

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ОНМК**

**Светкина А.А.**

*Светкина Анастасия Александровна*

*ассистент кафедры медицинской психологии и психотерапии; федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ул. Чапаевская, 89, Самара, 443099, Россия. Тел.: 8 (846) 260-78-29.*

*E-mail: asvetkina@yandex.ru*

### **Аннотация**

Статья посвящена проблемам нейрореабилитации пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК). Мы разработали программу нейропсихологической реабилитации и программу личностно-ориентированной психологической коррекции с учетом факторов психической адаптации при ишемическом инсульте. С помощью проведенного исследования определены основные направления психологической коррекции на основе когнитивно-поведенческого подхода, повышающие эффективность нейрореабилитации в целом.

В настоящее время отмечается рост числа сосудистых заболеваний, в том числе сосудистых заболеваний головного мозга, не только в России (заболеваемость инсультом остается одной из самых высоких и составляет 3,4 на 1000 человек в год), но и во всем мире. В результате значительных социально-экономических перемен, произошедших в России за последний период, сохранение и дальнейшее развитие профилактического направления отечественной медицины не только не утратило своей актуальности, но приобрело еще большую значимость. Это потребовало разработки новых организационных профилактических мероприятий.

Программа психологического сопровождения пациента после инсульта должна быть системной и комплексной, направленной на формирование адаптивных копинг-стратегий и социально-психологической адаптации в болезни, в преодолении эмоционально-волевых нарушений, стрессовых факторов болезни, инвалидизации и социальной депривации. Системный и целостный подход к личности пациента с инсультом позволяет повысить эффективность лечения и реабилитации.

**Ключевые слова:** психологическая коррекция; когнитивно-поведенческий подход; нейрореабилитация; нейропсихологическая реабилитация; инсульт; ОНМК.

УДК 159.9: 616.831-005

### **Библиографическая ссылка**

Светкина А.А. Психологическая реабилитация больных с ОНМК // Медицинская психология в России. – 2016. – Т. 8, № 5. – С. 7. doi: 10.24411/2219-8245-2016-15070

*Поступила в редакцию: 20.09.2016    Прошла рецензирование: 15.10.2016    Опубликовано: 02.11.2016*

### **Актуальность**

В настоящее время отмечается рост числа сосудистых заболеваний, в том числе сосудистых заболеваний головного мозга, не только в России (заболеваемость инсультом остается одной из самых высоких и составляет 3,4 на 1000 человек в год), но и во всем мире. Примерно 40% инсультов влекут нарушения высших психических функций (ВПФ) (в том числе речи), которые, как правило, сочетаются с нарушениями движений в конечностях, что в большинстве случаев приводит к инвалидизации [1; 2; 5].

Среди современных медико-социальных проблем здоровья цереброваскулярные заболевания занимают особое место. Ежегодно в Российской Федерации свыше 450 тыс. человек переносят острые нарушения мозгового кровообращения. Кроме того, они занимают второе место среди причин смерти: в течение года с момента заболевания умирает более 200 тыс. человек [2; 4]. Последствия острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) лидируют среди причин первичной инвалидности. Число больных, перенесших инсульт и получивших в результате стойкую нетрудоспособность, приближается к одному миллиону человек, причем у четверти из них установлена инвалидность [8; 11].

В России уровень инвалидизации после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения колеблется в пределах 75—85%, что значительно выше соответствующих показателей в европейских странах, составляющих 25—30% [16; 17; 25; 26]. При традиционной медицинской коррекции неврологического дефицита к труду возвращалось 20,0% пациентов. После прохождения курсового восстановительного лечения в условиях специализированного реабилитационного учреждения этот показатель достигал 61,0% от общего числа зарегистрированных больных [6; 10; 12].

В результате значительных социально-экономических перемен, произошедших в России за последний период, сохранение и дальнейшее развитие профилактического направления отечественной медицины не только не утратило своей актуальности, но приобрело еще большую значимость. Это потребовало разработки новых организационных профилактических мероприятий [9; 13].

Программа психологического сопровождения пациента после инсульта должна быть системной и комплексной, направленной на формирование адаптивных копинг-стратегий и социально-психологической адаптации в болезни, в преодолении эмоционально-волевых нарушений, стрессовых факторов болезни, инвалидизации и социальной депривации. Системный и целостный подход к личности пациента с инсультом позволяет повысить эффективность лечения и реабилитации [3; 4; 14; 15].

Личностно-ориентированный клинико-психологический подход к реабилитации при данном заболевании будет способствовать разработке адаптивных терапевтических стратегий преодоления болезни, нахождения психического ресурса личности, что повысит качество жизни пациентов, перенесших инсульт.

**Цель:** в комплексной программе нейрореабилитации пациентов с ишемическим инсультом разработать программу личностно-ориентированной психологической коррекции с учетом факторов психической адаптации при ишемическом инсульте.

**Объект:** факторы психической адаптации при ишемическом инсульте.

**Предмет:** динамика когнитивных нарушений (КН), эмоциональное состояние, отношение и поведение при ишемическом инсульте и психическая адаптация в болезни.

**Задачи:**

- 1) выявить степень выраженности КН, динамические характеристики КН, специфичность патологических изменений;
- 2) установить выраженность эмоциональных нарушений в зависимости от локализации поражения;
- 3) разработать программу личностно-ориентированной психологической коррекции с учетом факторов психической адаптации при ишемическом инсульте.

## Методы исследования

I. Клинико-психологический — исследование клинических групп с помощью психологических методик.

- 1) *психобиографический метод, наблюдение;*
- 2) *нейропсихологическое исследование* — Монреальская шкала оценки когнитивных функций (The Montreal Cognitive Assessment — MoCA, Dr Nasreddine Z., 2003); краткие шкалы оценки когнитивных нарушений (MMSE, FAB, КНОКС);
- 3) *исследование отношения к болезни* — методика «ТОБОЛ» (Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева), направленная на диагностику типа отношения к болезни;
- 4) *исследование поведения в болезни* — опросник «Способы совладающего поведения» (Folkman & Lazarus, 1988 г.);
- 5) *исследование психопатологической симптоматики* — Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS, Zigmond A.S. и Snaitth R.P., 1983).

II. Статистический — использование методов математической статистики (при сравнении групп использовался критерий Манна — Уитни для независимых выборок и Т-критерий Вилкоксона для зависимых выборок; для установления корреляционных связей использовался коэффициент корреляции Спирмена; для валидации методик — факторный анализ, для анализа влияния переменных использовался регрессионный анализ). Для статистического анализа использовался программный пакет SPSS for Windows, Standart Version 11.5, Copyright © SPSS Inc., 2014.

## Характеристика обследованных групп

*Клиническая выборка.* Исследование проводилось на базе неврологического отделения для больных с ОНМК Регионального сосудистого центра ГБУЗ СОКБ им. В.Д. Середавина на этапах стационарного лечения и 6 месяцев после выписки. В исследовании принимали участие 59 пациентов с верифицированным диагнозом «Ишемический инсульт». Группа представлена 30 мужчинами и 29 женщинами в возрасте от 47 до 59 лет. Из исследования исключались: пациенты с нарушениями сознания; пациенты с афазией грубой степени выраженности; пациенты с выраженными зрительными агнозиями; пациенты с грубыми нарушениями модально-неспецифического внимания; пациенты с дефицитом программирования и контроля, а также со снижением критики к своим нарушениям; пациенты, набравшие меньше 19 баллов по «Монреальской шкале оценки когнитивных функций» (MoCA). Нами выбраны больные без речевых нарушений. Средний возраст пациентов составил  $56,6 \pm 7$  лет.

## Результаты

В результате проведенного исследования установлено, что жалобы, высказывания, поведение пациентов соответствуют четырем уровням психического отражения болезни, таким как: чувственный — жалобы на боли в конечностях, спине, головные боли и т.д. (53%); эмоциональный — жалобы на сниженное настроение (62%), страх (47%), тревогу перед будущим (89%), сожаление о резком изменении стиля жизни (75%), чувство вины перед родственниками (52%); интеллектуальный — когнитивные нарушения различной степени выраженности [3], недостаточная информированность об ОНМК и возможностях реабилитации (79%), думают, что их заболевание — «приговор» (69%); мотивационный — нарушения мотивации, анозогнозии или гипозознозии (47%), отказ от выполнения рекомендаций врача, в том числе от реабилитационных мероприятий (61%).

### Тип отношения к болезни

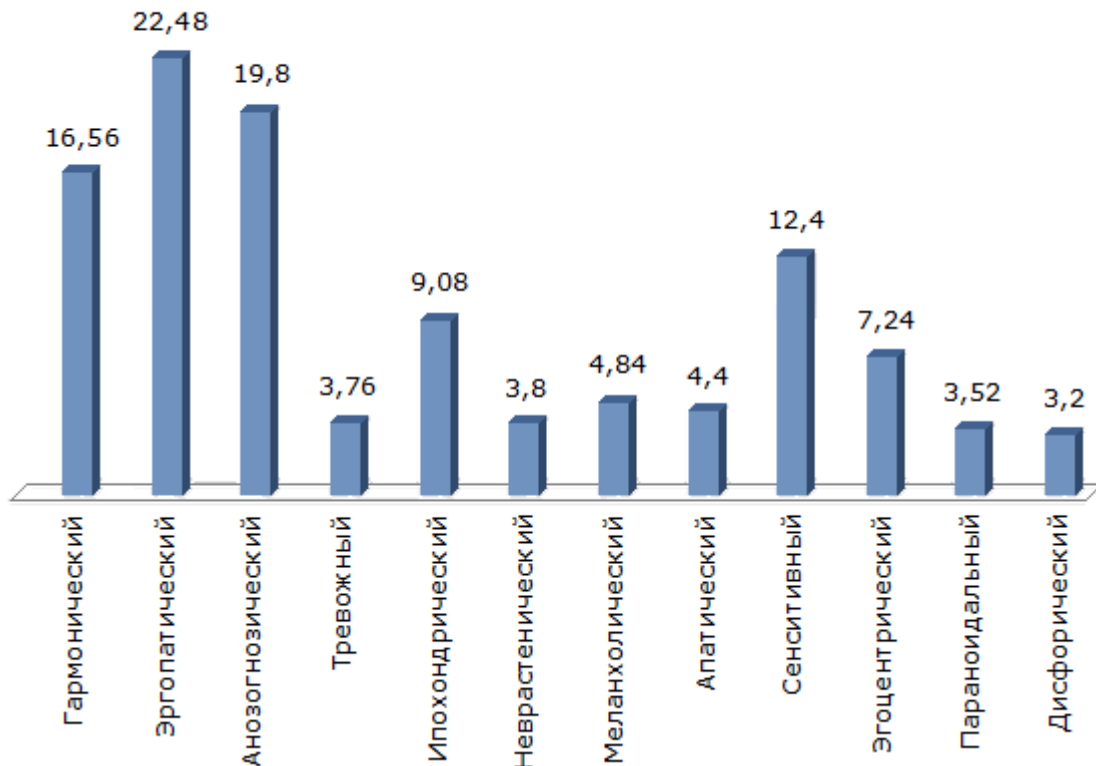


Рисунок 1. Тип отношения к болезни пациентов, перенесших ОНМК

Мы выяснили, что для пациентов, перенесших ОНМК, характерны: эргопатический тип отношения к болезни, который проявляется стремлением во что бы то ни стало сохранить профессиональный статус и возможность продолжения активной трудовой деятельности в прежнем качестве; анозогнозический тип отношения к болезни, характеризующийся активным отбрасыванием мыслей о болезни (пациенты испытывают надежду на то, что «само все обойдется»), легкостью нарушений режима и врачебных рекомендаций (рис. 1).

Также для наших пациентов характерны повышенный уровень тревоги и состояние, соответствующее субдепрессивному уровню по «Госпитальной шкале тревоги и депрессии».

### Копинг-стратегии

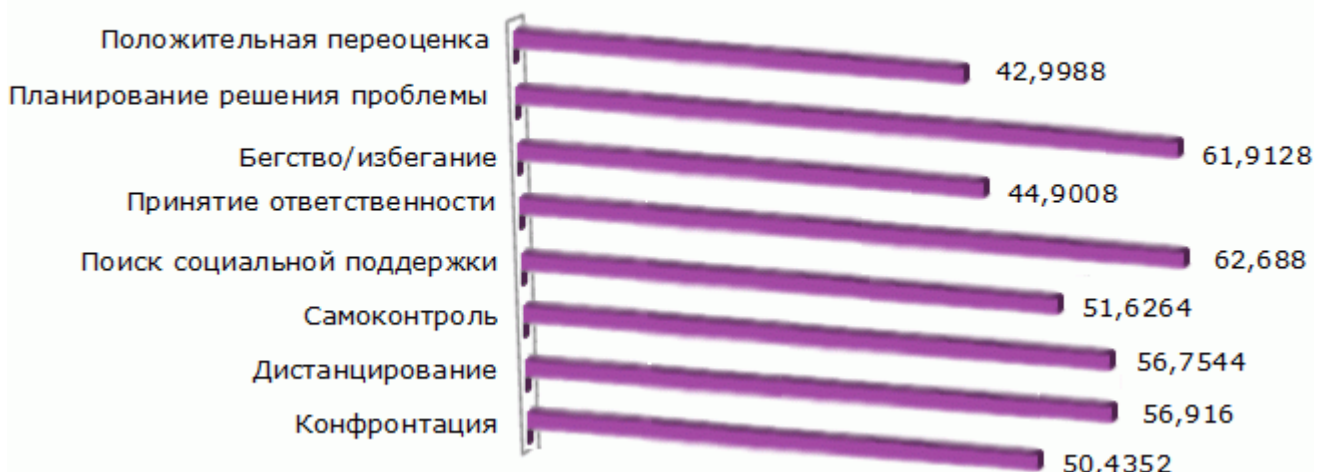


Рисунок 2. Копинг-стратегии, применяемые пациентами с ОНМК

Копинг-стратегии, применяемые пациентами с ОНМК, — «Принятие ответственности», «Планирование решения проблемы», «Дистанцирование и самоконтроль» (рис. 2). По результатам статистического анализа данных, можно говорить о следующих выявленных закономерностях. Выявлена значимая обратная взаимосвязь между количеством баллов по МоСА и снижением критичности ( $r_s = -0,452$  при  $p < 0,05$ ), что говорит о том, что, чем ниже балл по МоСА, тем более нарушена критичность пациентов к собственным нарушениям.

Выявлена значимая прямая взаимосвязь между тревожным типом отношения к болезни и копинг-стратегией «Поиск социальной поддержки» ( $r_s = 0,484$  при  $p < 0,05$ ). Соответственно, мы можем предположить, что пациенты с тревожным типом отношения к болезни требуют к себе больше внимания со стороны медицинского персонала и родственников, и в этом случае возможно формирование зависимой позиции и/или чрезмерных ожиданий по отношению к окружающим.

Выявлена значимая прямая зависимость между ипохондрическим типом отношения к болезни и конфронтационной копинг-стратегией ( $r_s = 0,49$  при  $p < 0,05$ ). Это говорит о том, что для пациентов с ОНМК с ипохондрическим типом отношения к болезни характерны недостаточная целенаправленность и рациональная обоснованность поведения в проблемной ситуации, а с другой стороны, присутствует возможность активного противостояния трудностям и стрессогенному воздействию.

Психологическая коррекция включала в себя снятие информационного дефицита относительно развития заболевания, возможностей реабилитации и компенсации дефекта и была направлена на снижение уровня тревоги, формирование мотивации и адаптивных копинг-стратегий, приверженности лечению.

Еще на этапе стационарного лечения (до 14 дней) нами отмечены: снижение уровня тревоги относительно перспектив; снижение общего числа жалоб на плохое самочувствие и боли различной локализации; стремление больше узнать о возможностях восстановления утраченных функций — пациенты самостоятельно занимаются по рекомендациям специалистов в свободное время.

На основе полученных данных нами был составлен алгоритм психологической реабилитации. При низком балле по МоСА мы проводили нейропсихологическую диагностику и составляли программу нейропсихологической реабилитации. Это, в свою очередь, повышало критичность к собственным нарушениям и способствовало формированию приверженности к лечению [4].

Нами использовалась техника постановки целей и задач в нейрореабилитации «на будущее». В первом случае она способствует формированию удовлетворенности лечением и реабилитацией, тренировке навыка программирования и контроля. Во втором случае — помогает пациенту понять причины, по которым пациент хочет активно участвовать в процессе реабилитации, принять ответственность за результаты лечения и удовлетворить потребности [3].

Пациентам с тревожным типом отношения к болезни была оказана психологическая помощь, направленная на снятие информационного дефицита относительно развития заболевания, возможностей реабилитации и компенсации дефекта. Таким образом, мы предотвращали явление «гиперопеки» у родственников, повышали самостоятельность пациентов.

У пациентов, перенесших ОНМК, постоянно существует вероятность повторного инсульта, в том числе с летальным исходом. Поэтому применяемая нами техника декатастрофизации направлена на преодоление страха повторного ОНМК и смерти и на снижение тревоги. С той же целью проводится обучение навыкам релаксации. Также нами использовалась когнитивная переработка травматических переживаний, чтобы исключить «конфликт» между новой информацией и старыми представлениями о заболевании, т.к. эти когнитивные конфликты могут быть причиной навязчивых мыслей, избегающего поведения.

Психологическая коррекция пациентов с копинг-стратегией «Конфронтация в болезни» была направлена на обучение адаптивным навыкам совладания со стрессом, что, в свою очередь, должно снизить риск ипохондрического типа отношения к болезни и «ухода» в болезнь пациента.

Психологическая коррекция пациентов с копинг-стратегией «самоконтроль» была направлена на минимизацию трудностей выражения переживаний, потребностей и побуждений в связи с проблемной ситуацией и на нивелирование сверх-контроля поведения. В то же время учитывалась необходимость сохранения преобладания рационального подхода в ситуации болезни.

Реабилитация пациентов с ОНМК должна включать работу над знаниями, эмоциональным состоянием и психосоциальными навыками (тревога, настроение, самооценка, регуляция, мотивация, локус-контроль, копинг-стратегии, чувство собственного достоинства).

### **Выводы**

В программе лично-ориентированной психологической коррекции пациентов, перенесших инсульт, следует дифференцированно и персонифицировано подходить к работе с больными, в зависимости от внутренней картины болезни и доминирующей копинг-стратегии.

У лиц с тревожным типом отношения к болезни ведущими направлениями психологической коррекции являются снятие информационного дефицита, компенсация дефекта и обучение повышению самостоятельности в действиях.

У лиц с конфронтацией в болезни в психологической коррекции доминирует обучение адаптивным навыкам совладания со стрессом. Повышение осознания нарушений способствует формированию приверженности лечению и увеличивает эффективность нейропсихологической реабилитации.

### **Заключение**

Проведенная нами работа демонстрирует (подтверждает) необходимость целостного и индивидуального подхода к личности пациента с ОНМК.

### **Литература**

1. Виленский Б.С. Инсульт – современное состояние проблемы // Неврологический журнал. – 2008. – № 2. – С. 4–10.
2. Виленский Б.С., Тупицын Ю.С. Аффективно-эмоциональные нарушения, осложняющие инсульт // Неврологический журнал. – 2003. – Т. 8, № 2. – С. 23–26.
3. Гизатуллин Р.Ф., Закиев Р.З., Цибулькин А.П. Математическое моделирование в клинических исследованиях: руководство по методологии проведения клинического эксперимента. – Казань: Казан. гос. мед. университет, 2002. – 34 с.
4. Григорьева В.Н., Тхостов А.Ш. Психологическая помощь в неврологии: монография. – Н. Новгород: Нижегород. гос. мед. академия, 2009. – 444 с.
5. Гусев Е.И., Скворцова В.И., Стаховская Л.В. Проблема инсульта в Российской Федерации: время активных совместных действий // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2007. – Т. 107, № 8. – С. 4–10.
6. Ковшова О.С., Светкина А.А. Комплексная нейропсихологическая реабилитация больных с ОНМК. // Сб. выступлений V Международной конференции «Фундаментальные и прикладные аспекты восстановления сознания после травмы мозга: междисциплинарный подход. – Н. Новгород, 2016. – С. 45–47.

7. Монцевичюте-Эрингене Е.К. Упрощение математико-статистического метода в медицинской исследовательской работе // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. – 1964. – № 4. – С. 71–76.
8. Мух Е.А. Прогнозирование инсульта и оценка эффективности профилактики цереброваскулярных заболеваний на основе комплексного анализа факторов риска: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Новосибирск, 2005. – 22 с.
9. Особенности динамики восстановления высших психических функций у пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения / А.А. Светкина, О.С. Ковшова, И.А. Стрельникова [и др.] // Избранные вопросы нейрореабилитации: материалы VIII международного конгресса «Нейрореабилитация – 2016» (Москва, 8–10 июня 2016 г.) / ред.: Г.Е. Иванова [и др.]. – М., 2016. – С. 311–313.
10. Парфенов В.А. Факторы риска и вторичная профилактика ишемического инсульта // Атмосфера. Нервные болезни. – 2007. – № 1. – С. 2–8.
11. Принципы ранней реабилитации больных с инсультом / В.И. Скворцова, Г.Е. Иванова, Квасова О.В. [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Инсульт. Приложение к журналу. – 2002. – Вып. 7. – С. 28–33.
12. Ранняя реабилитация после перенесенного инсульта / В.В. Гудкова, Л.В. Стаховская, Г.Д. Кирильченко [и др.] // Consilium medicum. – 2005. – Т. 7, № 8. – С. 692–696.
13. Светкина А.А. Нейропсихологическая реабилитация больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения // Аспирантский вестник Поволжья. – 2014. – № 3–4. – С. 170–171.
14. Сычева А.В. Мультидисциплинарный подход при восстановительном лечении последствий церебрального инсульта: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2008. – 24 с.
15. Тюков Ю.А., Рыжий А.П. Оценка эффективности реабилитации больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения в условиях санатория и пути её совершенствования: метод. рекомендации. – Челябинск, 2011. – 23 с.
16. Хабиров Ф.А., Васильева М.А., Кочергина О.С. Возможности реабилитации больных инсультом // Неврологический вестник. – 2006. – Т. XXXVIII, Вып. 1–2. – С. 79–82.
17. Access to stroke care in England, Wales and Northern Ireland: the effect of age, gender and weekend admission / A.G. Rudd, A. Hoffman, C. Down [et al.] // Age and Ageing. – 2007. – Vol. 36, № 3. – P. 247–255.
18. Dahlof B. Prevention of stroke in patients with hypertension // American Journal of Cardiology. – 2007. – Vol. 100 (3A). – P. 17–24.
19. Epidemiology of stroke in Europe: geographic and environmental differences / Y. Bejot, I. Benatru, O. Rouaud [et al.] // Journal of the Neurological Sciences. – 2007. – Vol. 262, № 1–2. – P. 85–88.
20. Hackam D.G., Spence J.D. Combining multiple approaches for the secondary prevention of vascular events after stroke: a quantitative modeling study // Stroke. – 2007. – Vol. 38, № 6. – P. 1881–1885.
21. Leys D., Cordonnier C. Stroke: acute treatment and secondary prevention // Medicine Sciences. – 2009. – Vol. 25, № 8–9. – P. 733–738.
22. Long-term neuropsychological and functional outcomes in stroke survivors: current evidence and perspectives for new research / V.L. Feigin, S. Barker-Collo, H. McNaughton [et al.] // International Journal of Stroke. – 2008. – Vol. 3, № 1. – P. 33–40.
23. Price T.R. Affective disorders after stroke // Stroke. 1990. – Vol. 21, № 9. – P. 12–13.
24. Teasell R.W., Kalra L. What's new in stroke rehabilitation // Stroke. – 2004. – Vol. 35. – № 2. – P. 383–385.
25. Stroke incidence and prevalence in Europe: a review of available data / T. Truelsen, B. Piechowski-Jozwiak, R. Bonita [et al.] // European Journal of Neurology. – 2006. – Vol. 13, № 6. – P. 581–598.
26. Stroke rehabilitation care in Italy / M. Franceschini, S. Paolucci, L. Perrero [et al.] // American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation. – 2009. – Vol. 88, № 8. – P. 679–685.

---

## Psychological rehabilitation of patients with stroke

Svetkina A.A.<sup>1</sup>

E-mail: [asvetkina@yandex.ru](mailto:asvetkina@yandex.ru)

<sup>1</sup> Samara State Medical University  
89 Chapayevskaya st., 443099, Samara, Russia  
Phone: +7 (846) 260-78-29

### Abstract

The article is devoted to problems neurorehabilitation of stroke patients. We have developed a program of neuropsychological rehabilitation and a program of psychological correction, focused on the individual, considering mental adaptation factors for ischemic stroke. This study helps to identify the main directions of psychological correction, based on cognitive-behavioral approach, increase the efficiency of neurorehabilitation, in general.

Currently, there are increasing numbers of vascular diseases, including vascular diseases of the brain, not only in Russia (the incidence of stroke remains one of the most high at 3.4 per 1000 people per year), but around the world. As a result, significant socio-economic changes that have occurred in Russia over the past period, the preservation and further development of preventive direction of domestic medicine not only has not lost its relevance, but has gained even greater importance. This required the development of new organizational preventive measures.

The program of psychological support of the patient after stroke needs to be systemic and comprehensive, aimed at formation of adaptive coping strategies and psychosocial adaptation to illness and overcoming the emotional-volitional disorders, stressors of illness, disability and social deprivation. Systematic and holistic approach to the individual patient's stroke allows to increase the effectiveness of treatment and rehabilitation.

**Key words:** psychological correction; cognitive-behavioral approach; neurorehabilitation; neuropsychological rehabilitation; stroke.

### For citation

Svetkina A.A. Psychological rehabilitation of patients with stroke. *Med. psihol. Ross.*, 2016, vol. 8, no. 5, p. 7. doi: 10.24411/2219-8245-2016-15070 [in Russian, abstract in English].