

Психоэмоциональное состояние личности после перенесенного инфаркта миокарда

Давыдова Анастасия Ивановна, студент
Мазлов Алексей Михайлович, ассистент кафедры биологии
Астраханский государственный медицинский университет

Существует множество факторов, воздействующих на психику человека. Каждый из них в разной степени влияет на нервную систему и определяет психическое состояние личности. Мы рассмотрим один из наиболее значимых эндогенных факторов, определяющих качество жизни. Им выступает здоровье.

Нам привычно взаимодействовать с окружающей средой, строить планы и корректировать их по своему усмотрению. Но все меняет болезнь. Она вторгается в наш привычный образ жизни и погружает в атмосферу борьбы с телесными недугами. Как экзистенциально значимое событие в жизни человека, болезнь приводит к изменению системы ценностей личности, взглядов и поведения. В настоящее время известно более 10 тысяч болезней, из-за огромного разнообразия они подразделены и классифицированы ВОЗ.

Анализируя статистические данные в России, лидирующим выступает заболевание сердца и сосудов, это порядка 55 % от общей смертности населения. Прежде всего, это - инфаркт миокарда. Продолжительность жизни после перенесенного недуга определяется не только эффективностью лечения, но и отношением к больному к рекомендациям [2]. Данный подход регламентирует основные компоненты реабилитационного периода для пациентов постинфарктного состояния. Критерии благополучного исхода включают не только физическую активацию, но и психическую реадaptацию. Тяжелое заболевание изменяет привычный образ социального поведения человека, оно ограничивает его возможности на пути к осуществлению различных видов деятельности, то есть происходит смена места, занимаемого им прежде. В связи с этим наблюдается депрессивное состояние, вялость, снижение волевой активности, апатичность, ограничение круга интересов, утрата доверия к окружающим и врачам, падение работоспособности. В совокупности все эти факторы олицетворяют картину психического облика индивида. От осознания невозможности возврата к прежнему образу жизни больной компенсирует свою физическую недееспособность агрессией [1,4,5].

Психической проблемой выступают осведомленность пациента о том, что жизнь после инфаркта укорачивается, из-за необратимых изменений ткани сердечной мышцы, снижение сократительной функции приводит к развитию сердечной недостаточности и другим последствиям. Тревога за свою жизнь преследует больного, а беспокойство и страх смерти определяет чрезмерное погружение в себя. Такие больные часто мнительные, озабочены только своим состоянием. В большинстве случаев кардиологические пациенты имеют ипохондрический тип реакции на болезнь [1].

Массивная невротоподобная симптоматика нередко выступает одной из важных причин задержки выздоровления. Смысловая структура болезни для человека является весьма существенной и меняет оценку настоящего, угнетает перспективы на будущее. В связи с этим возникает определенный стиль поведения, заключающийся в сосредоточении на болезни, возвращает мысли к пережитому. Такие люди нуждаются в должном уходе и постоянном наблюдении со стороны близких и родственников. На этом фоне нередко возникает феномен созависимости, то есть это заболевание выступает психотравмой не только для самого больного, но и для членов семьи. Участвуя в реабилитационных мероприятиях, родственники невольно становятся объектами агрессивного поведения страдающего [3].

Особое значение приобретают при этом колебания настроения, обусловленные страхом "за сердце" без выраженной интеллектуальной обработки. Здесь важна эмоциональная поддержка больного. Необходимо разделять его трудности и понимать его переживания, ликвидировать стрессовые и психоэмоциональные ситуации, укреплять позицию выздоровления и хвалить за малейшие успехи в лечении. Положительная динамика возрастает в условиях групповой работы с кругом аналогичных пациентов, когда действует психологический закон разделения опасности «я не одинок». Большое внимание уделяется системе контактных взаимоотношений с врачом. Ему ни в коем случае нельзя играть роль «спасителя», она предполагает принятие от больного роли «жертвы», препятствует собственной активности пациента, лишает его социальной самостоятельности. Поэтому пациент должен иметь достоверную информацию по заболеванию и способам лечения, избегая жесткой профессиональной медицинской терминологии.

Большое значение имеет то, как идентифицирует себя больной человек. Отсюда вытекает понятие "сознание болезни", что и формирует соответствующую реакцию на заболевание. Отношение к физическим недугам складывается из восприятия больным своей болезни, ее оценки, связанных с ней переживаний и вытекающих из такого отношения намерений и действий [1].

Именно поэтому: динамика психического статуса пациента определяется главным образом исходной тяжестью соматического состояния, а поведение детерминируется сформировавшимися в догоспитальный период установками в отношении здоровья и болезни. Безусловно, чтобы идти в верном направлении, пострадавшему лицу необходимы психологические вмешательства на госпитальном и реабилитационных этапах. Это помогает построить жизненные перспективы, правила, которые способствуют реабилитации и осознанию собственных возможностей в борьбе за счастливое будущее.

Литература:

1. Ермолаева Т.Н., Булах Н.А. Опыт применения методов психологической диагностики в медицинской практике// В сборнике: Весенние психолого-педагогического чтения. Материалы Межрегионального научно-практической конференции, посвященной памяти почетного профессора АГУ А.В. Буровой. 2017. С. 153-156.
2. Красовский В.С., Мазлов А.М., Гасанов К.З., Горст В.Р. Действие излучения сотового телефона на работу сердечно-сосудистой системы. // В сборнике: Всероссийская молодежная конференция "Инновации и технологии Прикаспия". Всероссийская научно-практическая конференция "Исследования молодых ученых - вклад в инновационное развитие России" Министерство образования и науки Российской Федерации. 2012. С. 442.
3. Мазлова И.И., Таджиев И.Е., Мазлов А.М. Особенности взаимодействия в диполе «Врач - ВИЧ-инфицированный пациент»// Актуальные вопросы современной медицины: материалы III международной конференции прикаспийских государств. – Астрахань. 2018. С. 117-119.
4. Новикова Е.В., Мазлов А.М. О снижении летальности от инсультов в стационарах Астраханской области// Актуальные вопросы современной медицины: материалы III международной конференции прикаспийских государств. – Астрахань. 2018. С. 140-141.
5. Сухарев А.Е., Ермолаева Т.Н., Булах Н.А., Ахушкова Л.М., Крупнов П.А. Комплексное исследование психо-соматического здоровья молодого населения в Астраханском регионе//Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2011. № 6-1. С. 103-104.