

Такой группой может руководить и профессионал, и доброволец из среды больных, который прошел курс реабилитации и освоил способы психологической поддержки. В нашей общественной организации «Vigor» группой поддержки руководит сама Марина Павловна: *«Я очень довольна возможностью трудиться в проекте (и в роли клиента, и как организатор) потому, что труд наполняет жизнь смыслом, дает возможность увидеть в ней перспективы».*

Написание картин руками или кистью, занятия с пластилином стимулируют восстановление движений и помогают раскрыть внутренние силы, освободиться от переживаний и почувствовать удовлетворение от творческой работы. Как уже упоминалось, активность является «ключиком» для больных инсультом в выздоровлении. Для повышения эффекта восстановления двигательных возможностей были разработаны комплексы лечебной гимнастики с элементами телесно-ориентированной психотерапии, специальные дыхательные упражнения с использованием релаксационной техники, позволяющие снять телесное напряжение и восстанавливать координацию движений. Методы телесной терапии помогают больному установить контакт со своим телом и принять его (что является непростой задачей для больного инсультом, учитывая нарушения движений или асимметрию лица).

Для активизации творческих сил человека, открытия его личностных ресурсов, развития сенсомоторики людям после инсульта предлагается программа «Реабилитация через творчество», где проводится работа с природными материалами и различными по структуре и форме материалами (пластилином, проволокой, фольгой, крупой, тканью, шерстяными нитками и др.), а также рисование, аппликация и т.д. При терапии искусством происходит так называемая активация положительных переживаний, что, в свою очередь, способствует налаживанию новых нейронных связей. Поэтому этот метод имеет большое значение в психологической реабилитации после инсульта.

Так как в результате болезни ослабляется память и другие когнитивные способности, психолог может успешно использовать весь свой профессиональный арсенал методов развития памяти и других познавательных процессов.

Программы «Жизненный путь» и «Жизненный оптимизм» имеют еще одну цель – это смена стратегии поведения больных, которая дает возможность улучшить адаптацию даже в ситуации значимых дефектов движения. Психолог может разработать целевую программу, ориентированную на использование в резидуальном периоде, в котором человек может понять, как, изменяя свои установки, взгляды, отношение к своей жизни, к себе и другим, можно научиться получать от жизни больше наслаждения и чувствовать её насыщенность.

Особой целевой аудиторией работы психолога являются также и родственники больного, которым нужно помочь понять как переживания родного человека после инсульта, так и их собственные, а также выстроить правильные взаимоотношения с больным. Общественная организация «Vigog» предлагает для родственников людей, перенесших инсульт, и индивидуальные психологические консультации, и возможность посетить группы поддержки.

При поиске новых возможностей психологической реабилитации после инсульта необходимо учитывать, что важно комбинированное и скоординированное использование медицинских и социально-психологических мероприятий, которые способствуют восстановлению физической, психологической и социальной активности человека. Ни возраст пациента, ни неврологические и соматические болезни, ни глубина постинсультного дефекта не исключают эффективного реабилитационного процесса.

Еще пару слов из опыта Марины Павловны: *«После больницы мои сыновья и муж все время побуждали меня что-то делать. Это было очень правильно, потому что личная активность помогает выздороветь. У человека, перенесшего инсульт, есть только два варианта: работать, искать, использовать помощь и прогрессировать или отказаться от возможной активности и застрять у пульта телевизора, телефона и регрессировать. Третьего не дано».*

Перевод Евгении Брониславны Забельской