



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



RESEARCH ARTICLE | НАУЧНАЯ СТАТЬЯ
© Ermakova N.G., Zashchirinskaia O.V., 2024



Принята 27.02.2024 | ***

УДК

159.9

<http://dx.doi.org/10.26787/nydha-2686-6846-2024-26-2-31-39>

ATTITUDE TO THE DISEASE AND ADHERENCE TO TREATMENT OF PATIENTS WITH CONSEQUENCES OF STROKE

Ermakova¹ N.G., Zashchirinskaia^{1,2} O.V.

¹Herzen State Pedagogical University of Russia, Russian Federation

²St Petersburg University, Russian Federation

ОТНОШЕНИЕ К БОЛЕЗНИ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ИНСУЛЬТА

Ермакова¹ Н.Г., Защиринская^{1,2} О.В.

¹ФГБОУ ВО "Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена", Российская Федерация

²ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»; г. Санкт-Петербург, Российская Федерация.

Abstract. In patients with consequences of a stroke, disturbances in motor, cognitive, and sensory functions are observed; cardiovascular, endocrine and other body systems, impairment of self-care and independent walking. Physical dependence, the inability to self-care in fulfilling urgent biological needs leads to a feeling of helplessness and is accompanied by depressive, neurotic reactions to the disease. Restoration of impaired functions after a stroke has a long period and the success of recovery depends, on the one hand, on the volume and location of the brain lesion, the severity of motor and cognitive impairments, on the other hand, on the position of the

Аннотация. У больных с последствиями инсульта наблюдаются нарушения двигательных, когнитивных, сенсорных функций; сердечно-сосудистой, эндокринной и других систем организма, нарушения возможности самообслуживания и самостоятельной ходьбы. Физическая зависимость, невозможность самообслуживания в реализации насущных биологических потребностей приводит к ощущению беспомощности и сопровождается депрессивными, невротическими реакциями на заболевание. Восстановление нарушенных

Номер свидетельства: ЭЛ № ФС 77 — 76347 от 02.08.2019, выдан Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций, включен в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий ВАК при Министерстве образования и науки Российской Федерации



patient himself, the attitude of the patient's personality to the disease and adherence to treatment. A patient's stay in a hospital is associated with the social expectations of the staff for certain behavior of the patient: fulfilling the instructions of the attending physician, partnership with staff (physical therapy methodologist, speech therapist, occupational therapist, etc.), the patient's activity, the formation of healthy lifestyle attitudes (giving up smoking, alcohol, fatty food, etc.), which can be called psychological conditions for rehabilitation. However, not all patients are ready to fulfill these rehabilitation conditions, which are targets for psychological correction. The tasks of psychological assistance should be focused on developing adherence to treatment, forming cooperative relationships with staff, and healthy lifestyle attitudes, which can contribute to restorative treatment and the prevention of recurrent stroke. Psychological assistance during individual and group work should be focused on providing emotional support, setting realistic and understandable goals for the patient, adequate to the patient's capabilities, both in a hospital and clinic, which can ensure his active inclusion in the treatment process.

Keywords: consequences of stroke, restoration of impaired functions, attitude to the disease and treatment, psychological help.

функций после перенесённого инсульта имеет длительный период и успешность восстановления зависит с одной стороны от объёма и локализации очага поражения головного мозга, выраженности двигательных, когнитивных нарушений, с другой стороны от позиции самого больного, отношения личности больного к заболеванию и приверженность лечению. Пребывание больного в стационаре сопряжено с социальными ожиданиями персонала определённого поведения больного: выполнения назначений лечащего врача, партнёрства с персоналом (методистом лечебной физкультуры, логопедом, эрготерапевтом и др.), активности больного, формирования установок здорового образа жизни (отказ от курения, алкоголя, жирной пищи и др.), которые можно назвать психологическими условиями реабилитации. Однако не все больные готовы выполнять эти условия реабилитации, что является мишенями для психологической коррекции. Задачи психологической помощи должны быть ориентированы на формирование приверженности лечению, формирование отношений сотрудничества с персоналом, установок здорового образа жизни, что может способствовать восстановительному лечению и профилактике повторного инсульта. Психологическая помощь при индивидуальной и групповой работе должна быть ориентирована на оказание эмоциональной поддержки, постановку реальных и понятных больному целей, адекватных возможностям больного, как в условиях стационара, так и поликлиники, что может обеспечить его активное включение в лечебный процесс.

Ключевые слова: последствия инсульта, восстановление нарушенных функций, отношение к болезни и к лечению, психологическая помощь.

REFERENCES

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК



- [1]. Aleksandrovskii YU. A Mental disorders in general medical practice and their treatment –M.: GEOTAR-Media, 2004. 240 p.
- [2]. Belyakov F.I. Mental disorders in therapist practice. 3rd ed.M.: MEDpress-inform, 2005. 256 p.
- [3]. Kadykov A.S., Shakhparonova N.V. Rehabilitation after a stroke. M.: MIA. 2017. 240 p.
- [4]. Koval'chuk V.V., Tsukurova L.A., Galkin A.S. et al. Fundamentals of neurorehabilitation and ways to increase its effectiveness // Effective pharmacotherapy. 2022.Vol. 18 .No.43. P. 14-26. .
- [5]. Gusev E. I., Bogolepova A. N. Depressive disorders of patients with cerebrovascular diseases - 2nd ed.-M.: MEDpress-inform, 2017.208 p
- [6]. Mikhailov V.A., Lukina L.V., Safonova N.Yu. The effectiveness of neurotropic therapy in the treatment of non-psychotic mental disorders in patients with cerebral stroke. // V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology Review. 2021.Vol.55. No.2.P. 37-44. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2021-55-2-37-44>
- [7]. Mal'tsev S.YU., Mikhailov V.A, Mazo G.EH., Lukina L.V. Post-stroke depression: diagnostic difficulties and therapeutic prospects // V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology. 2017.-No. 4. P. 13-17.
- [8]. Douven E., Köhler S., Rodriguez M., et al. Imaging Markers of Post-Stroke Depression and Apathy:a Systematic Review and Meta-Analysis //Neuropsychology Review .2017.Vol.27.P.202–219.DOI 10.1007/s11065-017-9356-2
- [9]. Grigor'eva V.N., Tkhostov A.SH. Psychological assistance in neurology: monograph N. Novgorod: Nizhegorod. state Medical Academy, 2009. 444 p.
- [10]. McCarthy M. Age, subjective stress, and depression after ischemic stroke //Journal of Behavioral Medicine 2016. Vol. 39. P. 55–64.
- [11]. Patel A.V., Shah S.H., Patel K.et al. Prevalence of post-stroke anxiety and its association with socio-demographical factors, post-stroke depression, and disability //Neuropsychiatry i Neuropsychologia. 2018. Vol. 13 .No.2. P. 43–49.
- [12]. Ermakova N.G. Psychological rehabilitation of patients with stroke consequences. Monograph. St. Petersburg: Aising, 2022. 314 p.
- [13]. Parfenov V.A., Verbitskaya S.V. Secondary prevention of ischemic stroke: international recommendations and clinical practice // Neurological Journal. 2014. No. 2. –P. 4–11.
- [14]. Tanashyan M.M., Antonova K.V., Lagoda O.V., Kornilova A.A., Shchukina E.P. Adherence to treatment in patients with cerebrovascular diseases as a multifactorial problem.// Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics. 2023.Vol.15.No.1.P.18–27. DOI: 10.14412/2074-2711-2023-1-18-27
- [1]. Александровский Ю. А. Психические расстройства в общемедицинской практике и их лечение. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2004. 240 с.
- [2]. Беляков Ф. И. Психические расстройства в практике терапевта. – 3-е изд.М.: МЕДпресс-информ, 2005. 256 с.
- [3]. Кадьков А.С., Шахпаронова Н.В. Реабилитация после инсульта. М.:МИА , 2017.240с.
- [4]. Ковальчук В.В., Цукурова Л.А., Галкин А.С. и др. Основы нейрореабилитации и пути повышения ее эффективности// Эффективная фармакотерапия. 2022.№. 18 (43).С. 14–26.
- [5]. Гусев Е. И, Боголепова А.Н.Депрессивные расстройства пациентов с цереброваскулярными заболеваниями– 2изд.-М.: МЕДпресс-информ, 2017.208с.
- [6]. Михайлов В.А., Лукина Л.В., Сафонова Н.Ю. Эффективность нейротропной терапии при лечении непсихотических психических расстройств у пациентов, перенёсших церебральный инсульт.// Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2021.№.55(2).С.37-44. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2021-55-2-37-44>
- [7]. Мальцев С.Ю., Михайлов В.А, Мазо Г.Э., Лукина Л.В.Постинсультная депрессия: диагностические трудности и терапевтические перспективы //Обозрение психиатрии и медицинской психологии им.В.М.Бехтерева.2017.№4.С.13-17.
- [8]. Douven E., Köhler S., Rodriguez M., et al. Imaging Markers of Post-Stroke Depression and Apathy:a Systematic Review and Meta-Analysis //Neuropsychology Review .2017.Vol.27.P.202–219.DOI 10.1007/s11065-017-9356-2
- [9]. Григорьева В.Н., Тхостов А.Ш. Психологическая помощь в неврологии: монография Н. Новгород: Нижегород. гос. мед.академия, 2009. 444 с.
- [10]. McCarthy M. Age, subjective stress, and depression after ischemic stroke //Journal of Behavioral Medicine 2016. Vol. 39. P. 55–64.
- [11]. Patel A.V., Shah S.H., Patel K.et al. Prevalence of post-stroke anxiety and its association with socio-demographical factors, post-stroke depression, and disability //Neuropsychiatry i Neuropsychologia. 2018. Vol. 13 (2). P. 43–49.
- [12]. Ермакова Н.Г.Психологическая реабилитация больных с последствиями инсульта.Монография.СПб.:Айсинг,2022.314с.
- [13]. Парфенов В. А., Вербицкая С.В. Вторичная профилактика ишемического инсульта: международные рекомендации и клиническая практика // Неврологический журнал. – 2014. № 2. С. 4–11.



- [15]. Grigor'eva V.N., Kalinina S.YA., Nestereva V.N., Sorokina T.A. Assessment of the degree of achievement of goals in the neurorehabilitation of patients with stroke // Neurological Bulletin. 2015. Vol. 47. No. 2. P. 52–57.
- [14]. Танащян М.М., Антонова К.В., Лагода О.В., Корнилова А.А., Шукина Е.П. Приверженность лечению у пациентов с цереброваскулярными заболеваниями как мультифакторальная проблема. // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2023. №.15(1).С.18–27. DOI: 10.14412 /2074-2711-2023-1-18-27
- [15]. Григорьева В.Н., Калинина С.Я., Нестерева В.Н., Сорокина Т.А. Оценка степени достижения целей в нейрореабилитации больных с инсультом // Неврологический вестник. 2015. Т. 47. № 2. С. 52–57.

Author Contributions. Ermakova N.G. - concept, design, literature collection, and text writing. Zashchirinskaia O.V. - literature collection and text writing

Conflict of Interest Statement. The authors declare no conflict of interest

Ermakova N.G.: SPIN ID:8037-9078; ORCID ID: 0000-0002-3015-8488;

Zashchirinskaia O.V.: SPIN ID: 9722-1537; ORCID ID:0000-0002-2666-3529

Вклад авторов. Ермакова Н.Г.- концепция, дизайн, сбор литературы, и написание текста. Защиринская О.В. сбор литературы, и написание текст

Заявление о конфликте интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Ермакова Н.Г. SPIN ID:8037-9078; ORCID: 0000-0002-3015-8488

Защиринская О.В.: SPIN ID: 9722-1537; ORCID:0000-0002-2666-3529

For citation: Ermakova N.G., Zashchirinskaia O.V. ATTITUDE TO THE DISEASE AND ADHERENCE TO TREATMENT OF PATIENTS WITH CONSEQUENCES OF STROKE// Educational bulletin "Consciousness". - 2024;26(2):31-37. Doi: 10.26787/nydha-2686-6846-2024-26-2-31-37.

Для цитирования: Ермакова Н.Г., Защиринская О.В. ОТНОШЕНИЕ К БОЛЕЗНИ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ИНСУЛЬТ // Образовательный вестник "Сознание". - 2024;26(2):31-37. <http://dx.doi.org/10.26787/nydha-2686-6846-2024-26-2-31-37>.

Введение. Физические страдания, изменение жизненного стереотипа после заболевания порождают субъективные переживания болезни, неоднозначные у различных больных. Болезнь изменяет все настоящее и будущее человека, приводит к изменению ценностных ориентаций, установок, мотивов человеках [1]. Реакция личности на соматическую болезнь является реакцией, прежде всего, на тяжелый стресс и нарушение адаптации, отмечает Александровский Ю.А., [1]. В соматическом стационаре, как отмечает Беляков Ф.И., выделяется нозогенные стрессы, к которым относится

сам факт госпитализации, обследования, страдания других пациентов, ограничение двигательной активности, угроза жизни и снижения трудоспособности, невозможность пользоваться туалетом, инвазивное лечение [2,с.89].

Нозогенные реакции возникают в связи с тяжелыми соматическими заболеваниями и различаются: ипохондрические реакции, тревожно-фобические (тревога, фобии, боязнь инвалидизации), социофобические (утрата внешней привлекательности); депрессивные (снижение самооценки, чувство обиды,



безнадежности, подавленности.); диссоциальные нозогенные реакции. Психогенно обусловленные, патологические реакции личности на болезнь, приводят к стойкой дезадаптации больных, препятствуют восстановлению психологического равновесия со средой, что требует психологического вмешательства. Важной задачей врача в соматической клинике, как отмечает автор, является перестройка отношения больного к своему заболеванию [2,89].

Проблеме изучения внутренней картины болезни уделяли внимание разные ученые (А. Гольдшейдер, Р.А., Лурия, В.Н.Мясищев, Н.Д. Лакосина, Г.К. Ушаков; С.С. Либих, В.В. Николаева; В.М. Смирнов и Т.Н. Резникова; А.В.Квасенко и Ю.Г. Зубарев, А.Ш. Тхостов и другие). У больных с последствиями инсульта реакция на заболевания во многом обусловлена реакцией личности на фрустрацию, связанную с блокадой в реализации потребностей (биологических, психологических, социальных) [3]. В связи с чем возникает необходимость включения в процесс реабилитации оказания психологической помощи.

Цель настоящего исследования - выявление сущностной характеристики приверженности лечению больных с последствиями инсульта, как медико-психологической проблемы.

Материалы и методы. Основным методом исследования является анализ существующих позиций ученых по проблеме отношения к заболеванию и факторов, препятствующих приверженности лечению больных с последствиями инсульта и необходимости оказания психологической помощи.

Результаты исследования и обсуждение У больных после инсульта наблюдаются нарушения двигательных, когнитивных, сенсорных функций; нарушения мочевыделительной, сердечно-сосудистой, эндокринной и других систем организма. У больных блокирована возможность самообслуживания: самостоятельном осуществление физиологических потребностей (дефекации и мочеиспускания, приёма пищи), личной гигиены, самостоятельной ходьбы [4].

Одной из главных потребностей, заблокированных у больного на этапе ранней реабилитации, является потребность в физической независимости и возможности самообслуживания. На восстановление навыков самообслуживания на раннем этапе реабилитации влияет тяжесть состояния больного, состояние соматических функций: сердечно-сосудистой системы (головокружение, высокое АД, мерцательная аритмия и др.); мочевыделительной системы (цистит, аденома простаты); нарушение контроля за тазовыми функциями, эндокринные нарушения (колебания сахара в крови) [4]. На восстановление двигательных и соматических функций направлены, прежде всего, биологические, физические методы лечения (лекарственная терапия, лечебная физкультура, физиотерапия, кинезотерапия, бальнеотерапия).

Нарушения сенсорных функций затрудняют восстановление навыков самообслуживания. Нарушения зрительной функции в виде гемианопсии (выпадения поля зрения), зрительной агнозии (предметной, цветовой, оптико-пространственной, лицевой), нарушения топографической ориентировки, неглект (игнорирование левого поля зрения,



зрительное невнимание.) затрудняют адаптацию больного в окружающем бытовом пространстве (самостоятельный прием пищи, личная гигиена и др.).

Снижение слухового внимания нередко возникает после инсульта, проявляется в замедленной реакции на устный вопрос, в медленном распознавании обращенной речи на слух, что может восприниматься как снижение остроты слуха. Нарушения проприоцептивных функций, как следствие поражения теменных структур, затрудняют восстановление навыков самообслуживания: удержания ложки в руке, зубной щётки, расчёски, полотенца, уборку кровати, одевание, и др. Восстановлению бытовых навыков способствует эрготерапия [4].

Психологическая помощь ориентирована на индивидуальную работу: оказание эмоциональной поддержки, формирование приверженности лечению и положительной лечебной перспективы, постановку реальных целей.

Восстановление самообслуживания осложняют нарушения когнитивных функций и прежде всего речи, памяти, внимания, мышления, праксиса, гнозиса. При поражении левой височной области имеет место слухоречевая агнозия, больные затрудняются в распознавании вербальных инструкций, указаний других людей (медицинского персонала, методиста лечебной физкультуры, родственников), что связано с остаточными проявлениями акустико-мнестической, сенсорной афазии [3]. При нарушениях памяти больные забывают о процедурах, затрудняется в нахождении палаты. Восстановлению речи и других когнитивных функций способствуют занятия с логопедом и психологом.

Физическая зависимость, невозможность самообслуживания в реализации насущных биологических потребностей приводит к ощущению беспомощности, проявлению самообвинительных реакций, в ряде случаев агрессивных реакций (недовольством персоналом, поведением родственников, санитарок и др.) и сопровождается депрессивными, невротическими реакциями на заболевание [5]. Одним из критериев эффективности реабилитации после инсульта является оценка самообслуживания и его динамика (шкалы Бартела, ФИМ(FIM), PULSES, Рэнкина, Ривермид и др.).

Восстановление двигательных, когнитивных и сенсорных функций, стабилизация работы соматических функций с помощью биологических и психосоциальных методов восстановительного лечения способствуют восстановлению самообслуживания, что уменьшает чувство беспомощности, физической и психологической зависимости от других, повышает самооценку больного.

Эмоциональные реакции на последствия инсульта также оказывают влияние на активность больного в восстановительном лечении. К эмоциональным нарушениям больных приводит: внезапное начало заболевания; страх перед зависимостью от окружающих; реакция на инвалидность; потеря финансового и социального статуса [3].

Кадыков А.С. Шахпаронова Н.В.[3], выделяют 3 типа личностных реакции на повреждение: 1) «минимизация», преуменьшение трагизма случившегося; 2) «сосредоточенная бдительность», когда больной собирает все детали информации о болезни, лечебных и реабилитационных программах, разрабатывает собственную



программу; 3) аффективная реакция, когда больной связывает случившееся с ошибками прошлого, с недостаточной заботой о своем здоровье, с напряженной работой, или воспринимает болезнь, как возмездие за грехи, что приводит к нарастанию депрессии.

У большей части больных с последствиями инсульта в восстановительном периоде отмечаются преимущественно непсихотические, невротические реакции на болезнь, разной степени выраженности, расстройства адаптации, эмоционально лабильные расстройства, которые доступны коррекции при необходимости с помощью транквилизаторов, антидепрессантов, а также с помощью психологической коррекции [6]. Депрессивные реакции на болезнь отмечаются у больных от 30% до 40% [7]. Ряд авторов отмечают, что депрессия у больных с последствиями инсульта может иметь органические причины, и она обусловлена снижением уровня функционирования активирующих структур мозга. Douven E. et al. отмечают, что депрессия чаще наблюдается при поражении фронтальных отделов и базальных ганглиев [8]. В остром периоде инсульта депрессия наблюдалась чаще при очаге в левой гемисфере, в подостром периоде значимых различий между сторонами поражения не выявлено [8].

Чувство собственной физической неполноценности, инаковости, в том числе когнитивной неполноценности (нарушения речи, памяти), которые особенно остро переживаются больными и приводят к сознательной социальной изоляции. Больные отказываются выходить на улицу, выезжать на коляске, и замыкаются в кругу семьи, в четырёх стенах («не хочу, чтобы меня таким видели соседи, сослуживцы»). В этом

проявляется самоотношение, отношение к болезни.

Ведущей проблемой психологической адаптации на этапе ранней реабилитации является проблема психологического принятия своего тела, изменившегося после болезни, принятия нарушенных функций, и принятие готовности работы с ними. Если самопринятие происходит, формируется позитивное отношение к самому себе, к лечению, к ситуации, к болезни. Больной осознанно включается в работу, выполняет задания, проявляет заботу о себе; проявляет самопомощь (придвигает нужные предметы тростью, одевается сам одной рукой), саморегуляцию (осознанно дозирует физическую нагрузку, уменьшает количество выкуренных сигарет в день). Больной принимает ответственность за свое излечение и частичный контроль за ситуацией, что приводит к снижению негативных эмоций (депрессия, апатия, тревога) [3,7]

Важной психологической проблемой является и проблема осознания и принятия нового социального статуса (больного, инвалида), а также осознания и переоценки межличностных отношений (в семье, с родственниками). Утрата авторитета на производстве, в семье тяжело переживается больными и приводит к значительным эмоциональным реакциям (отчаянью, безысходности, депрессии). Больные нередко переживают разочарование в людях (друзьях, знакомых, сослуживцах, родственниках) [6,7].

По мере восстановительного лечения депрессивные реакции на болезнь чаще всего регрессируют и представляют легкий депрессивный эпизод. В то же время, у части больных сохраняется умеренный депрессивный эпизод, и они нуждаются в



медикаментозной коррекции антидепрессантами.

У больных наблюдалась тревога за свое здоровье и выздоровление, боязнь повторного инсульта до 30%. [9,10]. Тревога снижает ощущение благополучия и приводит к снижению социальной активности [11]

Пребывание больного в реабилитационном стационаре сопряжено с социальными ожиданиями персонала определенного поведения больного: выполнение назначений лечащего врача, партнерство с персоналом (методистом лечебной физкультуры, логопедом, эрготерапевтом и др.), активность больного, формирование установок здорового образа жизни (отказ от курения, злоупотребления алкоголем, жирной пищей и др.), которое можно назвать психологическими условиями реабилитации. Однако не все больные готовы выполнять условия реабилитации, что является мишенью для психологической коррекции [12].

Приверженность лечению (комплаенс) (compliance), согласие пациента с назначенным лечением, и выполнение этих назначений, способствует восстановлению нарушенных функций. У больных после инсульта, как отмечают, Парфенов В.А., Вербицкая С.В., низкий уровень приверженности лечению [13]. Зачастую после выписки домой достигнув некоторой стабилизации состояния, больные прекращают активные занятия, прием лекарств [13]. Мало занимаются физкультурой, нарушают гипохолестериновую диету, перестают выполнять задания логопеда и все улучшения в работе функций, которые были достигнуты в условиях реабилитационного стационара, постепенно снижаются. Все призывы

родственников к выполнению назначений врача игнорируются как отмечают Танамян М.М. и др. [14].

В связи с чем, как отмечают Григорьева В.Н., и др., большое значение имеет сформированная в процессе психологической помощи поэтапная цель участия больного в восстановительном лечении, роль активного участника, а не наблюдателя [15]. Правильно сформулированная цель восстановления нарушенной функции, особенно на начальном этапе реабилитации, помогает формировать и укреплять мотивацию к лечению.

Смыслы жизни и система ценностей после инсульта в значительной мере претерпевают изменения у всех больных [9]. Трудности вызывает осознание необходимости отказа от существовавшей до болезни иерархии ценностей и их значимости: успешность на работе, в профессии, в бытовых занятиях (вождение автомобиля, ремонт, садоводство и др.). Возникает необходимость поиска других ценностей жизни, которые будут доступны имеющимся возможностям и способствовать самоутверждению. В сознании больного происходит перестройка иерархии ценностей жизни, и на первое место выходит ценность здоровья и семьи [9,12].

После начала заболевания больные в полной мере начинают осознавать ценность здоровья, и ценность самой жизни. С одной стороны существует объективная оценка здоровья (медицинская), с другой стороны субъективное представление человека о своем здоровье, уровне адаптации и удовлетворенности жизнью, представление о возможности восстановления и сохранения здоровья.



Субъективное представление о возможном восстановлении здоровья являются тем ориентиром, к которому человек готов стремиться, достигнув который человек считает себя удовлетворённым и вполне благополучным. Для одного больного после инсульта необходимым и достаточным является восстановление навыков ходьбы, для другого ещё и коммуникативных навыков речи, чтения и письма; для третьего – восстановление еще и профессиональных навыков [9].

Существует некий субъективный уровень притязаний к своему здоровью, достижение которого оценивается субъективно определяемым качеством жизни, к которому больной готов стремиться [12].

По нашим представлениям задачи психологической помощи должны быть ориентированы на формирование приверженности лечению, формирование

отношений сотрудничества с персоналом, установок здорового образа жизни, что может способствовать укреплению здоровья и профилактике повторного инсульта.

Заключение. Согласно анализу научных публикаций мы вслед за многими учеными обозначаем, что на формирование приверженности лечению оказывают влияние, как органические последствия заболевания, так и отношения личности больного, его эмоциональные реакции на последствия заболевания. Психологическая помощь при индивидуальной и групповой работе должна быть ориентирована на оказание эмоциональной поддержки, постановку реальных и понятных целей, адекватных возможностям больного, как в условиях стационара, так и поликлиники, что может обеспечить его активное включение в лечебный процесс.



Corresponding Author: Natalya Georgievna Ermakova, Ph.D. (Advanced Doctorate), Associate Professor, Professor of the Department of Clinical Psychology and Psychological Assistance, Herzen State Pedagogical University of Russia; St. Petersburg, Russian Federation

E-mail: nataliya.ermakova@yandex.ru



Ответственный за переписку: Наталья Георгиевна Ермакова, доктор психологических наук, доцент, профессор кафедры клинической психологии и психологической помощи. ФГБОУ ВО "Российский государственный педагогический университет имени А.И. Герцена" г. Санкт Петербург

E-mail: nataliya.ermakova@yandex.ru