Н. Г. Ермакова

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ САМООТНОШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

В исследовании проводились разработка и апробация программы психологической коррекции больных с последствиями инсульта, направленной на повышение самооценки и самопринятия больного. Программа была ориентирована на формирование положительного отношения к своему телу и к самому себе в процессе освоения приемов саморегуляции и коррекции когнитивных нарушений. После проведения программы наблюдалась позитивная динамика эмоционального состояния, самоотношения, установок больных. Исследовано 110 больных с последствиями инсульта в условиях стационарной реабилитации.

Ключевые слова: *реабилитация после инсульта, когнитивные нарушения, психологическая помощь.*

N. G. Ermakova

Psychological Care of Patients with Cognitive Impairment After Stroke

A study was conducted to develop and test the programs of psychological care of patients after stroke to raise their self-esteem and self-acceptance. The program was focused on the development of a positive attitude to one's body and to oneself in the process of self-regulation and learning the techniques of self-regulation and overcoming cognitive disorders. After the program there was a positive dynamics of the emotional state and of the self-attitudes of the patients. There were 110 patients after stroke studied in the inpatient rehabilitation conditions.

Keywords: *rehabilitation after stroke, cognitive impairment, psychological assistance.*

В последние десятилетия отмечается увеличение числа цереброваскулярных заболеваний головного мозга. В России число заболеваний в год составляет 450 000 человек, что значительно выше, чем в странах Евросоюза и США [8; 10; 14]. Высокая заболеваемость отмечается как в трудоспособном возрасте, так в пожилом и в старческом возрасте [45]. Эти обстоятельства делают актуальной медико-социальную проблему реабилитации постинсультных больных направленной на восстановление нарушенных функций, социальных контактов, на возвращение больного в общество и к посильному труду [19; 23; 33; 42; 43].

В самой концепции реабилитации, в центре ее, стоит человек как субъект общественных отношений, как организм и личность, как синтез биологического и социального [20; 21]. Биопсихосоциальный подход в медицине получил развитие в исследованиях отечественных и зарубежных авторов [9; 21; 22]. Н. Г. Незнанов, Н. А. Акименко, отмечают, что «биопсихосоциальная модель означает, что биологический, психологический и социальные подходы не являются равновключенными и независимыми друг от друга компонентами терапии. Вмешательство в одном из них всегда предполагает учет того, что происходит в других» [31]. Биологические и социальные факторы оказывают влияние на развитие и динамику заболеваний, в связи с чем в процессе восстановительного лечения представлены как

биологические, так и социальные методы лечения [23]

По М. М. Кабанову [20; 21], реабилитация понимается как динамическая система взаимосвязанных медицинских, психологических и социальных компонентов, направленная не только на восстановление и сохранение здоровья, но и на возможно более полное восстановление (сохранение) личности и социального статуса больного или инвалида [20; 21; 22]. На этих положениях основываются реабилитационные программы в различных областях медицины, в том числе и в неврологической клинике.

При реабилитации постинсультных больных программы реабилитации имеют ряд особенностей, связанных с различными нарушениями двигательных, когнитивных, сенсорных функций [14; 16; 17; 23; 33]. Комплексность, поэтапность, непрерывность и индивидуализация являются главными условиями полноценной реабилитации [9; 11; 27; 44].

Реабилитацию после инсульта осложняет обострение сопутствующих заболеваний (мерцательная аритмия, диабет), синдром паркинсонизма, эпилептические припадки, болевой синдром [10; 23]. Одним из факторов, затрудняющих восстановительное лечение постинсультных больных, является психопатологическая симптоматика [5; 14] и, прежде всего, постинсультная депрессия.

Депрессия после инсульта наблюдается от 30 до 50% случаев [36; 41; 53]. Авторы отмечают, что депрессия зависит от очага поражения — чаще у левополушарных больных; от давности инсульта и возникает на первом году после заболевания и, наоборот, при хронизации болезни; чаще всего возникает у больных с афазией [51]. Депрессия негативно влияет на ход восстановительного лечения, при этом увеличивается число ипохондрических симптомов, наблюдаются нарушения сна, снижение аппетита, беспокойство по поводу настоящего и будущего, снижение активности больного в лечении. Как отмечает ряд авторов [5], депрессия препятствует включению больного в реабилитационный процесс как в раннем, так и в резидуальном периоде.

Лечение антидепрессантами дает положительный эффект [5; 24; 52].

Другим фактором, затрудняющим восстановительное лечение, является проявление органически обусловленных когнитивных и сенсорных расстройств [26; 28; 47]. Умеренные когнитивные расстройства, не доходящие до уровня деменции, наблюдаются у 30–70% больных, перенесших инсульт [13; 15; 32]. Причинами когнитивных нарушений, по мнению ряда авторов, являются обширные поражения белого вещества (лейкоареоз), сопутствующие нейродегенеративные изменения, поражения височной области, нарушение корково-подкорковых отношений, чаще — у пожилых людей [25].

При поражении левого полушария у больных отмечаются более выраженные нарушения психологических показателей, чем при поражении правого полушария. В то же время больные с инсультом в левой гемисфере клинически и психологически восстанавливались лучше вне зависимости от степени выраженности двигательного дефекта, размера очага. При поражение правого полушария преобладают нарушения различных видов чувствительности, анозогнозия, депрессия, пассивное отношение к заболеванию [14; 49].

Отдельные авторы высказывали мнение, что сторона поражения не имеет принципиального значения для исхода восстановительного лечения [4; 15].

По мере получения адекватной лекарственной терапии в остром и реабилитационном периоде когнитивные нарушения в значительной мере регрессируют [23; 25; 41]. Восстановление речи осуществляется логопедами [42], менее разработана коррекция других высших психических функций [12; 17; 18; 37].

В последние годы отмечается увеличение исследований, направленных на разра-

ботку и применение компьютерных программ для тренировки и укрепления памяти, внимания, логического мышления [12; 38].

Длительный период восстановления, инвалидизирующие последствия заболевания в значительной мере оказывают влияние на самооценку больного, на его эмоциональное состояние и приводят к невротическим, депрессивным, ипохондрическим реакциям на болезнь, к пессимистическому прогнозу лечебной и жизненной перспективы, к апатичности [5; 6; 34; 50], к неуверенности в будущем [10]. Мобилизация ресурсов личности больного является мощным фактором, способствующим активизации больного в процессе восстановительного лечения [3; 7]. При этом исследованию личностных особенностей и их психологической коррекции уделяется мало внимания. В связи с этим актуальным являются исследования, направленные на изучение и коррекцию эмоционального состояния, самоотношения лечебной и жизненной перспективы больного, на формирование положительного отношения к лечению и активного включения больного в лечебный процесс.

Целью исследования явились разработка и апробация программы психологической коррекции больных с когнитивными нарушениями после инсульта, направленной на коррекцию внутренней картины болезни на повышение самооценки. Задачи программы — формирование положительного отношения к самому себе, к лечению, формирование заботы и ответственности больных за восстановление нарушенных функций путем освоения приемов саморегуляции и коррекции нарушенных когнитивных функций.

Нами наблюдались 110 больных с последствиями перенесенного инсульта в условиях центра стационарной реабилитации городской больницы № 40 (Санкт-Петербург) в 2000–2006 гг. В группу вошли: 50 мужчин, 60 женщин; возраст больных от 35 до 39 лет — 5 человек; от 40 до 49 лет — 18 человек; от 50 до 59 — 45 человек; от 60 до 69 — 42 человека. Длительность заболевания: от одного до шести месяцев — 57 больных, от семи до 12 месяцев — 25 больных; от года до трех лет — 28 больных; с первым инсультом наблюдалось 87 человек, с повторным — 23 человека.

Преимущественный тип инсульта: был ишемический — 102 больных, геморрагический — у 8 человек. Локализация очага поражения: у 46 больных отмечалась в левой гемисфере, у 36 — в правой, в вертебро-базилярном бассейне — 28.

Двигательные нарушения в виде гемипареза легкой степени тяжести наблюдались у 27 больных, гемипареза средней тяжести — у 70 больных, выраженной степени — у трех больных, вестибулярные нарушения — у 10 больных.

Речевые нарушения наблюдались у 33 больных: в виде афазии — у 14 человек; в виде дизартрии — у 15; в виде постинсультного заикания — у четырех человек.

Сенсорные нарушения наблюдались у 25 больных: в виде гемианопсии — у четырех; диплопии — у пяти; снижение остроты зрения наблюдалось у 10; снижение слуха — у шести человек. Астено-депрессивные реакции на болезнь наблюдались у 26 больных, астено-ипохондрические — у девяти; астено-невротические реакции — у 36 больных.

В начале и после завершения программы психологической коррекции со всеми больными проводилось структурированное клиническое интервью, направленное на выявление ведущих жалоб, эмоционального состояния, установок по отношению к болезни и к лечению и их динамики [40]. Проводилось также исследование качества жизни [29], реактивной и личностной тревожности [7; 35], тревоги и депрессии HADS [7], оценки самообслуживания (шкала Бартель) [7], когнитивных функций (Mini Mental State Examination — Краткая шкала оценки психического статуса) [5; 6; 7]. В исследо-

вание не включались больные с сопутствующим эпилептическим синдромом, с выраженными когнитивными нарушениями, препятствующими проведению исследования.

Все больные получали комплексное восстановительное лечение с применением биологических и психосоциальных методов реабилитации, включая лекарственную терапию, занятия лечебной физкультурой, физиотерапию, трудотерапию, бытовую реабилитацию, в том числе при необходимости занятия с логопедом. В процессе исследования со всеми больными проводились занятия с психологом.

Нами была разработана и адаптирована программа психологической коррекции больных с когнитивными нарушениями, ориентированная на коррекцию внутренней картины болезни, самоотношения в процессе освоения навыков саморегуляции и приемов коррекции высших психических функций [17; 18]. Данная программа дает в руки больному приемы совладания со стрессом, приемы для восстановления когнитивных функций.

При проведении программы психологической коррекции на первых занятиях проводилось информирование больных о реальных ресурсах выздоровления, о способах совладания со стрессом, о приемах осознания своих чувств, о способах контроля и коррекции негативных эмоций. Применялась тематически ориентированная дискуссия, при этом темы выбирали сами члены группы. Обсуждалось отношение к болезни, к лечению, к самому себе и к окружению; проводилось осознание ресурсов восстановления и формировалось позитивное отношение к лечению, позитивная модель внутренней картины болезни и здоровья [3; с. 124]. Применялись приемы гуманистической психотерапии (эмоциональная поддержка, визуализация, работа с чувствами). [2; 17; 30]. Осваивались приемы саморегуляции, релаксации, направленные на коррекцию эмоционального состояния [1].

На втором этапе проводился тренинг, направленный на освоение навыков восстановления когнитивных функций (памяти, внимания, праксиса и гнозиса) и описанный более подробно в опубликованных ранее работах [17]. Проводилось освоение упражнений пальцевой гимнастики, оптической гимнастики, ритморазличения, вокалотерапии, арт-терапии и др. [18]. Занятия были направлены на принятие нарушенных когнитивных функций, на формирование положительного самоотношения. Занятия проводились в группе (10–12 человек), три-четыре раза в неделю, в течение часа; начинались или завершались 15-минутной релаксацией. Всего проводилось от 10 до 12 занятий. Наряду с участием в группе все больные посещали ежедневные занятия по работе на дидактических тренажерах (тренировка памяти, внимания, праксиса и гнозиса), которые проводились под наблюдением специально подготовленной медсестры в отдельном помещении.

В настоящей работе нами были более подробно изучены высказывания больных в процессе стандартизированного клинического интервью до и после проведения психологической коррекции. Мы проанализировали высказывания больных на вопросы, касающиеся жалоб («Как Вы себя чувствуете?», «Что Вас беспокоит?»), эмоционального состояния («Как бы Вы охарактеризовали свое эмоциональное состояние?»), самоотношения («Изменилось ли Ваше отношение к самому себе в связи с болезнью?»), жизненные установки («Изменились ли Ваши жизненные установки в связи с болезнью?») (табл. 1–5); проведен сравнительный анализ показателей до и после проведения психологической коррекции с применением критерия знаков и критерия Стьюдента [39].

Все больные предъявляли жалобы на нарушения различных когнитивных функций, которые доставляли им дискомфорт и переживания по поводу утраты способностей, приводили к снижению самооценки, сопровождались ощущениями беспомощности

и зависимости от помощи других людей. Среди соматических жалоб доминировали жалобы на двигательные нарушения (88,2%); боли в конечностях (85,5%); головная боль, головокружение (70,0%); неустойчивость АД (65, 4%) (табл. 1).

Среди жалоб на когнитивные функции доминировали жалобы: на снижение памяти — 64,5%; на снижение сообразительности — 50,0%; на нарушение речи — 35,5%; на трудности принятия своих нарушенных функций, причем в ряде случаев наблюдалась переоценка тяжести состояния и отсутствие представлений у больных о возможностях их восстановления.

Среди жалоб на эмоциональное состояние у больных в первом клиническом интервью доминировали: боязнь повтора (66,4%); чувство беспомощности (57,3%); раздражительность (50,9%); обида на то, что заболел; (50,0%); апатия (46,4%); вина (22,7%) (табл. 2). На нарушения сна жаловались 57,3%; на утомляемость — 68,2%; на стресс в семье и на работе, который предшествовал заболеванию, — 39,1%; в меньшей степени были выражены надежда на выздоровление (42,7%); терпение (39,1%); удовлетворение (14,5%); интерес к жизни (11,8%); спокойствие (10,0%).

При анализе самоотношения больных доминировали следующие негативные оценки: снижение способностей (85,5%); ощущение зависимости (58,2%); беспомощность (49,1%); ощущение себя больным (48,2%); ощущение себя иждивенцем (44,5%); ощущение утраты авторитета (42,72%); выбитость из колеи (30,0%).

В меньшей степени в первом интервью отмечались положительные оценки — ощущение себя как: обучающегося 45(40,9%); достойным (39,1%); выздоравливающим (32,7%); заботящимся о себе (31,8%); самодостаточным (17,3%); помогающим другим (13,6%).

Таблица 1

Различия в жалобах больных до и после проведения программы психологического тренинга (критерий знаков G)

Показатели	Количество высказываний				Сдвиг абсолютных значений	Значимость различий (p < 0,01)
	до тренинга		после тренинга			
	(абсолютн.)	в процентах	(абсолютн.)	в процентах		Gкр
1. Стресс в семье	43	39,1	14	12,7	29	7
2. Утомляемость	75	68,2	35	31,8	40	12
3. Неустойчивое АД	72	65,4	25	22,7	47	15
4. Двигательные нарушения	97	88,2	55	50	42	13
5. Нарушения речи	39	35,5	14	12,7	25	6
6. Головная боль	77	70	32	29,1	45	14
7. Боль в конечностях	94	85,5	44	40	50	16
8. Снижение памяти	71	64,5	32	29,1	39	11
9. Снижение сообразительности	55	50	26	23,6	29	7
10. Нарушения сна	63	57,3	24	21,8	39	11

Типичный сдвиг — отрицательный, положительных сдвигов нет; $G_{эмп.} = 0$; $G_{эмп.} \leq G_{кр}$; сдвиг в типичную сторону — существенный, различия до тренинга и после него значимы.

Таблица 2

Различия в эмоциональном состоянии больных до и после проведения программы психологического тренинга (критерий знаков G)

Показатели	Количество высказываний до тренинга		Количество высказываний после тренинга		Сдвиг абсолютных значений	Значимость различий $p \leq 0{,}01$
	(абсолютн.)	в процентах	(абсолютн.)	в процентах		
Отрицательные эмоции					**Сдвиг в сторону отрицательных эмоций**	**Gкр**
1. Раздражительность	56	50,91	23	20,9	33	9
2. Депрессия	63	57,3	25	22,7	38	11
3. Апатия	51	46,4	31	28,2	20	4
4. Боязнь повторного инсульта	73	66,4	40	36,4	33	9
5. Обидно, что заболел	55	50	26	23,6	29	7
Положительные эмоции					**Сдвиг в сторону положительных эмоций**	**Gкр**
1. Спокойствие	11	10	33	30	23	5
2. Надежда на выздоровление	47	42,7	83	75,5	36	10
3. Интерес к лечению	13	11,8	38	34,5	25	6
4. Терпение	43	39,1	78	70,9	35	10
5. Удовлетворение; доволен,что жив	16	14,5	47	42,7	31	8

Отрицательные эмоции: типичный сдвиг — отрицательный; положительных сдвигов нет; $G_{эмп} = 0$; $G_{эмп} \leq G_{кр}$; положительные эмоции: типичный сдвиг положительный; отрицательных сдвигов нет; $G_{эмп} = 0$; $G_{эмп} \leq G_{кр}$.

Среди жизненных установок при первом клиническом интервью наблюдались: чрезмерная ответственность за семью (или работу) (70,91%); отсутствие заботы о своем здоровье (57,3%); долженствование (50,91%); ориентация на труд (29,1%) и стремление к доминированию (24,55%).

В меньшей степени были представлены такие установки: жил, как живется (21,82%); болезнь как оправдание низкого уровня притязаний (16,4%); потворство прихотям (11,8%).

Больные отмечали изменение отношения близких и родственников к ним после начала заболевания. Родственники (дети, муж, жена) нередко высказывали недовольство, критиковали неточные действия больных, чрезмерно контролировали или ограничивали самодеятельность, что усиливало депрессивную реакцию больных.

Непринятие последствий болезни приводило к депрессивным и ипохондрическим реакциям на болезнь, снижало активность больных в восстановительных мероприятиях, препятствовало формированию приверженности к лечению, мешало отношениям сотрудничества с персоналом (с лечащим врачом, с методистом ЛФК, с логопедом, с эрготерапевтом).

Таблица 3

Различия в самоотношении больных до и после проведения программы психологического тренинга (критерий знаков G)

Показатели	Количество высказываний до тренинга		Количество высказываний после тренинга		Сдвиг абсолютных значений	Значимость различий $p \leq 0{,}01$
	(абсолютн.)	в процентах	(абсолютн.)	в процентах		
Отрицательного самоотношение					**Сдвиг в сторону отрицательного самоотношения**	**Gкр**
1. Беспомощный	54	49,1	29	26,4	25	6
2. Иждивенец	49	44,5	21	19,1	28	5
3. Выбитый из колеи	33	30	16	14,5	17	3
4. Снижение способностей	94	85,5	59	53,6	35	10
5. Утративший авторитет	47	42,72	23	20,9	24	5
6. Зависимый от помощи других	64	58,2	31	28,2	33	9
Положительное самоотношение					**Сдвиг в сторону положительного самоотношения**	**Gкр**
1. Самодостаточный	19	17,3	43	39,1	24	5
2. Выздоравливающий	36	32,7	70	63,6	34	9
3. Обучающийся	45	40,9	58	52,7	13	1
4. Помогающий другим	15	13,6	30	27,3	15	2
5. Заботящийсяо себе	35	31,8	58	52,7	23	5

Отрицательное самоотношение: типичный сдвиг — отрицательный; положительных сдвигов нет; $G_{эмп} = 0$; $G_{эмп} \leq G_{кр}$; положительное самоотношение: типичный сдвиг — положительный; отрицательных сдвигов нет; $G_{эмп} = 0$; $G_{эмп} \leq G_{кр}$.

При повторном обследовании после проведения программы психологической коррекции отмечается достоверно значимое снижение соматических жалоб больных: неустойчивость АД (22,7%); головная боль (29,1%) (табл. 1). Уменьшились жалобы на двигательные нарушения (50,0%) и боли в конечностях (40%).

Позитивная динамика соматических жалоб обусловлена, с одной стороны, курсом восстановительного лечения, применением биологических методов лечения (лекарственной терапии, физиотерапии, ЛФК).

С другой стороны, после проведенной психологической коррекции больные стали применять навыки самоконтроля и саморегуляции. Например, больной при усилении боли в ногах после более длительной тренировки накануне не впадает в тревогу и уныние («мне стало хуже»), а включает когнитивный компонент; анализ («вчера перезанимался, поэтому сегодня болит больше») и поведенческий («сегодня отдыхаю, использую мази и самомассаж — и завтра все пройдет»). Налицо принятие ответственности на себя за свое состояние (контроль за

Таблица 4

Различия в установках больных до и после проведения программы психологического тренинга

Показатели	Количество высказываний до тренинга		Показатели	Количество высказываний после тренинга	
	(абсолютн.)	в процентах		(абсолютн.)	в процентах
Чрезмерная ответственность за работу или семью	78	70,91	Снижение ответственности за семью (коллектив)	75	68,18
Недостаточная забота о здоровье	63	57,3	Отказ от работы	68	61,8
Долженствование, жил от слова «должен»	56	50,91	Жить от слова «могу»	65	59,09
Ориентация на труд	32	29,1	Буду больше себя любить, заботиться о себе	41	37,1
Стремление к доминированию в семье или на работе	27	24,55	Снижение нагрузки	37	33,64
Жил, как живется	24	21,82	Переход на легкую работу	35	31,8
Сопутствующее соматическое заболевание (сердца, желудка) как оправдание низкого уровня притязания в жизни (куда уж мне, я «болею»)	18	16,4	Как жил, так и буду жить	28	25,45
Потворство прихотям (зависимость от алкоголя и др.)	13	11,8	Возвращение к прежней работе	13	11,8

физической и нервно-психической нагрузкой, диетой и др.) и в результате — снижение жалоб, готовность к самопомощи (измерить пульс, давление и оказать самому себе первую помощь), проявление заботы о самом себе, повышение самодостаточности.

Таким образом, эмоциональный аспект отношения к состоянию (жалобы) уходил на второй план, а на первом месте возникал когнитивный компонент (осознание) и поведенческий компонент (изменения в поведении).

Позитивная динамика отмечалась и в оценке своего эмоционального состояния: достоверно значимо уменьшились жалобы на нарушения речи (12,7%); на утомляемость (31,8%); на снижение памяти (29,1%); на снижение сообразительности (23,6%); на нарушение сна (21,8%); стресс в семье (12,7%).

В эмоциональном состоянии достоверно значимо уменьшилась боязнь повтора (36,4%); апатия (28,2%); депрессия (22,7%); обида (23,6%); раздражительность (20,9%). Уменьшилось и чувство вины (18,2%), хотя и не значимо. Достоверно значимо повысилась надежда (75,5%); терпение (70,9%); удовлетворение (42,7%); интерес к жизни (34,5%); спокойствие (33,0%). После проведенного тренинга больные стали лучше осознавать и контролировать эмоциональное напряжение, которое может приводить к повышению АД, к нарушениям сердечного ритма.

В самоотношении больных также произошли изменения. Достоверно значимо (критерий знаков G) уменьшились негативные оценки: снижение способностей (53,6%); зависимость от других (28,2%); беспомощность, «я инвалид» (26,4%); «иждивенец»

(19,1%); утрата авторитета (20,9%), «выбит из колеи» (14,5%). Достоверно значимо повысились положительные оценки себя: «я — выздоравливающий» (63,6%); «я — обучаюсь» (52,7%); «я — самодостаточный» (39,1); «помогаю другим» (27,3%). Повысилась оценка себя как терпеливого (49,1%) и достойного (47,3%).

Изменились также установки больных после психологической коррекции.

Доминирующими установками стали: осознание необходимости снижения ответственности за семью (или работу) (68,18%); жить от слова «могу» (59,09%); больше любить себя, заботиться о себе (37,1); необходимость снижения нагрузки физической и нервно-психической (33,64).

Отказ от продолжения работы отмечался в 61,8% высказываний; переход на легкую работу — 31, 8%; возвращение к прежней работе — 11,8% (табл. 2).

Занятия в группе способствовали формированию позитивного отношения к своему физическому состоянию, к осознанию возможностей восстановления, которое во многом зависит от своих собственных усилий. Больные понимали необходимость самостоятельных занятий и повторяли во второй половине дня упражнения лечебной физкультуры (лечебная ходьба, разработка движений руки и др.). Выполняли самостоятельные занятия по тренировке нарушенных когнитивных функций: выполнение заданий логопеда (чтение книг, заучивание стихов, разгадывание кроссвордов и пр.) и психолога (повторение упражнений тренинга).

В целом по группе отмечается также снижение реактивной и личностной тревожности Спилбергера, повышение качества жизни, отмечается снижение тревоги и депрессии HADS, улучшение когнитивных показателей (MMSE), а также повышение по шкале самообслуживания (Бартель) при сравнении показателей по критерию Стьюдента (табл. 5).

У больных с правополушарной локализацией очага более выражено снижение реактивной тревожности; оценка качества жизни улучшилась у левополушарных больных; в обеих подгруппах улучшились показатели когнитивных функций (табл. 6 и 7).

Больные с когнитивными нарушениями после инсульта характеризовались незавершенностью принятия болезни, частичным принятием ответственности за свое выздоровление [8; 13; 23]. Эгодистонность (неприемлемость для «Я» пациента) болезненных проявлений после инсульта [6] обусловлена прежде всего непринятием нарушений высших психических функций, столь значимых для больных, и неотчетливым пониманием возможностей восстановления нарушенных функций [12; 28; 46; 53]. В процессе психо-

Таблица 5

Различия в критериях самообслуживания, тревожности, качества жизни у больных до и после проведения программы психологического тренинга

Признаки	До проведения тренинга	После проведения тренинга	t-критерий	P<
Бартель	85,27 ± 2,45	89,32 ± 2,81	3,81	0,01
Реактивная тревожность	55,31 ± 3,24	51,96 ± 2,24	3,28	0,01
Личностная тревожность	52,95 ± 2,51	50,25 ± 1,89	2,54	0,05
Качество жизни	2,91 ± 0. 42	3,49 ± 0,45	1,98	0,05
HADS тревога	8,1 ± 0,62	7,59 ± 0,58	2,67	0,01
HADS депрессия	9,25 ± 0,75	8,48 ± 0,69	2,41	0,05
MMSE	26,73 ± 2,38	28,09 ± 1,96	3,59	0,01

Таблица 6

Различия в критериях самообслуживания, тревожности, качества жизни у больных с левополушарной локализацией очага (n = 46) до и после коррекции

Признаки	До коррекции	После коррекции	t-st	P<
Бартель	84,45 ± 3,59	88,59 ± 3,68	3,71	0,01
Реактивная тревожность	54,91 ± 1,99	51,63 ± 3,02	3,11	0,01
Личностная тревожность	52,54 ± 1,81	50,06 ± 2,38	2,32	0,05
Качество жизни	2,84 ± 0,42	3,46 ± 0,39	1,93	0,05
HADS тревога	8,19 ± 0,62	7,56 ± 0,65	2,59	0,05
HADS депрессия	9,34 ± 0,72	8,53 ± 0,76	2,39	0,05
MMSE	26,56 ± 0,86:	27,81 ± 0,65	3,53	0,01

Таблица 7

Различия в критериях самообслуживания, тревожности, качества жизни у больных с правополушарной локализацией очага (n = 36) до и после коррекции

Признаки	До коррекции	После коррекции	t-st	P<
Бартель	85,14 ± 3,68	89,44 ± 0,74	3,92	0,01
Реактивная тревожность	55,86 ± 3,41	52,28 ± 2,13	3,45	0,01
Личностная тревожность	53,19 ± 2,53	50,33 ± 1,88	2,68	0,01
Качество жизни	2,94 ± 0,43	3,45 ± 0,41	1,87	—
HADS тревога	8,32 ± 0,57	7,72 ± 0,61	2,61	0,05
HADS депрессия	9,39 ± 0,77	8,65 ± 0,65	2,43	0,05
MMSE	26,75 ± 0,65	28,19 ± 0,98	3,51	0,01

логической коррекции формировалось отношение к болезни не как к краху, а как к испытанию, которое может дать новые силы и укрепление своей воли к здоровью. Принятие больным ответственности на себя за восстановление нарушенных функций было важным для формирования приверженности к лечению и к созданию реабилитационных установок.

Выводы

В процессе психологической коррекции использовались приемы гуманистической психотерапии, направленные на формирование положительного отношения к самому себе, на формирование заботы и ответственности больных за восстановление нарушенных функций путем освоения приемов саморегуляции и коррекции когнитивных функций.

Проведенные занятия в программе психологической коррекции способствовали улучшению эмоционального состояния больных, повышению самоотношения и созданию реальных и оптимистичных поведенческих установок.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Александров А. А.* Аутогенная тренировка. СПб.: Питер, 2005.
2. *Александров А. А.* Психотерапия. СПб.: Питер, 2004. 480 с.

3. *Ананьев В. А.* Психология здоровья СПб.: Речь, 2006. 384 с.
4. *Балунов О. А., Кушнеренко Я. Н.* Динамика очаговых неврологических нарушений у больных, перенесших инсульт // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2001. № 5. Т. 101. С. 4–8.
5. *Балунов О. А., Лукина Л. В., Семенова Н. В., Ситник Л. И.* Дифференциальная диагностика деменций и аффективных расстройств у лиц пожилого возраста в амбулаторной практике невролога: Метод. рекоменд. СПбНИПНИ им. В. М. Бехтерева. СПб., 2012. 36 с.
6. *Балунов О. А., Лукина Л. В., Семенова Н. В., Ситник Л. И.* Совершенствование полипрофессиональной модели оказания лечебно-диагностической помощи при пограничных психических расстройствах у больных с органическими заболеваниями головного мозга: Метод. рекоменд. СПбНИПНИ им. В. М. Бехтерева. СПб., 2012, 41 с.
7. *Белова А. Н., Щепетова О. Н.* Шкалы, тесты, опросники в медицинской реабилитации М.: Антидор, 2002. 440 с.
8. *Белова А. Н.* Нейрореабилитация // Руководство для врачей. 2-е изд. М.: Антидор, 2010. 1288 с.
9. *Богомолов В. М.* Медицинская реабилитация. 2-е изд., М., 2007. Т. 1; 2. 672 с.
10. *Голубев В. Л., Вейн А. М.* Неврологические синдромы // Руководство для врачей. 4-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2012. 736 с.
11. *Гольдблат Ю. В.* Медико-социальная реабилитация в неврологии. СПб.: Политехника, 2006. 607 с.
12. *Григорьева В. Н., Ковязина М. С., Тхостов А. Ш.* Когнитивная реабилитация больных инсультом и черепно-мозговой травмой. Н. Новгород: Изд-во Госмедакадемии, 2012. 324 с.
13. *Гусев Е. И., Боголепова А. Н.* Когнитивные нарушения при цереброваскулярных заболеваниях. М., 2013. 3-е изд. 176 с.
14. *Гусев Е. И., Крыжановский Г. Н.* Дизрегуляционная патология нервной системы. М.: МИА, 2009. 512 с.
15. *Дамулин И. В.* Когнитивные расстройства при цереброваскулярной патологии // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2009. Т. 109. № 1. С. 70–75.
16. *Демиденко Т. Д., Балунов О. А.* Восстановительное лечение постинсультных больных в системе реабилитационной специализированной службы // Метод. рекоменд. СПбНИПНИ им. В. М. Бехтерева. СПб., 1993.
17. *Демиденко Т. Д., Ермакова Н. Г.* Основы реабилитации неврологических больных. СПб.: Фолиант, 2004. 304 с.
18. *Ермакова Н. Г.* Психологическая коррекция высших психических функций больных с последствиями церебрального инсульта // Вестник СПбГУ. Серия 11: Медицина. Изд-во СПбГУ. 2009. Вып. 4. С. 84–96.
19. *Живолупов С. А., Самарцев И. Н., Иванова К. В.* Эволюция оптимизации лечения инсультов // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2012. № 8. Вып. 2: Инсульт. С. 49–58.
20. *Кабанов М. М.* Реабилитация психически больных. Л., 2-е изд. 1985.
21. *Кабанов М. М.* Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. СПб., 1998.
22. *Кабанов М. М.* В. М. Бехтерев — биопсихосоциальная парадигма и концепция качества жизни // Психоневрология в современном мире: Юбилейная научная сессия, посвященная 100-летию СПбНИПНИ им. В. М. Бехтерева. СПб., 2007. 14–18 мая.
23. *Кадыков А. С., Черникова Л. А., Шахпаранова Н. В.* Реабилитация неврологических больных. М.: Мед-пресс-информ, 2008. 560 с.
24. *Катаева Н. Г., Корнетов Н. А., Катаев С. Г., Левина А. Ю.* Клинико-лабораторная диагностика органических и депрессивных психических расстройств постинсультных больных // Российский психиатрический журнал. 2005. № 4. С. 9–12.
25. *Климов Л. В., Парфенов В. А.* Когнитивные нарушения в остром периоде ишемического инсульта // Неврологический журнал. 2006. Т. 11. Приложение № 1. С. 53–57.

26. *Коровенков Р. И.,Тибекина Л. М.* Поражения нервной системы и органа зрения. СПб.: Элби-СПб., 2012. 504 с.
27. *Коцюбинская Ю. В.* Влияние клинических и психосоциальных факторов на социальную адаптацию пациентов после церебрального инсульта: Автореф. дис. … канд. мед. наук. ГУСПбНИПНИ им. В. М. Бехтерева Росздрава. СПб., 2007.
28. *Левин О. С., Усольцева Н. А., Ющенко Н. А.* Постинсультные когнитивные нарушения // Трудный пациент. 2007. № 8. С. 26–29.
29. *Логунов К. В.* Оценка эффективности лечебных и диагностических методов. СПб.: Изд. дом СПбМАПО, 1999. 26 с.
30. *Меновщиков В. Ю.* Введение в психологическое консультирование. М.: Смысл, 2004.
31. *Незнанов Н. Г., Акименко Н. А.* Холистический подход В. М. Бехтерева в современной неврологии и психиатрии // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. 2012. № 1. С. 3–7.
32. *Одинак М. М., Емелин А. Ю., Лобзин В. Ю.* Нарушение когнитивных функций при цереброваскулярной патологии. СПб.: ВМА, 2006. 158 с.
33. *Парфенов В. А., Хасанова Д. Р.* Ишемический инсульт. М.: МИА, 2012. 288 с.
34. *Петрова Е. А., Поневежская Е. В., Савина М. А., Скворцова В. И.* Клинические особенности постинсультной апатии // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2012. № 12. Вып. 2: Инсульт. С. 15–19.
35. *Райгородский Д. Я.* Практическая психодиагностика. Самара: Изд. дом «Бахрах-М», 2006. 672 с.
36. *Савина М. А.* Постинсультная депрессия // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2005. № 7. С. 67–77.
37. *Селищев Г. С.* Возможности нейрореабилитации в резидуальном периоде инсульта. //Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2012. № 8. Вып. 2: Инсульт. С. 46–48.
38. *Селявко Л. Е., Цветкова Л. С.* Виртуальное пространство в восстановительном обучении больных с органическими поражениями головного мозга: Материалы 5-го международного конгресса «Нейрореабилитация-2013». 3–4 июня 2013. М., С. 231–232.
39. *Сидоренко Е. В.* Методы математической обработки в психологии. СПб.: Речь, 2007. 350 с.
40. *Соммерз-Фланаган Д., Соммерз-Фланаган Р.* Клиническое интервьюирование. М.: Изд. дом «Вильямс», 2006. 3-е изд., 672 с.
41. *Трошин В. Д., Густов А. В.* Острые нарушения мозгового кровоснабжения: Руководство. М.: Мединформ-агентство, 2006. 432 с.
42. *Цветкова Л. С.* Афазиология: современные проблемы и пути их решения. М.: МОДЭК, 2011. 744 с.
43. *Шевченко Ю. Л., Кузнецов А. Н., Виноградов О. И.* Лакунарный инфаркт головного мозга. М.: РЕАН, 2011. 159 с.
44. *Шкловский В. М.* Концепция нейрореабилитации больных после инсульта // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2003. № 8: Инсульт. С. 10–23.
45. *Яхно Н. Н., Виленский Б. С.* Инсульт как медико-социальная проблема // Русский медицинский журнал. 2005. Т. 13. № 12. С. 807–815.
46. *Bernsprang B., Fisher A.* Differences between person with right or left cerebral vascular accident on the assessment of motor and process skills//Arch. Phys. Med. Rehabil. 1995. V. 76. P. 1144–1151.
47. *Bidzan L., Bidzan M.* Vascular factors and progression of cognitive decline in elderly people // Psychiatr. Pol. 2005. Vol. 39. №5. P. 987–995.
48. *Gainotti G., Antonucci G., Marra C., Paolucci S.* Relation between depression after stroke, antidepressant therapy, and functional recovery // Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry. 2001. 71 (2). P. 258–261.
49. *Hier D. B., Mondak I., Caplan L.* Behavioural abnormalities after right hemisphere stroke // Neurology. 1983. V. 33. P. 337–344.

50. *Jaracz K., Jaracz J., Kozubski W., Rybakowski J. K.* Post-stroke quality of life and depression // Acta Neuropsychiatrica. 2002. 14(5). P. 219–225.
51. *Laska A. C., Mårtensson B., Kahan T., Von Arbin M., Murray V.* Recognition of depression in aphasic stroke patients // Cerebrovascular Diseases. 2007. 24(1). P. 74–79.
52. *Paolucci S.* Epidemiology and treatment of post-stroke depression // Neuropsychiatric Disease and Treatment. 2008. 4(1 A). P. 145–154.
53. *Thomas S. A., Lincoln N. B.* Predictors of emotional distress after stroke // Stroke. 2008. 39(4). P. 1240–1245.

REFERENCES

1. *Aleksandrov A. A.* Autogennaja trenirovka. SPb.: Piter, 2005.
2. *Aleksandrov A. A.* Psihoterapija. SPb.: Piter, 2004. 480 s.
3. *Anan'ev V. A.* Psihologija zdorov'ja SPb.: Rech', 2006. 384 s.
4. *Balunov O. A., Kushnerenko Ja. N.* Dinamika ochagovyh nevrologicheskih narushenij u bol'nyh, perenesshih insul't // Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. S. S. Korsakova. 2001. № 5. T. 101. S. 4–8.
5. *Balunov O. A., Lukina L. V., Semenova N. V., Sitnik L. I.* Differentsial'naja diagnostika dementsij i affektivnyh rasstrojstv u lits pozhilogo vozrasta v ambulatornoj praktike nevrologa / Metod rek. SPbNIPNI im. V. M. Behtereva. SPb., 2012. 36 s.
6. *Balunov O. A., Lukina L. V., Semenova N. V., Sitnik L. I.* Sovershenstvovanie poliprofessional'noj modeli okazanija lechebno-diagnosticheskoj pomoshchi pri pogranichnyh psihicheskih rasstrojstvah u bol'nyh s organicheskimi zabolevanijami golovnogo mozga. / Metod. rek. SPbNIPNI im. V. M. Behtereva. SPb., 2012. 41 s.
7. *Belova A. N., Shchepetova O. N.* Shkaly, testy, oprosniki v meditsinskoj reabilitacii M.: Antidor, 2002. 440 s.
8. *Belova A. N.* Nejroreabilitatsija. Rukovodstvo dlja vrachej. 2 izd. M.: Antidor, 2010. 1288 s.
9. *Bogomolov V. M.* Meditsinskaja reabilitatsija. 2 izd., dop. M., 2007. T. 1, 2. 672 s.
10. *Golubev V. L.,Vejn A. M.* Nevrologicheskie sindromy. Rukovodstvo dlja vrachej. 4 izd., M.: MED-press-inform, 2012. 736 s.
11. *Gol'dblat Ju. V.* Mediko-sotsial'naja reabilitatsija v nevrologii. SPb.: Politehnika, 2006. 607 s.
12. *Grigor'eva V. N., Kovjazina M. S., Thostov A. Sh.* Kognitivnaja reabilitatsija bol'nyh insul'tom i cherepno-mozgovoj travmoj. N. Novgorod.: Izd. -vo Gosmedakademii, 2012. 324 s.
13. *Gusev E. I., Bogolepova A. N.* Kognitivnye narushenija pri tserebrovaskuljarnyh zabolevanijah. M., 2013. 176 s.
14. *Gusev E. I., Kryzhanovskij G. N.* (red.). Dizreguljatsionnaja patologija nervnoj sistemy. M.: MIA, 2009. 512 s.
15. *Damulin I. V.* Kognitivnye rasstrojstva pri tserebrovaskuljarnoj patologii // Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. S. S. Korsakova. 2009. T. 109. № 1. S. 70–75.
16. *Demidenko T. D., Balunov O. A.* Vosstanovitel'noe lechenie postinsul'tnyh bol'nyh v sisteme reabilitacionnoj specializirovannoj sluzhby / Metod. rek. SPbNIPNI im. V. M. Behtereva, SPb., 1993.
17. *Demidenko T. D., Ermakova N. G.* Osnovy reabilitatsii nevrologicheskih bol'nyh. SPb.: Foliant, 2004. 304 s.
18. *Ermakova N. G.* Psihologicheskaja korrektsija vysshih psihicheskih funktsij bol'nyh s posledstvijami tserebral'nogo insul'ta // Vestnik SPbGu. Serija11: Meditsina. Izd-vo SPbGu. Vyp. 4. 2009. C. 84–96.
19. *Zhivolupov S. A., Samartsev I. N., Ivanova K. V.* Evoljutsija optimizatsii lechenija insul'tov // Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. S. S. Korsakova. 2012. №8. Vyp 2. Insul't. C. 49–58.
20. *Kabanov M. M.* Reabilitatsija psihicheski bol'nyh. L., 1985.
21. *Kabanov M. M.* Psihosotsial'naja reabilitatsija i sotsial'naja psihiatrija. SPb., 1998.

22. *Kabanov M. M.* V. M. Behterev — biopsihosotsial'naja paradigma i konceptsija kachestva zhizni // Psihonevrologija v sovremennom mire. Jubilejnaja nauchnaja sessija, posvjashchennaja 100-letiju SPbNIPNI im. V. M. Behtereva. SPb. 14–18 maja 2007.
23. *Kadykov A. S., Chernikova L. A., Shahparanova N. V.* Reabilitatsija nevrologicheskih bol'nyh. M.: Med-press-inform, 2008. 560 s.
24. *Kataeva N. G., Kornetov N. A., Kataev S. G., Levina A. Ju.* Kliniko-laboratornaja diagnostika organicheskih i depressivnyh psihicheskih rasstrojstv postinsul'tnyh bol'nyh // Rossijskij psihiatricheskij zhurnal. 2005. № 4. S. 9–12.
25. *Klimov L. V., Parfenov V. A.* Kognitivnye narushenija v ostrom periode ishemicheskogo insul'ta // Nevrologicheskij zhurnal. 2006. T. 11. Prilozhenie № 1. S. 53–57.
26. *Korovenkov R. I.,Tibekina L. M.* Porazhenija nervnoj sistemy i organa zrenija. SPb.: Jelbi-SPb., 2012. 504 s.
27. *Kotsjubinskaja Ju. V.* Vlijanie klinicheskih i psihosotsial'nyh faktorov na sotsial'nuju adaptatsiju patsientov posle tserebral'nogo insul'ta: Avtoref. dis. kand. med. nauk. GUSPbNIPNI im. V. M. Behtereva Roszdrava, Spb., 2007.
28. *Levin O. S., Usol'tseva N. A., Juschchenko N. A.* Postinsul'tnye kognitivnye narushenija // Trudnyj patsient. 2007. № 8. S. 26–29.
29. *Logunov K. V.* Otsenka effektivnosti lechebnyh i diagnosticheskih metodov. SPb.: Izd. dom SPbMAPO, 1999. 26 s.
30. *Menovshchikov V. Ju.* Vvedenie v psihologicheskoe konsul'tirovanie. M.: Smysl, 2004.
31. *Neznanov N. G., Akimenko N. A.* Holisticheskij podhod V. M. Behtereva v sovremennoj nevrologii i psihiatrii // Obozrenie psihiatrii i meditsinskoj psihologii im. V. M. Behtereva. 2012. № 1. S. 3–7.
32. *Odinak M. M., Emelin A. Ju., Lobzin V. Ju.* Narushenie kognitivnyh funktsij pri tserebrovaskuljarnoj patologii. SPb.: VMA, 2006. 158 s.
33. *Parfenov V. A., Hasanova D. R.* Ishemicheskij insul't. M.: MIA, 2012. 288 s.
34. *Petrova E. A., Ponevezhskaja E. V., Savina M. A., Skvortsova V. I.* Klinicheskie osobennosti postinsul'tnoj apatii // Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. S. S. Korsakova. 2012. № 12. Vyp. 2. Insul't. S. 15–19.
35. *Rajgorodskij D. Ja.* (sost.) Prakticheskaja psihodiagnostika. Samara: Izd. dom «Bahrah-M», 2006. 672 s.
36. *Savina M. A.* Postinsul'tnaja depressija // Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. S. S. Korsakova. 2005. № 7. S. 67–77.
37. *Seliwev G. S.* Vozmozhnosti nejroreabilitatsii v rezidual'nom periode insul'ta // Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. S. S. Korsakova. 2012. № 8. Vyp. 2. Insul't. S. 46–48/
38. *Seljavko L. E., Tsvetkova L. S.* Virtual'noe prostranstvo v vosstanovitel'nom obuchenii bol'nyh s organicheskimi porazhenijami golovnogo mozga//Materialy 5 mezhdunarodnogo kongressa «Nejroreabilitatsija-2013». 3–4 ijunja 2013. M., S. 231–232.
39. *Sidorenko E. V.* Metody matematicheskoj obrabotki v psihologii. SPb.: Rech', 2007. 350 s
40. *Sommerz-Flanagan D., Sommerz-Flanagan R.* Klinicheskoe interv'juirovanie. 3 izd., M.: Izd. dom «Vil'jams», 2006. 672 s.
41. *Troshin V. D., Gustov A. V.* Ostrye narushenija mozgovogo krovosnabzhenija: Rukovodstvo. M.: Medinform-agenstvo, 2006. 432 s.
42. *Tsvetkova L. S.* Afaziologija: sovremennye problemy i puti ih reshenija. M.: MODEK, 2011. 744 s.
43. *Shevchenko Ju. L., Kuznetsov A. N., Vinogradov O. I.* Lakunarnyj infarkt golovnogo mozga. M.: REAN, 2011. 159 s.
44. *Shklovskij V. M.* Kontseptsija nejroreabilitacii bol'nyh posle insul'ta // Zhurnal nevropatologii i psihiatrii im. S. S. Korsakova. 2003. № 8: Insul't. S. 10–23.
45. *Jahno N. N., Vilenskij B. S.* Insul't kak mediko-sotsial'naja problema // Russkij meditsinskij zhurnal. 2005. T. 13. № 12. S. 807–815.

46. *Bernsprang B., Fisher A.* Differences between person with right or left cerebral vascular accident on the assessment of motor and process skills // Arch. Phys. Med. Rehabil. 1995. V. 76. P. 1144–1151.
47. *Bidzan L., Bidzan M.* Vascular factors and progression of cognitive decline in elderly people // Psychiatr. Pol. 2005. Vol. 39. № 5. P. 987–995.
48. *Gainotti G., Antonucci G., Marra C., Paolucci S.* Relation between depression after stroke, antidepressant therapy, and functional recovery // Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry. 2001. 71(2). P. 258–261.
49. *Hier D. B., Mondak I., Caplan L.* Behavioural abnormalities after right hemisphere stroke // Neurology. 1983. V. 33. P. 337–344.
50. *Jaracz K., Jaracz J., Kozubski W., Rybakowski J. K.* Post-stroke quality of life and depression. // Acta Neuropsychiatrica. 2002. 14(5). P. 219–225.
51. *Laska A. C., Mårtensson B., Kahan T., Von Arbin M., Murray V.* Recognition of depression in aphasic stroke patients // Cerebrovascular Diseases. 2007. 24(1). P. 74–79.
52. *Paolucci S.* Epidemiology and treatment of post-stroke depression // Neuropsychiatric Disease and Treatment. 2008. 4(1 A). P. 145–154.
53. *Thomas S. A., Lincoln N. B.* Predictors of emotional distress after stroke // Stroke. 2008. 39(4). P. 1240–1245.