

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СЕМЬИ БОЛЬНОГО, ПЕРЕНЕСШЕГО ИНСУЛЬТ**

**Котельникова А.В.<sup>1</sup>, Кукшина А.А.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Котельникова Анастасия Владимировна

кандидат психологических наук, медицинский психолог; государственное автономное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы», ул. Земляной Вал, д. 53, Москва, 105120, Россия. Тел.: 8 (495) 917-11-64.

E-mail: pav-kotelnikov@ya.ru

<sup>2</sup> Кукшина Анастасия Алексеевна

доктор медицинских наук, врач-психотерапевт; государственное автономное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы», ул. Земляной Вал, д. 53, Москва, 105120, Россия. Тел.: 8 (495) 917-11-64.

**Аннотация.** В настоящей работе представлены результаты анализа литературы и клинической документации, отражающей работу психологической службы в отношении семей больных, находившихся на медицинской реабилитации после перенесенного инсульта. **Цель** — выявление основных мишеней психологического сопровождения родственников. Предлагается классификация психологических проблем на основании количества времени, прошедшего с момента получения известия о тяжелом заболевании родственника, и особенностями эмоционального реагирования на различных этапах реабилитационного процесса каждого из участников семейной системы. В качестве основных мишеней работы медицинского психолога с родственниками больных, перенесших инсульт, обозначены неполное понимание членами семьи особенностей личности и эмоционального состояния больного, недостаточная адаптация психоэмоционального состояния ухаживающих родственников, проблемы с эмоциональной саморегуляцией и выбором оптимальных адекватных поведенческих стратегий при взаимодействии с больным, межличностные, в том числе детско-родительские, отношения в связи с изменением внутрисемейной ситуации.

**Ключевые слова:** инсульт; горевание; реабилитация; приверженность к лечению; саморегуляция; эмоциональное состояние; стресс.

УДК 159.9:316.356.2:616.831-005.1

### **Библиографическая ссылка**

Котельникова А.В., Кукшина А.А. Психологические проблемы семьи больного, перенесшего инсульт // Медицинская психология в России. – 2020. – Т. 12, № 4. – С. 5. doi: 10.24412/2219-8245-2020-4-5

Поступила в редакцию: 30.10.2019    Прошла рецензирование: 20.08.2020    Опубликована: 15.09.2020

Психологические реакции родственников больного, перенесшего инсульт, в целом характеризуются различными вариантами тревожного поведения, располагающимися в континууме «гиперопека — делегирование ответственности специалистам»: часть из них пытается осуществлять максимально трепетный уход, делая все «вместо», а не «вместе» с больным; другие искренне полагают, что, полностью доверяя восстановление профессионалам (врачам в стационаре, а далее — сиделкам и другим специалистам), они делают лучше для больного. Клиническая практика показывает, что содружественная по отношению к врачу позиция лица, ухаживающего за больным, перенесшим инсульт, во многом определяет продолжительность и эффективность реабилитационных мероприятий, при этом длительность и интенсивность переживаемого стресса, который испытывают

члены семьи, приводит в ряде случаев к возникновению у них различного рода невротических расстройств, психосоматических заболеваний [1; 4; 6]. Некоторые авторы отмечают, что ухаживающие за пациентом лица нередко находятся в большей депрессии, чем сам пациент [8]. Таким образом, существенную роль в сопровождении больного после выписки должны сыграть меры психолого-педагогического (в том числе, образовательного) характера, предпринятые во время нахождения в стационаре восстановительного лечения, направленные на привлечение семьи больного к активному и осознанному участию в реабилитационном процессе, формированию приверженности к лечению.

**Целью** исследования является выявление основных мишеней психологического сопровождения родственников больных, перенесших инсульт.

**Методы:** анализ литературы и клинической документации, отражающей работу психологической службы филиала № 3 МНПЦ МР ВСМ ДЗМ в отношении семей больных, находившихся на медицинской реабилитации после перенесенного инсульта.

### Результаты

Обращение родственников больных, перенесших инсульт, в психологическую службу для психолога-консультанта означает столкновение с рядом эмоциональных проблем, которые следует классифицировать в двух направлениях: во-первых, учитывать количество времени, прошедшее с момента получения известия о тяжелом заболевании родственника, во-вторых, принимать во внимание особенности эмоционального реагирования на различных этапах реабилитационного процесса в связи с изменившимся характером межличностного взаимодействия каждого из участников семейной системы (как больного, так и его родственников).

Острейший (первые сутки) и острый (от 24 часов до 3 недель) период инсульта соответствует острым реакциям горя и утраты у близких; в течение подострого (от 3 недель до 3 месяцев) и раннего восстановительного (от 3 до 6 месяцев) периода инсульта наряду с реакциями горя у членов семьи больного могут наблюдаться симптомы посттравматического стресса («вторжение», «избегание», «физиологическая возбудимость»); в поздний восстановительный период (от полугода до года) и период отдаленных последствий (более года) — последствия пролонгированного стресса высокой интенсивности, проявляющиеся в различных соматических и соматопсихических дисфункциях.

Наиболее полно психоэмоциональные последствия переживания известия о тяжелом заболевании родственника как острого стресса высокой интенсивности описывает феномен «горевания», основной задачей которого [9] является внутреннее принятие произошедших в жизни семьи перемен, осознание реальных перспектив с целью выработки стратегии дальнейших действий, выстраивание новых границ отношений и распределения зон ответственности. Психолог, консультирующий родственников в состоянии острого горя, может столкнуться со специфическими маркерами фиксации на одной из стадий горевания как психического процесса, развивающегося по определенным законам: от шока и отрицания — к гневу и обвинениям, далее — к торгу, депрессии и принятию реальности [7].

На *первой стадии* горевания ввиду перенесенного эмоционального шока от известия о тяжелом заболевании близкого родственника у членов семьи часто формируются тревожные гиперопекающие паттерны поведения по отношению к больному. При организации психологического сопровождения в данной ситуации необходимо понимать, что если на острейшем, остром и подостром периоде такая тактика вполне допустима, то для взаимодействия с уже восстанавливающимся больным — губительна, поскольку инвалидизирует, снижает собственную активность и мотивацию пациента, не позволяет сформироваться внутреннему комплаенсу, подменяя его комплаенсом внешним. Такой больной, как правило, не прикладывает собственных усилий в направлении выздоровления: пассивен на занятиях лечебной физкультурой и

в тренажерном зале, не проявляет активности и инициативы по изменению образа жизни, формален в отношении приема медикаментов. Клинические наблюдения подтверждают сказанное, поскольку зачастую комплаенс больных, перенесших ОНМК, не является их собственным, а становится продуктом активности ухаживающих близких, то есть внешним, пассивным, что создает значительные сложности при организации реабилитационного процесса, не позволяет опереться на внутренние ресурсы самого больного и создать таким образом устойчивую во времени мотивацию к выздоровлению.

Также при проживании первой стадии горевания у родственников больного, перенесшего инсульт, может проявляться реакция отрицания в виде гипонозогнозии, сопровождающаяся соответствующими поведенческими проявлениями: родственники могут либо настаивать на интенсификации мероприятий по реабилитации без учета присутствующей на острых стадиях истощаемости больного («чем больше процедур проведут в стационаре, тем быстрее он выздоровеет»), либо идеализировать перспективы восстановления и отказываться от лекарственной терапии, считая ее чрезмерной и даже вредной («ничего страшного не произошло, он и так хорошо восстанавливается, таблетки только мешают и тормозят процесс»).

На следующей, *обвинительной* стадии горевания у родственников больного, перенесшего инсульт, могут наблюдаться претензии к качеству лечения, сотрудникам скорой помощи, оперировавшему хирургу, лечащему врачу, персоналу стационара и т.п. Необходимо отметить, что в подавляющем большинстве случаев тематика внешней атрибуции ответственности за произошедшее, возникающая на этой стадии, является одним из серьезных вопросов, волнующих родственников больного и создающих серьезные конфликтные ситуации в коммуникации с лечащим врачом и специалистами мультидисциплинарной бригады. В контексте психологического сопровождения указанная проблема может быть проработана посредством информационно-разъяснительной работы с родственниками по пояснению этиологии заболевания и организации вторичной профилактики постинсультных сосудистых нарушений, а также деонтологического консультирования врачей.

В тех случаях, когда ответственность за заболевание возлагается родственниками на самого больного, психологу-консультанту приходится сталкиваться с проблемой недостаточно полного понимания окружением эмоционального состояния больного, перенесшего инсульт [3]. Известно, что к преморбидным характеристикам личности таких больных относят высокий уровень контроля своего поведения, высокую степень интернальности, то есть потребности и готовности брать на себя ответственность за происходящие в жизни события, в сочетании с высокой тревожностью и неуверенностью в себе [2]. Последнее, как правило, остается вне осознания для членов семьи, поэтому их ожидания от процесса реабилитации связаны, прежде всего, с намерением и требованием к больному собраться для интенсивного рывка. Такого рода тактика не учитывает объема имеющегося реабилитационного потенциала и эмоциональных переживаний самого больного, к числу которых относят коморбидную депрессию или апатию [5], а также страхи повторения инсульта, потери любви близких, страх стать обузой для детей и родственников, страх одиночества и смерти в больничных стенах.

Серьезной проблемой для членов семьи является невозможность дифференцировать дисфорические, аффективные и поведенческие реакции больного от последствий перенесенного им заболевания. При таких обстоятельствах у родственников больного возникают гнев и ярость, которые они пытаются подавлять или отрицать, а также вина или стыд за испытываемые чувства. В результате серьезно страдает реабилитационный процесс, поскольку у больного появляется легальная возможность капризничать и манипулировать, усиливаются регрессивные и рентные установки в отношении близких, снижается или не имеет возможности сформироваться комплаенс. В случае, когда эмоции негативного регистра проявляются родственниками открыто, больной обращается к самообвинению, что может повлечь за собой аутоагрессию и усугубление клинических признаков депрессии; иногда может возникнуть открытая конфронтация.

Таким образом, основными психологическими мишенями в работе с родственниками больных, перенесших инсульт, становятся неполное понимание членами семьи особенностей личности и эмоционального состояния больного, недостаточная адаптация психоэмоционального состояния ухаживающих родственников, проблемы с эмоциональной саморегуляцией и выбором оптимальных адекватных поведенческих стратегий при взаимодействии с больным; коррекция межличностных, в том числе детско-родительских, отношений в связи с изменением внутрисемейной ситуации.

### Литература

1. Дроздова Л.Н., Шанина Е.Г., Мазаева О.В. Депрессивные расстройства и их коррекция у пациентов, перенесших инсульт. – М: Медицина, 2004. – 121 с.
2. Зверева З.Ф., Ванчакова Н.П. Психофизиологические, психологические и нейрофизиологические показатели у лиц с начальной стадией гипертонической болезни // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 11. Медицина. – 2013. – Вып. 4. – С. 23–33.
3. Нейропсихологическая диагностика и нейропсихологическая реабилитация пациентов, находящихся в сниженных состояниях сознания после повреждения головного мозга. Клинические рекомендации / Т.В. Ахутина, Н.А. Варако, В.Н. Григорьева [и др.] / под ред. Ахутиной Т.В., Микадзе Ю.В. – М., 2014. – 50 с.
4. Постинсультная депрессия: Распространенность, диагностика и лечение / В.В. Ковальчук, А.А. Скоромец, М.Л. Высоцкая [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2007. – Т. 107, № 5. – С. 350.
5. Постинсультные аффективные расстройства / Е.А. Петрова, М.А. Савина, Н.А. Георгиевская [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2011. – Т. 111, № 10. – С. 12–17.
6. Ужегова И.В., Ларикова Т.И., Луканин А.Н. Аффективные расстройства после инсульта: возможности терапии // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2007. – Т. 107, № 5. – С. 355.
7. Kübler-Ross E. On Death and Dying. – New York: The Macmillan Company, 1969.
8. Spouses of Spinal Cord Injury Survivors: The Added Impact of Caregiving / D.A. Weitzenkamp, K.A. Gerhart, S.W. Charlifue [et al.] // Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. – 1997. – Vol. 78, № 8. – P. 822–827.
9. Worden W.J. Grief Counseling and Grief Therapy: A Handbook for the Mental Health Practitioner. – 4th Edition. – Springer Publishing Company, 2008. – 314 p.

### Psychological problems of the family of a stroke patient

Kotel'nikova A.V.<sup>1</sup>  
E-mail: pav-kotelnikov@ya.ru

Kukshina A.A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Moscow centre for research and practice in medical rehabilitation, restorative and sports medicine of Moscow healthcare department  
53 Zemlyanoy Val str., Moscow, 105120, Russia  
Phone: +7 (495) 917-11-64

**Abstract.** This paper presents the results of the analysis of literature and clinical documentation reflecting the work of the psychological service in relation to the families of patients who were in medical rehabilitation after a stroke. The goal is to identify the main targets of psychological support for relatives. The classification of psychological problems is proposed based on the amount of time that has passed since receiving news of a relative's serious illness, and the

peculiarities of emotional response at various stages of the rehabilitation process of each of the participants in the family system. The main targets of the work of a medical psychologist with relatives of patients who have suffered a stroke are incomplete understanding by family members of the patient's personality and emotional state, insufficient adaptation of the psychoemotional state of caring relatives, problems with emotional self-regulation and the choice of optimal adequate behavioral strategies when interacting with the patient, interpersonal, including child-parent, relationships due to changes in the intra-family situation.

**Key words:** stroke; grief; rehabilitation; adherence to treatment; self-regulation; emotional state; stress.

**For citation**

Kotel'nikova A.V., Kukshina A.A. Psychological problems of the family of a stroke patient. *Med. psihol. Ross.*, 2020, vol. 12, no. 4, p. 5. doi: 10.24412/2219-8245-2020-4-5 [in Russian, abstract in English].