

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ИНСУЛЬТА В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

На основании исследования личности больных в восстановительном периоде инсульта выявлены доминирующие реакции личности на заболевание в виде депрессии, психастении, аутичности, тревоги. Выявлены особенности личности, препятствующие формированию адекватной установки в процессе восстановительного лечения: пессимизм, импульсивность, подозрительность, демонстративность, замкнутость. Анализ особенностей личности больных способствовал выбору мишеней психологического воздействия. В исследовании принимали участие 102 больных с последствиями инсульта в условиях реабилитационного стационара.

N. Ermakova

PERSONAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS AFTER STROKE IN THE MEDICAL REHABILITATION IN HOSPITAL

Personal characteristics in 102 patients after the stroke during medical rehabilitation in hospital have been studied. According to the research, the dominant reactions to the disease are depression, psychasthenia, social introversion and anxiety. Such personal characteristics as pessimism, impulsiveness, autism are obstacles for overcoming the disease and developing positive attitudes to the treatment. The research findings were used for identifying the targets of psychological therapy.

В последние десятилетия отмечается увеличение числа заболеваний церебральным инсультом, что делает актуальной медико-социальной проблемой реабилитацию постинсультных больных, направленную на восстановление нарушенных функций, на возвращение больного в общество и к посильному труду [1; 2; 3, с. 10–23]. В реабилитации, наряду с лекарственной терапией и методами физического воздействия, большое значение имеют психосоциальные методы, направленные на формирование адекватной позиции больного в процессе лечения.

Большое значение имеет формирование позитивной психологической установки больного на преодоление последствий заболевания, установки на длительную реабилитацию. Формирование положительной установки направлено на продолжение выполнения назначений врача в домашних условиях (регулярный прием лекарств, выполнение упражнений лечебной физкультуры, самообслуживание, посильная нагрузка по дому, прогулки), на повышение качества жизни больных и профилактику повторного инсульта.

Важным фактором при формировании активной направленности личности на восстановление нарушенных функций и укрепление здоровья является адекватное представление больного о своей болезни, внутренняя картина болезни. На формирование отношения к своей болезни у больных с последствиями инсульта оказывают влияние наряду с органическими факторами (локализация и объем очага поражения), психосоциальные факторы (возраст, пол), а также особенности личности больного. Как отмечает Ю. А. Александровский [4, с. 75], на осознание болезни и формирование больным внутренней картины болезни влияют:

- информация о симптомах болезни;
- индивидуально-типологические особенности;
- социокультуральные и микросоциальные взаимоотношения;
- особенности психогенного реагирования на «ключевую» психотравму.

Внезапная и серьезная болезнь является психической травмой для больного и сопровождается невротическими, ипохондрическими, депрессивными реакциями на болезнь. В связи с этим большое значение имеет исследование особенностей личности постинсультных больных и выявление тех из них, которые препятствуют формированию позитивной установки на лечение.

Целью настоящей работы явилось выявление особенностей личности больных с последствиями инсульта и изучение участия личности больных в формировании направленности на лечение.

В исследовании участвовали 102 больных от 38 до 65 лет; 81 мужчина, 21 женщина; с левополушарной локализацией очага поражения — 58 больных, с правополушарной — 44; с легким гемипарезом — 55, с гемипарезом средней тяжести — 32; с выраженным гемипарезом — 15. Остаточные легкие когнитивные нарушения наблюдались у 12 больных: в виде нарушений праксиса (7 человек); и с остаточными явлениями дизартрии (5 больных).

В процессе восстановительного лечения проводилось исследование отношения больных к лечению и к заболеванию по клинической пятибалльной шкале в процессе консультирования и наблюдения [5, с. 167]. Чем больше балл по шкале отношения к лечению, тем больше отмечалась ответственность больного за исход лечения. Чем больше балл по шкале отношения к болезни, тем выраженнее отмечалась у больного пере-

оценка болезни. Качество жизни исследовалось по пятибалльной шкале; оценка уровня самообслуживания: шкала Бартеля, шкала ФИМ [6; 7]. Для исследования личности использовался Миннесотский многопрофильный личностный опросник-шкала ММРІ; а также шкала личностной и реактивной тревожности Спилбергера—Ханина [8]. Был произведен сравнительный анализ средних значений показателей мужчин и женщин, а также больных с левополушарной и правополушарной локализацией очага поражения с использованием критерия Стьюдента, произведен корреляционный анализ результатов исследования.

Все больные получали комплексное восстановительное лечение в стационарном центре реабилитации городской больницы №40 Курортного района Санкт-Петербурга в 1999–2005 годах. В процессе стационарной реабилитации больные получали лечебную физкультуру, физиотерапию, психотерапию, при необходимости — занимались в комнате бытовой реабилитации; логопедическую помощь. Со всеми больными, принимавшими участие в исследовании, проводилась установочная беседа (две-три встречи), направленная на изучение эмоционального состояния; на изучение установок больного по отношению к заболеванию и лечению; по отношению к лечебной и жизненной перспективе. Применялась симптоматически ориентированная, когнитивно-поведенческая психотерапия [10; 11]. Когнитивная психотерапия применялась индивидуально и в группе и была направлена на исследование и коррекцию иррациональных установок, Поведенческая психотерапия проводилась в группе и была направлена на освоение приемов саморегуляции и эмоциональной стабилизации (аутоген-

ная тренировка, тематическая медитация) [12].

При сравнительном анализе результатов оценка качества жизни у женщин выше, чем у мужчин, хотя и не значимо (3,21 и 3,09) (табл. 1). Как у женщин, так и у мужчин наблюдались сходные показатели отношения к болезни (3,38 и 3,36) и к лечению (2,52 и 2,58), что отражает невыраженную склонность к переоценке тяжести состояния, а также к принятию ответственности на себя за исход лечения. У женщин — несколько выше показатели шкал самообслуживания, что свидетельствует о большей функциональной и бытовой адаптивности женщин [шкала Бартеля (85,24 и 82,24) и шкала ФИМ (94,57 и 91,14)]. По шкале ФИМ показатели у женщин значимо выше, что отражает их большую способность по показателю общения, который включен в эту шкалу.

По результатам исследования особенностей личности больных с помощью методики ММРІ в целом по группе наблюдается повышение по показателям 2 и 1 шкалы, а также по показателю 8 шкалы ММРІ, что можно расценить как показатель депрессивного переживания последствий болезни (код по G. Welsh 21' 83674/590-LFK/...).

При сравнении показателей мужчин и женщин наблюдаются следующие различия: у женщин ($n = 21$) по сравнению с мужчинами ($n = 81$) отмечаются значимые повышения по шкале Ф ($58,91 \pm 12,17$ и $52,68 \pm 11,64$; $p < 0,05$), что свидетельствует о большей внутренней напряженности женщин, недовольстве ситуацией (табл. 1). Повышение по 6-й шкале также значимо выше у женщин ($70,33 \pm 11,17$ и $61,46 \pm 9,64$; $p < 0,001$), что характеризуется более выраженным у женщин наличием «сверхценных» идей, подозрительности, паранойяльных

реакций; склонности к застреванию на негативных переживаниях, аффективной насыщенности переживаний, стеничного типа реагирования. Отмечаются различия и по другим шкалам, хотя и не значимые. По 7-й шкале психастении — $66,91 \pm 13,35$ у женщин и $62,36 \pm 11,29$ у мужчин, что свидетельствует о большей мнительности, боязливости и тревожности женщин.

У женщин наблюдается повышение по 4-й шкале ($66,09 \pm 12,65$ и $61,76 \pm 11,14$ у мужчин), что свидетельствует о большей импульсивности женщин. 3-я шкала ММР1 (истерии) также выше у женщин ($67,47 \pm 14,42$ и $64,97 \pm 10,63$ у мужчин) и свидетельствует о большей эмоциональной неустойчивости женщин.

Шкала 9 (социальная интроверсия) также выше у женщин ($59,09 \pm 7,44$), чем у мужчин ($55,83 \pm 8,49$). Чем выше балл, тем больше обращенность в мир субъективных переживаний и меньше обращенность в мир реального окружения.

Высокие показатели по 8-й шкале у женщин ($70,29 \pm 14,29$) и у мужчин ($69,01 \pm 11,75$) свидетельствуют об аутичности, погруженности в свои проблемы как мужчин, так и у женщин. Сочетание с высокой 6-й шкалой ММР1 у женщин ($70,33 \pm 11,17$) и у мужчин ($61,46 \pm 9,64$) при ведущей второй и первой шкалах свидетельствует об аутичном, аффективно-насыщенном переживании своего дефекта как мужчинами, так и женщинами. 2-я шкала (депрессии): у женщин $73,86 \pm 13,39$ и $74,77 \pm 12,11$ у мужчин; и 1-я шкала (ипохондрии): $72,14 \pm 13,96$ у женщин и $72,25 \pm 14,82$ у мужчин.

Мужской профиль ММР1, закодированный по G. Welsh — 21' 83764-590/LFK /;

Женский профиль, закодированный по G. Welsh — 2168' 374-509/FLK/.

Показатели шкалы Спилбергера—Ханина у мужчин и женщин сходные и достаточно высокие. Реактивная тревожность: у женщин — $50,76 \pm 5,02$ и у мужчин — $50,43 \pm 6,11$; личностная тревожность: у женщин — $48,52 \pm 4,52$ у мужчин — $48,62 \pm 5,54$. Наблюдается доминирование реактивной тревожности.

У женщин значимо выше показатели тревоги по шкале Тейлора: $19,71 \pm 6,94$ и у мужчин $15,38 \pm 6,62$ (табл. 1).

Таким образом, у женщин по сравнению с мужчинами значимо больше выражено внутреннее напряжение, подозрительность, склонность к формированию сверхценных идей и тревожность. У женщин также более высокие показатели импульсивности, эмоциональная неустойчивость и погруженность в субъективные переживания.

При сравнении показателей больных с правополушарной и левополушарной локализациями очага поражения у правополушарных больных несколько выше показатели качества жизни, хотя и не значимо, что обусловлено в большей степени сохранной функцией ведущей правой руки (3,14 и 3,09) (табл. 2). По отношению к болезни (3,41 и 3,22) и к лечению (2,62 и 2,53) у правополушарных больных в среднем по группе несколько выше показатели, чем у левополушарных больных, хотя и не значимо. Это отражает несколько большую переоценку тяжести состояния у правополушарных больных. По шкалам самообслуживания балл по шкале Бартеля выше у левополушарных больных (82,98 и 83,64), что свидетельствует об их большей функциональной адаптивности. По шкале ФИМ (в которой включен показатель общения) выше балл у правополушарных больных (92,71 и 91,14) с сохранной речевой функцией.

Таблица 1

**Сравнительный анализ показателей личности
женщин (21) и мужчин (81) с последствиями инсульта**

Название признака	Женщины (21)	Мужчины (81)	T	P
Качество жизни	3,21 ± 0,41	3,09 ± 0,38	0,28	0,779
Отношение к болезни	3,38 ± 0,56	3,36 ± 0,53	0,148	0,882
Отношение к лечению	2,52 ± 0,72	2,58 ± 0,69	-0,329	0,743
Шкала Бартеля	85,24 ± 5,73	82,84 ± 6,31	1,78	0,078
Шкала ФИМ	94,57 ± 5,01	91,14 ± 5,13	2,739	0,0073**
Реактивная тревожность	50,76 ± 5,02	50,43 ± 6,11	0,228	0,821
Личностная тревожность	48,52 ± 4,52	48,62 ± 5,54	-0,081	0,935
Шкала неискренности ММПИ (L)	58,62 ± 11,48	59,57 ± 9,91	-0,378	0,706
Шкала достоверности ММПИ (F)	58,91 ± 12,17	52,68 ± 11,67	2,159	0,033*
Шкала коррекции ММПИ (K)	50,67 ± 9,76	50,43 ± 9,54	0,099	0,92
Шкала ипохондрии ММПИ Hs (1)	72,14 ± 13,96	72,25 ± 14,82	-0,029	0,976
Шкала депрессии ММПИ D (2)	73,86 ± 13,39	74,77 ± 12,11	-0,299	0,765
Шкала истерии ММПИ Hy (3)	67,47 ± 14,42	64,97 ± 10,63	0,889	0,375
Шкала психопатии ММПИ Pd (4)	66,09 ± 12,65	61,76 ± 11,14	1,543	0,125
Шкала мужественности—женственности ММПИ Mf (5)	59,95 ± 12,41	58,85 ± 8,13	0,491	0,624
Шкала паранойи ММПИ Pa (6)	70,33 ± 11,17	61,46 ± 9,64	3,638	0,0004***
Шкала психастении ММПИ Pt (7)	66,91 ± 13,35	62,36 ± 11,29	1,582	0,116
Шкала шизофрении ММПИ Sc (8)	70,29 ± 14,29	69,01 ± 11,75	0,426	0,671
Шкала гипомании ММПИ Ma (9)	57,14 ± 10,48	57,91 ± 10,16	-0,302	0,763
Шкала социальной интроверсии ММПИ Si (0)	59,09 ± 7,44	55,83 ± 8,49	1,608	0,111
Шкала Тейлора (ат)	19,71 ± 6,94	15,38 ± 6,62	2,64	0,009**

Примечание. Знаком «*» отмечена достоверность различий $p < 0,05$; знаком «**» — достоверность $p < 0,01$; знаком «***» — достоверность $p < 0,001$.

При сравнении личностных особенностей больных с левополушарной локализацией очага поражения и правополушарной локализацией очага наблюдается следующая картина. У больных с очагом поражения в правом полушарии ($n = 44$) отмечаются более высокие показатели по шкале ипохондрии ММПИ ($75,23 \pm 15,17$), чем у больных с левополушарной локализацией ($n = 58$) ($69,95 \pm 13,82$), хотя и не значимо (табл. 2). У больных с локализацией очага поражения в правом полушарии выше и показатели по 8-й

шкале ($70,09 \pm 13,45$), чем у больных с левополушарной локализацией очага поражения ($68,64 \pm 11,35$), в то время как показатели по шкале 2 (депрессии) одинаково высоки у правополушарных ($75,05 \pm 12,57$) и у левополушарных больных ($74,22 \pm 12,23$) (код, зашифрованный по G. Welsh, у правополушарных больных 128' 36745-90/ LF/K; у левополушарных — 2' 183746-590/ LFK/. У правополушарных больных также более высокие показатели по шкале тревоги Тейлора, хотя и не значимо ($17,34 \pm 6,72$ и $15,47 \pm 6,95$).

Сравнительный анализ показателей личности больных с левополушарной (58) и правополушарной (44) локализацией очага поражения

Название признака	Правополушарные (44)	Левополушарные (58)	T	P
Качество жизни	3,14 ± 0,37	3,09 ± 0,38	0,691	0,491
Отношение к болезни	3,41 ± 0,79	3,32 ± 0,55	0,652	0,515
Отношение к лечению	2,62 ± 0,67	2,53 ± 0,69	0,662	0,509
Шкала Бартеля	82,98 ± 5,75	83,64 ± 5,81	-0,587	0,556
Шкала ФИМ	92,72 ± 5,98	91,14 ± 5,01	1,489	0,139
Реактивная тревожность	50,84 ± 5,03	50,36 ± 6,09	0,223	0,726
Личностная тревожность	48,69 ± 4,37	48,56 ± 5,52	0,061	0,931
Шкала неискренности ММПИ (L)	59,09 ± 11,36	59,59 ± 9,32	-0,241	0,809
Шкала достоверности ММПИ (F)	54,77 ± 12,36	53,34 ± 11,76	0,594	0,553
Шкала коррекции ММПИ (K)	49,32 ± 10,01	51,36 ± 9,17	-1,072	0,286
Шкала ипохондрии ММПИ Hs (1)	75,23 ± 15,17	69,95 ± 13,82	1,832	0,069
Шкала депрессии ММПИ D (2)	75,05 ± 12,57	74,22 ± 12,23	0,331	0,741
Шкала истерии ММПИ Hy (3)	66,16 ± 10,98	64,47 ± 11,82	1,036	0,303
Шкала психопатии ММПИ Pd (4)	63,16 ± 12,54	62,28 ± 10,81	0,381	0,704
Шкала мужественности-женственности ММПИ Mf (5)	60,09 ± 9,11	58,31 ± 9,12	0,977	0,331
Шкала паранойи ММПИ Pa (6)	64,82 ± 10,15	62,12 ± 10,78	1,283	0,202
Шкала психастении ММПИ Pt (7)	64,34 ± 11,03	62,51 ± 12,43	0,777	0,438
Шкала шизофрении ММПИ Sc (8)	70,09 ± 13,45	68,64 ± 11,35	0,591	0,556
Шкала гипомании ММПИ Ma (9)	58,07 ± 9,95	57,51 ± 10,42	0,278	0,781
Шкала социальной интроверсии ММПИ Si (0)	56,27 ± 8,36	56,67 ± 8,43	-0,238	0,812
Шкала Тейлора	17,34 ± 6,72	15,47 ± 6,95	1,371	0,174

Примечание. Достоверных различий не выявлено.

Таким образом, у правополушарных больных отмечается более выраженная ипохондрия, переживание по поводу своей болезни и связанных с ней физических ограничений и последствий, чем у больных с локализацией очага поражения в левом полушарии. Несмотря на то, что у больных с локализацией очага поражения в правом полушарии наблюдается левосторонний гемипарез, то есть страдает функция левой, не ведущей руки.

Результаты корреляционного анализа

Корреляционная матрица позволяет выделить несколько корреляционных плеяд ($r > 0,40$); $p < 0,01$:

1-я корреляционная плеяда. Психастения — 7-я шкала ММПИ имеет наибольшее (9) количество связей с другими показателями: 1) 8-я шкала ММПИ +0,71; 2) шкала тревоги Тейлора +0,64; 3) 2-я шкала (депрессия) ММПИ +0,55; 4) 6-я шкала паранойи ММПИ +0,50; 5) 3-я шка-

ла истерии ММРІ +0,50; 6) 1-я шкала ипохондрии ММРІ +0,49; 7) F-шкала ММРІ +0,49; 8) 4-я шкала психопатии ММРІ +0,45; 9) реактивная тревога Спилбергера +0,45;

2-я корреляционная плеяда. Тревога (шкала тревоги Тейлора) имеет 8 связей ($r > 0,40$): 1) 7-я шкала (психастении) ММРІ +0,61; 2) К-шкала ММРІ -0,54; 3) F-шкала ММРІ +0,54; 4) 2-я шкала депрессии ММРІ +0,52; 5) реактивная тревожность Спилбергера +0,54; 6) 6-я шкала паранойи ММРІ +0,49; 7) 4-я шкала психопатии ММРІ +0,43; 8) личностная тревога Спилбергера +0,41;

3-я корреляционная плеяда. Аутичность переживаний (8-я шкала ММРІ) имеет 8 связей ($r > 0,40$): 1) 7-я шкала психастении ММРІ +0,71; 2) 4-я шкала психопатии ММРІ +0,61; 3) F-шкала ММРІ +0,61; 4) 2-я шкала депрессии ММРІ +0,48; 5) шкала тревоги Тейлора +0,46; 6) 3-я шкала истерии ММРІ +0,46; 7) 1-я шкала ипохондрии ММРІ + 0,45; 8) 6-я шкала паранойи ММРІ +0,40;

4-я корреляционная плеяда. Депрессия (2-я шкала ММРІ) имеет 7 связей ($r > 0,40$): 1) 3-я шкала (истерии) ММРІ +0,57; 2) 1-я шкала (ипохондрии) ММРІ +0,53; 3) 7-я шкала (психастении) ММРІ +0,55; 4) шкала тревоги Тейлора +0,52; 5) 8-я шкала шизофрении ММРІ +0,48; 6) отношение к болезни (переоценка тяжести состояния) +0,47; 7) реактивная тревожность Спилбергера +0,43.

В 1-й корреляционной плеяде — психастения — 7-я шкала ММРІ (слабость, ослабленность) — наблюдается высокая положительно корреляция со шкалой 8 ММРІ (аутичность переживаний). Погруженность больных в свои проблемы, трудность их осознания и переработки сочетается с депрессивной реакцией на ситуацию (2-я шкала ММРІ) и усугубляется (6-я шкала ММРІ) фиксированно-

стью на своих ощущениях, подозрительностью, вплоть до формирования иррациональных, паранойяльных идей.

В первые месяцы после заболевания больные делают попытки осознания причин возникновения заболевания и исследуют прежде всего внешние факторы воздействия и влияния. Среди объективных причин нередко выделяется длительный хронический стресс: болезнь родственников и уход за ними; смерть близких родственников; материальные утраты; затяжные конфликты в семье и на работе, интенсификация труда. В ряде случаев рассматривались субъективно искаженные и мистически окрашенные причины (месть врагов, завистников, обиженных). Роль таких факторов риска, как внутренняя предрасположенность к заболеванию (гипертоническая болезнь, заболевания сердца, диабет), а также влияние стиля жизни, вредных привычек (переедание, курение, алкоголь) были менее подвержены анализу больными.

2-я корреляционная плеяда — тревога. Показатель шкалы тревоги Тейлора тесно связана со шкалой 7 ММРІ — психастении (состояния бесполезности, незащитности). О чувстве незащитности свидетельствует и отрицательная корреляция с К-шкалой, и положительная с F-шкалой ММРІ в сочетании со 2-й шкалой депрессии. По нашим клиническим наблюдениям причина тревоги на первом этапе заболевания связана с неотчетливым представлением больных о своей болезни, её причинах, перспективах излечения, о возможностях восстановления функций и контроля за своим состоянием, о лечебной и жизненной перспективе.

3-я корреляционная плеяда — аутичность переживаний — также имеет много связей и прежде всего с психастенией

(7-я шкала) и с 4-й шкалой (психопатии), депрессией (2-я шкала) и истерией (3-я шкала). Трудности переживания длительных соматических тягот, физических страданий и неудобств, затруднения в передвижении и в самообслуживании, быстрая утомляемость, необходимость длительных упражнений по восстановлению движений — все это приводило в ряде случаев к импульсивным разрядам, к протестному, демонстративному поведению, к отказу больных от процедур. Ощущение безысходности, возникающее при этом, усиливало депрессивный фон, отягчало его тревожной окраской. Эпизоды импульсивной разрядки в поведении больных часто были связаны с дефицитом веры в лечение, с недостаточной информированностью больного о длительном периоде восстановительного процесса, а также с неумением осознавать и принимать свои чувства и информировать о них окружающих. Алекситимия усугублялась иррациональной установкой о том, что «свою боль и переживания надо терпеть и молчать», что чаще отмечалось у мужчин. Со стороны родственников нередко наблюдался дефицит эмоциональной поддержки и сочувствия, либо чрезмерная манипулятивность больным.

4-я корреляционная плеяда — депрессия. 2-я шкала депрессии MMPI — положительно коррелирует с 3-й шкалой истерии, 1-й шкалой ипохондрии и 7-й шкалой психастении MMPI.

Ипохондрическая фиксация на ситуации, дистанцирование себя от других наблюдались в сочетании с демонстративностью, исключительностью («у меня особая болезнь») и приводили к переоценке тяжести состояния и к чувству безысходности. В этом случае трудно формировались отношения партнерства с персоналом; у больных наблюдалась

трудность актуализации зрелого «Я» личности, направленной на совладание с болезнью.

Нередко ипохондричность и беспомощность индуцировались тревожно-депрессивным настроением родственника больного.

В процессе комплексной реабилитации в стационаре с больными проводилась когнитивная и поведенческая психотерапия, индивидуально и в группе направленная на исследование и коррекцию иррациональных установок; коррекцию внутренней картины болезни; на формирование оптимистичной лечебной и жизненной перспективы. Анализ особенностей личности больных, исследование установок по отношению к болезни, к лечению и к жизненной перспективе давали возможность подобрать целенаправленное психотерапевтическое воздействие на проблему. В случае неадекватных убеждений больных в своей беспомощности перед болезнью, порождающих депрессию и тревогу, применялось информирование и эмоциональная поддержка. Информирование больных о причинах и последствиях заболевания осуществлялось лечащим врачом-невропатологом в процессе проведения рациональной (разъяснительной) психотерапии во время бесед с больными индивидуально и в палате. В процессе проведения лечащим врачом рациональной психотерапии больные информировались также о способах и приемах, которые могут осуществлять сами больные для восстановления нарушенных функций. Больные побуждались к повторению упражнений ЛФК самостоятельно, во второй половине дня; к выполнению лечебной ходьбы; к соблюдению диеты; к регулярному приему лекарств и процедур. Проводилось разъяснение возможности предот-

вращения повторного заболевания. Эта обнадеживающая информация, полученная больными от авторитетного лица, в значительной мере способствовала формированию надежды на выздоровление и положительной лечебной перспективы.

Оказание эмоциональной поддержки, а также коррекция дисфункциональных установок больных проводилась медицинским психологом в процессе психотерапии с учетом особенностей личности больного.

В случае аутичного переживания болезни выявлялись трудности осознания и принятия своих чувств больными. Проводились занятия, направленные на развитие навыков эмоциональной идентификации и отреагирования. При депрессивных установках больного, ипохондричности, неверии в выздоровление индивидуально и в группе проводилась работа, направленная на повышение ресурсов взрослого «Я» самого больного.

В условиях реабилитации в стационаре наблюдалась разница в характере общения женщин и мужчин. В женских палатах темой обсуждения, как правило, являлись проблемы, связанные с болезнью и состоянием здоровья, с его изменением в связи с процедурами, с атмосферным давлением, с отношениями в палате и в меньшей степени — другие, не медицинские, темы (обсуждение биографий актеров, звезд кино и шоу-бизнеса). В мужских же палатах, после краткого обсуждения истории болезни вновь прибывшего соседа, содержание общения было преимущественно ориентировано не на медицинские, а на иные темы: профессиональные занятия, проблемы государственного устройства и экономики, успехи спортивных команд, особенности рыбалки.

Факт общения в палатах носит позитивный психотерапевтический характер

и является, по сути, терапией средой. Фактор терапии коллективом палаты в реабилитационном стационаре размыкает аутичную идентификацию с образом «Я — тяжело больной» и соединяет с общегрупповым коллективным образом: «Я — восстанавливающий свои силы». В коллективном образе представление о болезни, о перспективах выздоровления отражают оптимистический прогноз лечебной и жизненной перспективы терапевтической среды реабилитационного отделения. Слабое «Я — больной» через идентификацию с другими заменяется сильным «Мы — выздоравливающие» и формирует новый единоличный, оптимистичный образ «Я — выздоравливающий».

Следует отметить, что женщины более успешно, чем мужчины, перестраиваются и меняют когнитивные и поведенческие стили по отношению к себе («буду больше себя любить, буду больше отдыхать») и к другим («как хотят мои дети, так пусть и живут»), («сама виновата, слишком много на себя брала», «думала, что мне сносу не будет» и др.).

Совместное участие в группе женщин и мужчин, обсуждение установок явилось обучающим фактором как для мужчин, так и для женщин. Позитивное отношение женщин к лечению, с терпением и надеждой, явилось воодушевляющим примером для мужчин, в то время как философское отношение к жизненным целям мужчин явилось важной информацией к размышлению для женщин.

Больные с правополушарной локализацией очага поражения характеризовались большей ипохондричностью, пассивностью, тревогой; иррациональными установками по поводу излечения и болезни. Коррекция неадаптивных устано-

вок проводилась индивидуально и в группе. Совместное участие в группе больных с левополушарной и правополушарной локализацией очага поражения, обсуждение установок по отношению к лечению и болезни являлось обучающим фактором для правополушарных больных. Терпение, усердие и более активное участие в лечении левополушарных больных давало видимые результаты (улучшение ходьбы, увеличение амплитуды движений), укрепляло их веру в излечение и вселяло надежду в других больных.

При исследовании особенностей личности больных в восстановительном периоде инсульта выделились доминирующие реакции личности на болезнь: психастения, депрессия, аутичность переживаний и тревога. Депрессия в значительной мере снижает успешность реабилитационного процесса, как отмечают многие авторы [13, с. 47–62; 14; 15].

По нашим наблюдениям, такие качества личности, как демонстративность, импульсивность, подозрительность и склонность к фиксированности на проблеме; пессимизм и аутичное переживание своих проблем препятствуют выработке адекватного отношения к болезни и к лечению. Ряд авторов отмечают у сосудистых больных алекситимию как затруднение в выражении своих чувств и переживаний [16].

Такие же качества личности, как оптимизм, готовность к принятию ответственности на себя, терпеливость, самодостаточность, по нашим наблюдениям, способствовали формированию позитивной установки на восстановительное лечение, активное участие в его процессе.

У больных с последствием инсульта в восстановительный период происходит переработка отношения к болезни. Ощущения беспомощности и незащит-

ности, возникающие на этапе ранней реабилитации, сменяются поиском виноватых, и в том числе собственной вины, а затем и собственной ответственности за свою болезнь и за свое здоровье.

Психотерапевтическая работа была направлена на исследование и коррекцию иррациональных установок, на коррекцию внутренней картины, на формирование положительной лечебной и жизненной перспективы. Большое значение в формировании комплайенса, а также в коррекции внутренней картины болезни и в профилактике повторного инсульта имеет формирование установок больных на активное участие самого больного в лечебном процессе [17, с. 15–16; 18, с. 3–8; 19].

Иррациональные когнитивные и поведенческие установки личности по отношению к себе и к миру выявлялись и корригировались в процессе психотерапии индивидуально и в группе. Выявленные в процессе исследования особенности личности больных способствовали наиболее целенаправленному выбору психотерапевтической стратегии.

В ы в о д ы

В результате проведенного исследования личности больных в восстановительном периоде инсульта выявлены психологические реакции на психотравмирующую ситуацию (внезапную тяжелую болезнь) — депрессия, психастения, аутичность переживаний, тревога. Выявлены механизмы переработки ситуации, а также особенности личности больных, препятствующие принятию адекватной роли в процессе лечения: демонстративность, импульсивность, подозрительность, замкнутость, пессимизм. На основании наблюдений выявлены качества личности, способствующие формированию позитивной установки на восстановительное лечение:

оптимизм, готовность к принятию ответственности за исход лечения на себя, терпеливость, самодостаточность. Анализ особенностей личности больных, изучение и сопоставление установок (по отношению к лечению, к заболеванию и к жизненной перспективе) способствовало выбору мишеней психологического воздействия.

Психотерапевтические мероприятия в процессе комплексной стационарной реабилитации постинсультных больных были направлены на активное включение больных в процесс восстановительного лечения, на формирование адекватной внутренней картины болезни, на формирование позитивной лечебной и жизненной перспективы.

Список литературы

1. Гусев Е. И., Скворцова В. И. Ишемия головного мозга. М., 2001.
2. Кадыков А. С. Реабилитация после инсульта. М., 2003.
3. Шкловский В. М. Концепция нейрореабилитации больных после инсульта // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова: Приложение. Инсульт. 2003. № 8.
4. Александровский Ю. А. Психические расстройства в общей медицинской практике и их лечение. М., 2004.
5. Демиденко Т. Д., Ермакова Н. Г. Основы реабилитации неврологических больных. СПб., 2004.
6. Логунов К. В. Оценка эффективности лечебных и диагностических методов. СПб., 1999.
7. Белова А. Н., Щепетова О. Н. Шкалы, тесты, опросники в медицинской реабилитации. М., 2002.
8. Березин Ф. Б., Мирошников М. П., Соколова Е. Д. Методика многостороннего исследования личности. М., 1994.
9. Сыромятников И. В. Психодиагностика. Учебное пособие. М., 2005.
10. Бек А., Фримен А. Когнитивная психотерапия расстройств личности. СПб., 2002.
11. Мак Малин Р. Практикум по когнитивной терапии. СПб., 2001.
12. Александров А. А. Аутогенная тренировка. СПб., 2005.
13. Балун О. А., Демиденко Т. Д., Триумфова Е. А., Коцюбинская Ю. В., Журавель В. А., Мокшанцев П. С. Психосоциальная адаптация больных, перенесших церебральный инсульт // Сб. науч. трудов СПбНИПНИ им. В. М. Бехтерева: Психосоциальная реабилитация и качество жизни. Т. 87. СПб., 2001.
14. Musselman D. L., Evans D. L., Nemeroff C. B. The relationship of depression to cardiovascular disease. Arch. General. Psychiatr. 1998.
15. Poalucci S., Antolucci G., Pratesi L. et al. Poststroke depression and its role in rehabilitation of in patients. Arch. Phys. Med. Rehabil. 1999.
16. Петрова Н. Н., Леонидова Л. А., Баранцевич Е. Р., Поляков И. А. Психические расстройства у неврологических больных // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2006. № 7.
17. Ермакова Н. Г., Володина С. Т., Петрова Н. М. Опыт применения психотерапии у больных с последствиями инсульта в раннем реабилитационном периоде // Депрессивные расстройства в общей медицинской практике. СПб., 2005.
18. Парфенов В. А., Гураж С. В. Повторный ишемический инсульт и его профилактика у больных с артериальной гипертензией // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова: Приложение. Инсульт, 2005. Вып. 14.
19. Alberts M. J. Secondary prevention of stroke and the examding role of the Neurologist. Cerebrovasc. Dis., 2002.