

Научная статья
УДК 612.821
doi: 10.34822/2312-377X-2022-2-55-61

МОДЕЛЬ ДОЛГОСРОЧНОГО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ СЕМЕЙ ПАЦИЕНТОВ С АФАЗИЕЙ

Николай Павлович Клочко^{1✉}, Ольга Вячеславовна Елецкая²

¹Сургутский государственный университет, Сургут, Россия

²Ленинградский государственный университет имени А. С. Пушкина, Пушкин,
Санкт-Петербург, Россия

¹klochko@mail.ru✉

²olga_eletskaya@mail.ru

Аннотация. Недостаточность методического обобщения рефлексии позиций медицинского/клинического психолога и семейного окружения пациента в процессе его нейропсихологической реабилитации требует разработки методологии долгосрочной работы с пациентом медицинского психолога в условиях «стационара на дому», определения и ведения позиций близких пациента, участвующих в реабилитационном процессе, определении их роли как агентов социального влияния, которым необходима активная помощь клинических психологов.

Анализ клинических случаев наблюдения в течение длительной нейропсихологической реабилитации пациентов с афазией и психологического консультирования членов их семей позволил выделить среди них роль «куратора», представить динамику становления его позиции на примере клинического случая взаимодействия с медицинским психологом на каждом этапе реабилитации. Дальнейшее исследование в этой области предполагает поиск других возможных агентов социального влияния на процесс реабилитации.

Ключевые слова: нейропсихологическая реабилитация, афазия, медицинский психолог, родственник пациента

Шифр специальности: 5.3.7. Возрастная психология.

Для цитирования: Клочко Н. П., Елецкая О. В. Модель долгосрочного психологического сопровождения семей пациентов с афазией // Северный регион: наука, образование, культура. 2022. № 2. С. 55–61. DOI 10.34822/2312-377X-2022-2-55-61.

Original article

MODEL OF LONG-TERM PSYCHOLOGICAL SUPPORT FOR FAMILIES OF PATIENTS WITH APHASIA

Nikolai P. Klochko^{1✉}, Olga V. Eletskaia²

¹Surgut State University, Surgut, Russia

²Pushkin Leningrad State University, Pushkin, Saint Petersburg, Russia

¹klochko@mail.ru✉

²olga_eletskaya@mail.ru

Abstract. Lack of generalized methodological data regarding self-analysis of the status of a clinical psychologist and a patient's family environment in the process of neuropsychological rehabilitation requires development of procedures for a medical psychologist's long-term work with a patient in home care conditions, determination and management of positions of people closed to a patient and engaged in the rehabilitation process, as well as determination of their roles as social impact agents who need medical psychologists' support.

The analysis of clinical cases of survey carried out during a long-term neuropsychologic rehabilitation of patients with aphasia and psychological counseling of such patients' families allowed to introduce

a role of a “curator”, to demonstrate the dynamics of its position using the example of a clinical case of interaction with a medical psychologist at each stage of rehabilitation. Further study in this field presupposes searching of other agents having social impact on the rehabilitation process.

Keywords: neuropsychological rehabilitation, aphasia, medical psychologist, patient's relative

Code: 5.3.7. Developmental Psychology.

For citation: Klochko N. P., Eletsckaya O. V. *Model of Long-Term Psychological Support for Families of Patients with Aphasia // Severny region: nauka, obrazovanie, cultura. 2022. No. 2. P. 55–61. DOI 10.34822/2312-377X-2022-2-55-61.*

ВВЕДЕНИЕ

В отечественной нейропсихологической реабилитации накоплен и обобщен значительный опыт. Однако в сравнении с семейной и индивидуальной психотерапией следует отметить дефицит методического обобщения и рефлексии позиций медицинского/клинического психолога и семейного окружения пациента в процессе нейропсихологической реабилитации. В статье рассмотрены некоторые аспекты таких взаимоотношений в результате наблюдения авторов в течение долгосрочного консультирования семей пациентов с афазией.

Благодаря успехам медицины возрастает процент выживаемости пациентов с черепно-мозговыми травмами, цереброваскулярными и нейроонкологическими заболеваниями, однако процент случаев очаговых поражений головного мозга (ОПГМ) и, как следствие, число людей с ограниченными возможностями остаются стабильно высокими, что в итоге ведет к росту государственных затрат на интеграцию больных и инвалидов в социум. Нарастающая сложность проблемы реабилитации требует экстенсификации усилий по вовлечению в процесс не только специалистов, но и ближайшего окружения пациента с ограниченными возможностями.

В клинико-экономическом анализе эффективности программ нейрореабилитации пациентов, опубликованном в 2015 г. [1], экономически обосновано, что выделение дополнительных средств на реабилитацию в перспективе выгодней для государства, чем затраты на социальную защиту инвалидизированного населения (без проведения реабилитационных мероприятий), т. е. стоимость реабилитации в форме «стационара на дому» оказывается ниже «круглосуточного

стационара», особенно в случае долгосрочного процесса выздоровления. Роль медицинского психолога в составе междисциплинарной реабилитационной команды (МДРК) в условиях стационара четко прописана в медицинской документации в отличие от содержания работы медицинского/клинического психолога и роли близких пациента в реабилитации в амбулаторных условиях «стационара на дому».

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Представлен анализ клинических случаев наблюдения в течение долгосрочной нейропсихологической реабилитации пациентов с афазией период с 2008 по 2021 гг. и психологического консультирования членов их семей, выделена среди них роль «куратора», описана динамика становления его позиции на примере клинического случая взаимодействия с медицинским психологом на каждом этапе реабилитации. Наиболее информативными были 6 случаев с длительностью консультирования от 1 года до 3 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Основными задачами медицинского психолога в процессе реабилитации неврологических больных являются: диагностика, когнитивная реабилитация, психологическая коррекция и обеспечение медико-психологического консультирования пациента и его близких. При этом важно заострить внимание именно на роли близкого самого пациента как «агента социального влияния», которому необходима активная помощь в процессе определения его «мишеней». Для этого предлагаем ввести понятие «куратор» и рассмотреть динамику его становления в соответствии с этапами протекания заболевания.

Понятие «куратор» включает педагогическое, развитийное содержание и может быть аналогом понятия «опекун», но без его юридической коннотации. Понятие «куратор», с нашей точки зрения, более четко определяет роль близкого пациента как субъекта, осуществляющего весь организационный процесс реабилитации в долгосрочной перспективе, принимающего ответственность за принятие всех решений. При этом многими исследователями отмечается наличие признаков депрессии у всех членов семьи, случаи так называемой «семейной инвалидности». [2, 3]. Поэтому в ситуации долгосрочного психологического консультирова-

ния перед медицинским психологом появляется задача оказания помощи в активном развертывании ориентировки «куратора» в реабилитационном процессе.

Опыт авторов долгосрочной нейропсихологической реабилитации показал, что процесс реабилитации нелинеен, в нем можно выделить этапы позиций «куратора», которые соотносятся с имеющейся медицинской периодизацией протекания ОПГМ (табл. 1), и рассматривать смену позиций как этапы структурирования и переструктурирования ориентировки в реабилитационном процессе для определения основного вектора его развития.

Таблица 1

Этапы реабилитации пациентов с очаговым поражением головного мозга

Этапы протекания заболевания	Типичные позиции куратора	Возможности когнитивной реабилитации	Взаимодействие с семьей
Острый	«Активная суета». Поиск специалистов. Ожидания скорой ремиссии	Растормаживание ВПФ	Знакомство, установление контакта, эмоциональная поддержка
Ранний восстановительный	Первичная адаптация (осознание протяженности процесса и своей роли)	Внутрисистемная перестройка функциональной системы ВПФ	Знакомство с особенностями формирования и реструктурирования системы ВПФ
Поздний восстановительный	Уверенность/игнорирование	Межсистемная перестройка функциональной системы	Определение «куратора» – активного агента влияния на пациента
Последствий	Принятие/непринятие роли и функции куратора	Межсистемная перестройка функциональной системы	Передача задачи активности в руки куратора. Эмоциональная поддержка, профилактика депрессии

Примечание: ВПФ – высшие психические функции. Составлено авторами по результатам собственных исследований и [4–6].

Острый этап длится в среднем около двух месяцев, сопровождается повышением социальной активности ближайшего окружения пациента, и именно в этот момент происходит определение «куратора», за кем гласно или негласно закрепляется ответственность за обеспечение процесса реабилитации. В этот короткий промежуток времени происходит резкий прирост знаний «куратора» о заболевании и нередко наблюдается кризис осознания долгосрочности всего процесса. Определим данную позицию как «активную суету». Знания в это время не обобщены, не структурированы и не связаны с действиями. В соответствии с этапами, вы-

деленными Э. Кюблер-Росс, возможно ожидать реакции стадий «отрицания» и «гнева».

Опыт общения с родственниками и близкими пациентов показывает их крайне низкую осведомленность о самом заболевании, возможностях реабилитации, о круге специалистов, несмотря на все усилия медицинских работников и наличие в свободном доступе соответствующей методической литературы. Встречаются завышенные ожидания «куратора» от реабилитационных стационарных отделений и, как следствие, недовольство их результатами. Возможной причиной этого является отсутствие активного сопровождения «куратора» в процессе раз-

вертывания этой ориентировки и принятия собственной позиции. Эта задача может быть решена медицинским психологом.

Именно в этот период необходимо начало проведения занятий по когнитивной реабилитации и обучение «куратора» правилам их проведения, целью которых является «рас-тормаживание» и стимуляция психически функций. [5–7] (табл. 1). В начале знакомства «куратора» с процессом восстановления когнитивных функций нередко происходит осознание большей важности иницирующей «коммуникативной среды» перед специальными отдельными упражнениями. Обычно запрос на когнитивную реабилитацию определяется как помощь в восстановлении речи, и неврологическим пациентам ищут только логопеда и массажиста, поскольку

возможности других специалистов МДРК, как правило, неизвестны.

Ранний восстановительный период длится до полугода. В это время устанавливается внутренний режим ближайшего окружения пациента, определяется круг специалистов, занятых в процессе реабилитации, а «куратор» очерчивает границы своей роли – обозначим эту позицию как «первичную адаптацию». Можно выделить несколько степеней принятия своей роли «куратором», которые требуют гибкости в изменении позиции самого медицинского психолога (табл. 2), при этом иногда наблюдается флуктуация ролей у близких в некоторых семьях, в том числе и из-за нестойкости позиции «куратора».

Таблица 2

Позиции медицинского психолога во взаимодействии с «куратором»

Степень принятия родственником роли куратора	Ожидания позиции психолога	Признаки в поведении куратора
Высокая	Эксперт. Друг пациента	Активное вовлечение всех членов семьи в общение. Привлечение внешних экспертов. Присутствие на занятиях. Активное формирование коммуникативной среды
Средняя	Объект делегирования своих функций	«Покупка» своего спокойствия. Я сделал все что мог – нашел специалиста. «Чем больше вас, тем меньше нас»
Низкая	Внешний эксперт с «магическими» возможностями	Завышенные ожидания

Примечание: составлено авторами на основании результатов исследования.

Вероятно, наиболее эффективна высокая степень принятия, однако часто она требует резких личных перемен «куратора», большого количества отказов от своих возможностей и благ. В большинстве случаев наблюдается средняя и низкая степень принятия. Полученные результаты требуют специального скрининга, однако для определения вектора развития взаимоотношений психолога (как возможного члена МДРК) и «куратора» они имеют практическое значение.

Нередки случаи пассивного сопровождения процесса реабилитации «куратором» с делегированием им всех хлопот сиделке. Однако заметим, что работа сиделки (помощников по уходу) в настоящее время слабо нормативно отрегулирована и подчас но-

сит нелегитимный характер, а в имеющихся регламентирующих документах из возможных реабилитационных процедур указывается только «обеспечение досуга лиц, нуждающихся в постороннем уходе», что конечно не обеспечивает весь спектр необходимой когнитивной активности.

Поздний восстановительный период длительностью до года. В этот период, как правило, происходит резкое замедление темпов восстановления и исчезновения патологических симптомов. К этому времени у «кураторов» с высокой и средней степенью принятия своей роли появляется уверенность в решениях, возникает круг общения в среде семей пациентов со схожими диагнозами. Такие «кураторы» сами становятся в некото-

рой степени экспертами, и эта уверенность требует ресурсов, в том числе эмоциональной поддержки, так как в этот период у родственников наблюдаются проявления депрессии особенно в ситуации вовлеченности в уход за пациентом более 5 часов в день [3]. При этом наряду с конструктивным вариантом реабилитации встречаются и ситуации игнорирования «куратором» своей позиции по различным причинам.

Период последствий наступает после года. В этот период возможности спонтанного восстановления психических функций исчезают. Когнитивная реабилитация уже имеет целью формирование новых функциональных систем для реализации психических действий. В случае принятия «куратором» своей роли и функции, автономность этой диады «куратор – пациент» становится очевидной и устойчивой. К психологу, как и к другим специалистам, обращаются как к внешним экспертам, временно привлекая их для решения конкретной задачи, обращения четко опредмечены, а их количество и частота, как правило, снижается.

В случае отказа на этом этапе близкого пациента от роли «куратора», пациент не получает активных социальных стимулов, и симптомы при этом хронизируются.

Для демонстрации этапов реабилитации представлен пример клинического случая успешного принятия «куратором» высокой степени ответственности.

Пациентка 3., 79 лет, на момент знакомства находилась в острой стадии нарушения мозгового кровообращения по ишемическому типу в бассейне левой средней мозговой артерии. Двигательно ограничена из-за правосторонней гемиплегии. Контакт устанавливается трудно из-за грубого речевого дефекта в виде смешанной афазии, способна продемонстрировать свое недовольство только в форме стоны, почти без указательных жестов.

Острый период (*первый месяц*). Начало работы с «щадающей» диагностики с поиском сохраненных сторон психической сферы, разъяснение членам семьи сути найденных симптомов. Этот этап можно определить как «ориентировочный».

Выбранный куратор – дочь пациентки.

Коррекционные занятия по 20 минут активного времени 2–3 раза в неделю направлены на инициирование коммуникации, овладение голосом, введение эмоциональных междометий, растормаживание познавательных функций, поиск психологических жизненных смыслов (кошка, шахматы, внучка).

Содержание диалогов с куратором:

- связь заболевания с нарушением познавательных функций;
- возможности компенсации;
- принципы реабилитации;
- помощь в смене форм коммуникации в условиях возникших ограничений, умение эмпативно слушать, самостоятельно лаконично и медленно объяснять;
- обсуждение решений относительно выбора специалистов, режима дня, поиск новых форм взаимодействия с мамой.

Ранний восстановительный период (в силу старческого возраста пациентки определен до 3 месяцев от начала заболевания). Возможность увеличения продолжительности занятий от 30 минут до 1 часа активного времени 2 раза в неделю с их направленностью на восстановление коммуникации, растормаживание номинативной функции речи, инициирование предметных мануальных действий.

Результат – увеличение активного рабочего состояния до 1 часа, появление в речи произвольных голосовых реакций, междометий, активных жестов.

Обсуждений с куратором методологических основ когнитивной реабилитации: понятие функциональной системы, процесс интериоризации, системное строение высших психических функций.

Поставлена задача вовлечения пациентки в процесс занятий, в том числе и через создание привычки выполнения домашних заданий, введение дневника для инициирования навыка письма. Куратором самостоятельно был определен график занятий:

- утро – самостоятельное решение пазлов, мозаики;
- день – запись в дневнике (1–3 слова), выполнение домашнего задания;
- вечер – чтение стихотворений.

Поздний восстановительный период (до полугода от начала заболевания). Занятия с психологом удлинились до 1,5 часа активного времени, но стали реже – 2–3 раза в месяц. Занятия направлены на инициирование всех сторон речи, актуализацию функции чтения, письма, решение логических задач, стимулирование предметной моторной функции руки. Обнаружен интерес к чтению стихов о природе. К каждому занятию пациентка старалась выучить новое стихотворение. Заведен дневник, в который в форме «насильственного» письма ежедневно записывали по одному слову, описывающему прошедший день.

Результат: увеличение относительно активного словаря до 10 слов, переход от «насильственного» письма к списыванию/копированию слогов и целых слов, чтение стихов.

Диалоги с куратором о методах когнитивной реабилитации, вовлечение ее в процесс занятий.

Поиск семейных форм коммуникации, в итоге игра в домино с зятем была введена в ежедневный график.

Период последствий (через полгода от начала заболевания). Занятия по 1,5 часа активного времени 1–2 раза в квартал, направленные на поддержание мотивации к занятиям. К каждому занятию пациентка выучивала новое стихотворение.

Результат: активный словарь ограничен 10 словами, переход от «насильственного» письма к списыванию/копированию, чтение стихов.

Диалоги с куратором в форме обсуждения новых занятий. Куратор написала самостоятельно небольшую статью для интернет-сообщества родственников пациентов с ко-

гнитивными сложностями. Нерегулярные телефонные звонки, в том числе по праздникам. Попытки пациентки поддержать разговор.

В настоящее время, после более 5 лет от начала занятий, пациентка З. жива, является полноценным любимым членом семьи, перенесла COVID-19.

Из недавней переписки с куратором: «В ковид слетело все, все навыки, даже еды... Сейчас вроде даже получше, чем до ковида. Но больших перемен, с тех пор как Вы ее видели, нет. Мы с ней по-прежнему занимаемся. Я по-прежнему неотрывно с ней. 8-го маме исполнилось 85. Мы ее любим!»

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Недостаточность аналитических и методических материалов описания психологических механизмов изменений, происходящих у родственников и близких инвалидизированного неврологического пациента, требует дополнительных исследований в определении их роли как «агентов» социального влияния, которым необходима активная помощь психологов.

Анализ клинических случаев наблюдения в течение долгосрочной нейропсихологической реабилитации пациентов с афазией и психологического консультирования членов их семей в период с 2008 по 2021 гг. позволил выделить роль близкого как «куратора», в общих чертах обрисовать этапы и динамику становления его позиции и обозначить ожидания «куратора» от взаимодействия с медицинским психологом. Дальнейшее развитие исследований в этой области предполагает поиск других возможных агентов социального влияния на процесс реабилитации.

Список источников

1. Домбровский В. С., Омеляновский В. В. Клинико-экономический анализ эффективности программ нейрореабилитации пациентов, перенесших черепно-мозговую травму и острые нарушения мозгового кровообращения // Мед. технологии. Оценка и выбор. 2015. № 4 (22). С.62–70.
2. Балунов О. А., Демиденко Т. Д., Янковская Е. М., Алемасова А. Ю., Ермакова Н. Г., Коцюбинская Ю. В. Роль семейных взаимоотношений в реабилитации больных, перенесших инсульт :

References

1. Dombrovskiy V. S., Omelyanovskiy V. V. Clinical and economic analysis of the efficiency of neuro-rehabilitation programs of patients after brain injury and acute cerebrovascular accidents // Meditsinskiiye tekhnologii. Otsenka i vybor. 2015. No. 4 (22). P. 62–70. (In Russian).
2. Balunov O. A., Demidenko T. D., Iankovskaia E. M., et al. Rol semeinykh vzaimootnoshenii v reabilitatsii bolnykh, perenesshikh insult : Methodological recommendations. Saint Petersburg : Publishing house

- метод. рек. СПб. : Изд-во ФГБУ НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева, 2000. 31 с.
3. Мальцева М. Н., Шмонин А. А., Мельникова Е. В. Феномен «семейной инвалидности», или депрессия у родственников, ухаживающих за пациентом с инвалидностью // Ученые записки СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. 2016. Том XXIII, № 3. С. 40–43.
 4. Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака у взрослых: клинич. рек. Минздрав России. 2021 URL: <https://cr.minzdrav.gov.ru/> (дата обращения: 01.04.2022).
 5. Григорьева В. Н., Ковязина М. С., Тхостов А. Ш. Когнитивная нейрореабилитация больных с очаговыми поражениями головного мозга. М. : Психология ; Моск. психол.-социал. ин-т, 2006. 255 с.
 6. Цветкова Л. С. Введение в нейропсихологию и восстановительное обучение : учеб. пособие. М. : Изд-во Моск. психол.-социал. ин-та ; Воронеж : МОДЭК, 2005. 183 с.
 7. Шохор-Троцкая М. К. Логопедическая работа при афазии на раннем этапе восстановления. М. : Медицина, 1972. 139 с.
- of the National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology named after V. M. Bekhterev, 2000. 31 p. (In Russian).
3. Maltseva M. N., Shmonin A. A., Melnikova E. V. The phenomenon of "family disability" or depression in relatives caring for patients with disabilities // Record of the I. P. Pavlov St. Petersburg State Medical University. 2016. Vol. 23, Is. 3. P. 40–43. (In Russian).
 4. Ishemicheskii insult i tranzitornaya ishemicheskaya ataka u vzroslykh: clinical guidelines. Ministry of Health of the Russian Federation. 2021 URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/171_2?ysclid=l3ak9w51oj (accessed: 01.04.2022). (In Russian).
 5. Grigoreva V. N., Koviagina M. S., Tkhostov A. Sh. Kognitivnaya neiroteabilitatsiya bolnykh s ochagovymi porazheniyami golovnogho mozga. Moscow : Psychology ; Moscow Psychological and Social Institute, 2006. 255 p. (In Russian).
 6. Tsvetkova L. S.. Vvedenie v neiropsikhologiiu i vosstanovitelnoe obuchenie : study book. Moscow : Publishing house of Moscow Psychological and Social Institute ; Voronezh : MODEK, 2005. 183 p. (In Russian).
 7. Shokhor-Trotskaya M. K.. Logopedicheskaya rabota pri afazii na rannem etape vosstanovleniia. Moscow : Medicine, 1972. 139 p. (In Russian).

Информация об авторах

Н. П. Ключко – кандидат психологических наук, доцент.

О. В. Елецкая – кандидат педагогических наук, доцент.

About the authors

Nikolai P. Klochko – Candidate of Sciences (Psychology), Associate Professor.

Olga V. Eletskaia – Candidate of Sciences (Pedagogy), Associate Professor.