

**Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины  
им. А.М. Никифорова МЧС России**

---

**ВЕСТНИК  
ПСИХОТЕРАПИИ**

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ**

**Главный редактор В.Ю. Рыбников**

**№ 55 (60)**

Санкт-Петербург  
2015

## СОДЕРЖАНИЕ

### ПСИХОТЕРАПИЯ

**Слабинский В.Ю.**

Отечественная психотерапия во время Великой Отечественной войны (1941–1945 гг.) ..... 7

**Федоров Я.О., Семенова Н.В., Белова Е.Б., Шиканова Е.А.**

Групповая психоаналитическая терапия пожилых людей: проблемы, перспективы и практический опыт ..... 24

### ПСИХИАТРИЯ

**Зубарева О.В., Черная М.И.**

Лечение психических расстройств у пациентов, совершивших суицидальные действия на фоне гемоконтактных вирусных инфекций ... 47

**Евдокимов В.И., Тонкошкурова Л.А.**

Информационный поиск и анализ структуры зарубежных диссертаций по психиатрии (1992–2014 гг.) ..... 61

### МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

**Ермакова Н.Г.**

Применение аутогенной тренировки при восстановительном лечении больных с последствиями инсульта ..... 79

**Лакомская А.В.**

Психологическая помощь больным, перенесшим разные виды операций на сосудах сердца ..... 96

**Горчакова А.А., Бочарова Е.А.**

Копинг-поведение больных с язвенной болезнью ..... 108

**Шаболтас А.В.**

Психологическая концепция превенции ВИЧ-инфекции ..... 120

Информация о журнале ..... 142

## CONTENTS

### PSYCHOTHERAPY

<b>Slabinskii V.Y.</b> Native psychotherapy during Great Patriotic War (1941-1945) .....	7
<b>Fedorov Y.O., Semenova N.V., Belova E.B., Shikanova E.A.</b> Group psychoanalytic treatment of elderly people: problems, prospects and practical experience .....	24

### PSYCHIATRY

<b>Zubareva O.V., Chernaya M.I.</b> Treatment of mental disorders in patients committed suicide action on the background of blood born viral infections .....	47
<b>Evdokimov V.I., Tonkoshkurova L.A.</b> Information search and analysis patterns for foreign dissertations in psy- chiatry (1992–2014) .....	61

### MEDICAL PSYCHOLOGY

<b>Ermakova N.G.</b> Psychological care of patients with cognitive impairment after stroke .....	79
<b>Lakomskaya A.V.</b> Psychological care to patients undergoing various types of operations on vessels of heart .....	96
<b>Gorchakova A.A., Bocharova E.A.</b> Coping behaviour of patients with peptic ulcer disease .....	108
<b>Shaboltas A.V.</b> Psychological conception of HIV prevention .....	120
 Information about the Journal .....	142

# МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 615.851 : 616-009.11

Н.Г. Ермакова

## ПРИМЕНЕНИЕ АУТОГЕННОЙ ТРЕНИРОВКИ ПРИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ИНСУЛЬТА

Российский государственный педагогический университет  
им. А.И. Герцена (Россия, Санкт-Петербург, набережная р. Мойки, д. 48)

Представлены результаты опытного применения составленной программы психологической помощи больным с последствиями инсульта, направленной на освоение навыков саморегуляции и эмоциональной стабилизации. Программа была ориентирована на формирование положительного отношения к своему телу и к самому себе в процессе освоения приемов аутогенной тренировки. Проанализированы результаты использования аутогенной тренировки у 108 больных с последствиями ишемического (169.3 по МКБ-10) и геморрагического инсульта (169.1 по МКБ-10) в условиях стационарной реабилитации. По завершении программы психологической коррекции с применением аутогенной тренировки отмечается улучшение эмоционального состояния, снижение тревожности и депрессии у больных с разной локализацией очага поражения. По результатам повторного клинического интервью после проведения психологической коррекции отмечается готовность больных к принятию своего тела таким, какое оно стало после болезни, повышение приверженности к лечению, осознание необходимости собственной активности при восстановлении нарушенных функций.

Ключевые слова: клиническая (медицинская) психология, реабилитация, инсульт, психологическая коррекция, аутогенная тренировка, саморегуляция, психодиагностика.

### Введение

Увеличение числа сосудистых заболеваний головного мозга в последние десятилетия делает актуальной медико-социальной проблемой реабилитацию больных с последствиями инсульта, направленную на восстановление нарушенных функций, социальных контактов, возвращение больного в общество и к посильному труду [4, 17]. О.А. Клочихина,

---

Ермакова Наталья Георгиевна – канд. психол. наук, доц. каф. клинич. психологии и психол. помощи. Рос. гос. пед. ун-т им. А.И. Герцена (Россия, 191186, Санкт-Петербург, набережная р. Мойки, д. 48); e-mail: nataliya.ermakova@yandex.ru.

Л.В. Стаховская отмечают, что 60 % заболевших становятся инвалидами, у половины больных в течение 1 года возникает повторный инсульт [11]. Длительный период восстановления больных с последствиями инсульта, инвалидизирующие последствия заболевания в значительной мере оказывают негативное влияние на самооценку больного, на его эмоциональное состояние и приводят к невротическим, депрессивным, ипохондрическим реакциям на болезнь, пессимистическому прогнозу лечебной и жизненной перспективы [3, 18, 22, 23, 25]. В связи с этим возникает необходимость включения психокоррекционных мероприятий в реабилитацию больных с последствиями инсульта [6, 7, 8, 9, 10].

*Цель исследования* – разработка и опытное применение программы психологической коррекции с применением аутогенной тренировки (АТ) больных после инсульта, направленной на коррекцию эмоционального состояния и самоотношения. Задачи программы – формирование положительного отношения к своему телесному и психическому «Я» путем освоения приемов саморегуляции; формирование приверженности к лечению, активности больных в восстановлении нарушенных функций.

### **Материалы и методы**

В исследовании приняли участие 108 больных с последствиями перенесенного нарушения мозгового кровообращения, женщин было 63, мужчин – 45. До 40 лет больных было 3, 40–49 лет – 16, 50–59 лет – 41, 60–69 лет – 40, старше 70 лет – 8. Последствия ишемического инсульта наблюдались у 100 больных (I69.3 по МКБ-10), геморрагического инсульта – у 8 больных (I69.1 по МКБ-10).

Локализация очага поражения в бассейнах артерий левого полушария отмечалась у 41 больного, правого полушария – у 49, в ветребро-базиллярном бассейне – у 18. Давность заболевания от 2 до 6 мес была у 53 больных, от 7–12 мес – 29, от 12 до 36 мес – 26. Двигательные нарушения в виде гемипареза легкой степени наблюдались у 28 человек, средней тяжести – у 62, выраженной – у 8, вестибулярные двигательные нарушения (атаксия) – у 6.

Легкие когнитивные расстройства (F06.7 по МКБ-10) были у 39 больных. Из них снижение объема памяти, внимания, нарушение оптико-пространственных функций обнаружены у 21 больного, остаточные проявления речевых нарушений – у 18 (в виде дизартрии – у 6 пациентов; афферентно-моторной, семантической, динамической афазии – у 12). Органические эмоционально-лабильные расстройства (F06.6 по МКБ-10) наблюда-

лись у 38 больных, расстройства адаптации (F43.2 по МКБ-10) в виде легкого депрессивного эпизода – у 31 больного. В исследование не включались больные с длительностью заболевания меньше 2 мес и с остаточными проявлениями сенсорной афазии.

У больных было получено письменное информированное согласие на проведение психодиагностики и программы психологической помощи.

Со всеми больными вначале и после психологической коррекции проводили клиническое интервью, которое позволяло оценить жалобы больных, эмоциональное состояние, самоотношение и установки больных [21]. Проводили изучение качества жизни [15], эмоционального состояния по методике Спилбергера–Ханина [19] и Госпитальной шкале тревоги и депрессии (The hospital Anxiety and Depression Scale, HADS). Оценивали возможности самообслуживания по шкале Бартела [2].

Сравнение результатов провели с помощью t-критерия Стьюдента [20].

В начале групповых занятий психологом проводилось информирование членов группы о задачах и целях восстановительного лечения и активной роли больного в лечении, о возможностях профилактики повторного заболевания и лечебной и жизненной перспективе после перенесенного заболевания. Отдельное внимание уделялось формированию у больных приверженности к лечению (комплаенса). Обсуждались важность выполнения назначений врача, приема лекарств, контроля артериального давления (АД), соблюдения гипохолестериновой диеты и режима нервно-психической и физической нагрузки, выполнения упражнений лечебной физкультуры. Обсуждалась также необходимость продолжения проведения занятий по восстановлению нарушенных функций и в домашних условиях после выписки. В процессе групповой дискуссии корректировались неадекватные установки больных. Освоение навыков АТ как приемов саморегуляции является важным приемом профилактики стрессовых расстройств в социуме больных после возвращения их из стационара в домашние условия, а также способствует принятию нового телесного «Я»

АТ как методика психической саморегуляции является одним из широко применяемых в течение многих лет приемов психологической коррекции. АТ разработана Шульцем и модифицирована рядом отечественных и зарубежных исследователей [16]. Методика используется при восстановлении двигательных функций в связи с возможностью воздействия на тонус поперечно-полосатой мускулатуры [13], использовалась для стабилизации артериального давления путем воздействия на сосудистый тонус [1, 16], стабилизации эмоционального состояния [14]. Применялась

также идеомоторная тренировка в сочетании с АТ при работе с больными с двигательными нарушениями после инсульта [5–7].

Методика способствует активизации личности, так как требует самостоятельного участия больного в его освоении, вырабатывает выносливость и терпимое отношение к проявлениям болезни, способствует эмоциональной нейтрализации.

АТ требует наличия определенных качеств пациента, способствующих его освоению. Так, А.Г. Панов [16] указывает, что для освоения АТ больному необходим исходный интеллектуальный уровень, воля к выздоровлению, желание сотрудничать с врачом. Ю.Л. Курако, Д.Н. Вайсфельд [13] отмечают необходимость учета интеллекта и памяти, а также понимания больным перспективы восстановления нарушенных двигательных функций и возможность их тренировки.

По нашим наблюдениям, необходима способность к концентрации внимания, сохранность внутренней речи, схемы тела, возможности удержания зрительных представлений, так как многие упражнения метода основаны на работе с представлением своего тела, с формированием позитивных образов [6, 7]. Важным для освоения АТ также является позитивное отношение к лечению, готовность к сотрудничеству с врачом и психологом, ориентация на освоение приемов самопомощи в борьбе с болезнью, самодостаточность.

***Программа психологической коррекции с применением АТ.*** Нами адаптированы упражнения АТ применительно к больным с последствиями инсульта в условиях стационарной реабилитации, описана специфика условий проведения метода [6, 7].

АТ при коррекционной работе с неврологическими больными направлена на обучение больных уменьшению эмоциональных реакций на ситуацию, воздействие на эмоционально повышающийся тонус мышц и сосудов, на стабилизацию АД, а также на укрепление концентрации внимания и волевых качеств.

Завершающий этап освоения АТ – выработка формул цели – конкретного применения навыка методики при различных трудных, эмоционально-значимых ситуациях. Навык АТ формируется медленно или ограничивается лишь освоением первой формулы – тяжести, если опирается только на словесные внушения, не подкрепленные образом. В то же время следует иметь в виду, что изначально часть людей обладают более развитым образным мышлением, а другие, наоборот, рациональным, логическим

мышлением, что не может не сказываться на освоении различных медитативных техник.

На первых занятиях больным объяснялись цели и задачи методики. Перед каждым занятием рассказывалось содержание нового упражнения, его сочетание с ранее освоенными упражнениями, обсуждались формулы самовнушения. После занятия больные опрашивались о состоянии во время занятия и выполнении упражнения.

В проведении АТ с больными после инсульта имеются свои особенности. В связи с истощаемостью внимания у больных и возникновением гипноидных фаз время проведения собственно АТ было сокращено до 30 мин. Занятия проводились на фоне тихой эстрадно-инструментальной музыки. Прослушивание вокальных ансамблей, отечественных и иностранных, препятствовало сосредоточению на занятии, и больные переключались на потоки ассоциаций, которые пробуждали в них знакомые русскоязычные и иностранные исполнители; классическая музыка приводила некоторых больных, по их отчетам после занятия, к пессимистическим размышлениям, что повлекло необходимость отказа от этих музыкальных жанров в качестве музыкального сопровождения занятий АТ.

Формулы АТ были свернуты в 4-5 коротких, легко запоминающихся формул. Занятия проводились в группах по 10–12 человек 3 раза/нед в течение 1 ч. До и после занятия измерялся пульс, в начале и в конце курса – АД. Затем больным рекомендовалось повторить упражнения самостоятельно вечером перед сном в палате. Осваивались и вырабатывались формулы самовнушения, формулы цели. Во время занятия проводилось наблюдение за больными, после занятия – опрос больных о состоянии во время занятия. Обсуждались также самостоятельные занятия в палате, выявлялись упражнения, которые получаются легко, и те, которые вызывают затруднения.

На первом этапе осваивались основные упражнения первой ступени АТ, а также, наряду с общими формулами АТ, использовались приемы органотренировки: нормализации работы сердца, стабилизации АД, уменьшения тонуса сосудов. На первом этапе использовались и отдельные упражнения из второй ступени АТ, направленные на стабилизацию или создание настроения (представление цвета, пейзажа).

Второй этап – выработка формул цели, конкретного применения навыка АТ при различных трудных эмоционально-значимых ситуациях. С больными обсуждались конкретные характерные для большинства из членов группы затруднения, вырабатывались формулы их эмоциональной



нейтрализации (трудности при переходе открытого или многолюдного пространства, встреча с родственниками, сотрудниками и т. д.). По мере освоения общих для группы формул цели, вырабатывались индивидуальные формулы самовнушения, если возникающие трудности у больного не были исчерпаны разбором типичных ситуаций. Некоторые формулы цели приводятся далее.

*Специальные формулы АТ*, применяемые при лечении больных с последствиями инсульта (при гемипарезах, сопровождающихся неуверенностью при ходьбе, астено-невротическими, астено-фобическими реакциями).

### 1. Потенцирование движения.

#### А. При ходьбе, при гемипарезах.

*«Нога послушная, мягкая, наступаю всей стопой»; «Левая (больная) – мягкая, правая (здоровая) – устойчивая».* Важно, чтобы слова самовнушения совпадали с тактом ходьбы. Наступая на левую ногу – идет внушение про левую. Наступая на правую ногу – идет внушение про правую ногу.

*«Иду уверенно, устойчиво, спокойно».* Важен также контроль за спокойным ритмичным дыханием

#### Б. Отдых при ходьбе.

*«Я могу отдохнуть стоя»; «Я устал и отдыхаю»; «Я спокоен, дыхание ровное»; «Мои ноги и трость хорошо держат меня».* Эти же формулы рекомендовались во время тренировочного занятия АТ в палате, лежа на кровати, представляя саму процедуру ходьбы и отдыха при ходьбе.

### 2. Высокий мышечный тонус.

*«Левая (больная) рука или нога ) мягкая и теплая: мягкая и теплая, мягкая и теплая»; «Рука(нога)движется легко, движется легче, еще легче»; «Рука (нога) при волнении спокойна».*

### 3. Нестабильное АД.

*«Приятное тепло равномерно растекается по телу»; «Сердце работает ритмично, спокойно»; «Сосуды расширяются, хорошо справляются с нагрузкой»; «Мое давление снижается» или «Мое давление постоянно».*

### 4. Неуверенность при ходьбе (внушения в такт ходьбы).

*«Иду устойчиво, уверенно, спокойно».* – Вдох – *«Иду устойчиво»* - шаг правой (здоровой)ногой, выдох – шаг левой (больной)ногой; вдох – *«уверенно» шаг правой, выдох – шаг левой, вдох – «спокойно» шаг правой, выдох – шаг левой.* Вдох, таким образом, выпадает на здоровую (правую) ногу; выдох на больную (левую). 2-3 раза.

*«Ноги хорошо держат меня»; «Я хорошо сохраняю равновесие»* – внушения в такт ходьбе.

#### 5. Многолюдность.

*«Иду спокойно и уверенно»; «Встречные люди не отвлекают меня»; «Вокруг люди – я спокоен»; «Я не спешу и не замедляю свой шаг, нога мягкая, устойчивая, теплая».* 2-3 раза.

Выполняется и во время ходьбы, и как установка перед ходьбой в положении стоя или сидя. Может быть использована при остановке во время ходьбы, отдыха стоя. Спокойное дыхание и установки в виде внушения или снятия напряжения в ноге или руке.

#### 6. Переход улицы.

*«Через улицу перехожу спокойно, нога мягкая, послушна мне». «Иду уверенно, спокойно, «Нога расслаблена, мягкая, наступает всей стопой».*

7. Высокий мышечный тонус в сгибателях руки и разгибателях ноги, рука приведена и согнута, нога вытянута (фиксация позы Вернике–Манна):

*«Иду, рука расслаблена, разогнута в локте»; «Иду, рука не касается туловища»; «Иду, рука внизу».*

*«Нога мягкая, сгибается в колене»; «Ногу поднимаю выше»*

#### 8. Речевые нарушения.

*«Речь спокойная, плавная, четкая»; «Слова подбираются легко и свободно»; «Дыхание легкое и свободное»; «Волнение не мешает мне говорить».*

#### 9. Стрессовые ситуации при общении.

*«При волнении моя рука послушна, нога устойчивая, мягкая»; «Мое дыхание спокойное и ровное»; «Я совершенно спокоен(а)».*

#### 10. Близкие слезы.

Предварительно проводились специальные занятия по освоению релаксации мышц лица, в первую очередь круговой мышцы рта, расслабления языка, освоению диафрагмального дыхания, сознательного освобождения от гримасы плача. Наряду с этими приемами рекомендовались формулы: *«Спокойно»; «Лицо спокойно»; «Рот расслаблен»; «Спокоен(а)».* Формулы проговариваются как самоприказ.

#### 11. При затруднениях засыпания.

*«Я совершенно спокоен»; «Я принял все нужные лекарства, все системы организма ночью будут работать спокойно и слаженно»; «Я засыпаю крепким, спокойным сном до самого утра».*

Нам представляется терапевтически более ценной недиригентная позиция психолога, стимулирующая дискуссию о задачах метода, успехах

его освоения, о достижении в отдельных упражнениях, что способствует укреплению мотивации группы по отношению к занятиям АТ. Формальная информирующая директивная позиция психолога при проведении АТ укрепляет лишь чувство изоляции больных в группе. Нами применялось также проективное рисование в группах АТ. Оно проводилось до и после занятия в начале и в конце курса на тему «Мое состояние».

### **Результаты и их анализ**

По данным клинического интервью, проблемы больных были связаны с трудностями совладания со стрессом, которым явилась тяжелая и внезапная болезнь. Больные переживали ощущение утраты или изменения телесных ощущений (тактильных, кинестетических, температурных, двигательных), возможности ощущать себя, таким как и до болезни («Я как не своя...»; «Тело как не мое»). По мере лечения тело становилось привычным по ощущениям, но все равно иным. Нередко больные говорили, что они «заново родились». Им приходилось привыкать к новым ощущениям, к принятию нового телесного «Я». Больные отмечали также изменения когнитивных функций: стиля мышления, особенностей поведения, снижение памяти, внимания, отмечали утрату интересов, изменения в эмоциональном реагировании.

В ряде случаев наблюдались трудности принятия своего нового соматического (телесного) и психического «Я». Проблемы больных были связаны также с трудностями принятия своей новой социальной роли, необходимости переоценки жизненных ценностей. Процесс переоценки начинался у больных сразу после возвращения сознания во время пребывания в остром стационаре. Но именно в реабилитационном центре многочисленные вопросы о прогнозе излечения и восстановления собственного физического и психического состояния («Надолго ли такое состояние? Пройдет ли это, и что нужно делать?») находили ответ. В реабилитационном стационаре на первое место выступали проблемы физического и психического самопринятия. После завершения программы психологической коррекции в группе с применением АТ было проведено повторное изучение эмоционального состояния, самоотношения и установок больных с помощью клинического интервью, а также методик качества жизни, Спилбергера–Ханина и методики HADS, шкале самообслуживания Бартела.

В целом по группе отмечается значительное снижение реактивной тревожности по шкале Спилбергера–Ханина, снижение тревоги и депрес-

сии по показателям шкалы HADS, повышение результатов по шкале самообслуживания Бартела (см. табл. 1).

Таблица 1

Показатели в общей группе больных, (M ± m) балл

Показатель	Период коррекции		p <
	до	после	
Шкала Бартела	86,2 ± 4,2	88,2 ± 4,1	0,01
Шкала Спилбергера–Ханина			
реактивная тревожность	55,4 ± 3,7	53,4 ± 3,7	0,01
личностная тревожность	55,2 ± 3,5	53,7 ± 3,2	0,05
Качество жизни	3,0 ± 1,2	3,5 ± 1,3	0,05
HADS			
Тревога	8,0 ± 1,3	7,4 ± 1,4	0,01
Депрессия	8.6 ± 1,2	8,0 ± 1,1	0,01

Наблюдается также снижение личностной тревожности по шкале Спилбергера–Ханина, улучшение показателей качества жизни. Улучшение показателей качества жизни больных во многом связано с изменением отношения к заболеванию. После занятий в группе больные стали относиться к заболеванию не как к катастрофе, а как к трудному испытанию, с которым они смогут справиться, в том числе и за счет собственных усилий. Больные осознавали возможность контролировать свое состояние здоровья путем контроля за своим АД, выполнения назначений и рекомендаций врача, регулярного приема лекарств, выполнения режима физической и нервно-психической нагрузки.

В процессе реабилитации всеми специалистами (лечащим врачом, методистами лечебной физкультуры, врачом физиотерапевтом, эрготерапевтом, психологом) формировались установки активности самих больных в самообслуживание, бытовых действиях, дополнительных самостоятельных занятиях лечебной физкультурой, лечебной ходьбой. В процессе занятий в группе с психологом больные также побуждались к активизации самостоятельной активности. Формирование установок активизации во многом способствовало увеличению показателей самообслуживания.

У больных с очагом поражения в левом полушарии (n = 41) отмечается более выраженное снижение реактивной тревожности, а также тревоги и депрессии HADS, улучшение самообслуживания (табл. 2).

Таблица 2

Показатели больных с левополушарным очагом поражения, (M ± m) балл

Показатель	Период коррекции		p <
	до	после	
Шкала Бартела	86,2 ± 4,2	88,3 ± 3,9	0,05
Шкала Спилбергера–Ханина			
реактивная тревожность	55,4 ± 3,6	53,8 ± 3,3	0,05
личностная тревожность	55,6 ± 3,2	53,8 ± 3,0	0,05
Качество жизни	3,0 ± 1,3	3,5 ± 1,3	0,05
HADS			
Тревога	8,1 ± 1,3	7,4 ± 1,4	0,05
Депрессия	8,5 ± 1,3	7,9 ± 1,2	0,05

Нарушения движений в правой (ведущей) руке у больных с очагом поражения в левом полушарии значительно затрудняли процесс самообслуживания, вызывали тревогу и депрессию. После проведения комплексных реабилитационных мероприятий улучшились двигательные функции руки, а также повысилась активность при обслуживании себя. Повышение независимости в повседневной жизни также способствует снижению депрессии (см. табл. 2).

У больных с очагом поражения в правом полушарии (n = 49) сохранялась здоровая правая рука и речь, хотя процесс самообслуживания одной рукой также был затруднен. После проведения курса реабилитации и психологической коррекции отмечается выраженное снижение реактивной тревожности и депрессии, улучшение самообслуживания (табл. 3).

Таблица 3

Показатели больных с правополушарной локализацией очага, (M ± m) балл

Показатель	Период коррекции		p <
	до	после	
Шкала Бартела	86,4 ± 4,1	89,0 ± 4,2	0,01
Шкала Спилбергера–Ханина			
реактивная тревожность	55,1 ± 3,9	53,1 ± 3,1	0,01
личностная тревожность	55,3 ± 3,6	53,4 ± 3,5	0,05
Качество жизни	2,9 ± 1,2	3,5 ± 1,2	0,05
HADS			
Тревога	8,1 ± 1,4	7,5 ± 1,3	0,05
Депрессия	8,7 ± 1,3	8,1 ± 1,1	0,01

Позитивная динамика отмечалась и у больных с очагом поражения в вертебро-базилярном бассейне ( $n = 18$ ), хотя и не значимая (табл. 4). В этой группе больных в начале курса реабилитации преобладали двигательные нарушения в виде атаксии, наблюдалось головокружение, которые регрессировали в процессе лечения и способствовали улучшению самообслуживания. Процесс самопринятия у больных с очагом поражения в вертебро-базилярном бассейне был более благополучный, так как у них отсутствовали устойчивые двигательные и речевые нарушения.

Таблица 4  
Показатели больных с вертебро-базилярной локализацией очага,  
( $M \pm m$ ) балл

Показатель	Период коррекции		p <
	до	после	
Шкала Бартела	86,7 ± 3,6	89,4 ± 3,8	0,05
Шкала Спилберга–Ханина			
реактивная тревожность	55,2 ± 3,2	53,9 ± 3,1	–
личностная тревожность	55,2 ± 3,7	54,0 ± 3,3	–
Качество жизни	3,0 ± 1,0	3,5 ± 1,2	–
HADS			
Тревога	7,8 ± 1,3	7,3 ± 1,4	–
Депрессия	8,6 ± 1,2	8,0 ± 1,2	–

Программа психологической коррекции с применением АТ по самоотчетам больных оказывала положительное влияние на стабилизацию эмоционального состояния, на принятие больными телесного и психического «Я»; способствовала формированию позитивной лечебной и жизненной перспективы.

В начале и в конце занятия проводилось измерение пульса пациентов. Характерная тенденция к снижению показателей после занятия прослеживалась на всех этапах освоения АТ в среднем на 3–5 уд/мин. Контроль АД проводился на втором-третьем занятиях в начале и в конце курса АТ. В измерениях отмечалась тенденция к стабилизации АД в процессе АТ.

При снижении когнитивных функций, депрессивной реакции на заболевание можно ограничиться освоением метода релаксации по Джекобсону, который является, несомненно, менее сложным методом, направленным на релаксацию [1], а также использовать методы музыкотерапии и видеотерапии, способствующие релаксации.

По результатам наблюдения за больными во время занятия и опроса после занятий выделено 2 группы больных. Больные 1-й группы (72 человека) активно участвовали в освоении АТ, занимались самостоятельно в палате. У них отмечалось улучшение засыпания и эмоциональная стабилизация состояния. В 1-й группе были больные с двигательными нарушениями в виде гемипареза (G81.0 по МКБ-10) с легкой (у 32 пациентов) и средней (у 40 пациентов) степенью тяжести, с легкими когнитивными нарушениями (F06.7 по МКБ-10) – у 9 больных. Органические эмоционально лабильные расстройства (F06.6 по МКБ-10) наблюдались у 25 больных, расстройства адаптации в виде легкого депрессивного эпизода (F43.2 по МКБ-10) – у 8. Больные этой группы имели позитивные установки по отношению к лечению.

Больные 2-й группы (36 человек), по наблюдениям в процессе занятия и опросу больных, с трудом концентрировали внимание, не сразу понимали задачу. Они отмечали, что самостоятельно затрудняются выполнять упражнения в палате. Во 2-й группе были больные преимущественно с когнитивными нарушениями (F06.7 по МКБ-10): с нарушениями речи (афазия, дизартрия) – 18, снижением объема памяти, внимания, оптико-пространственных функций – 12. Выраженные двигательные нарушения в виде гемипареза (G81.1 по МКБ-10) наблюдались у 8 больных, атаксия – у 6, органические эмоционально-лабильные расстройства (F06.6 по МКБ-10) – у 13, расстройства адаптации в виде легкого депрессивного эпизода (F43.2 по МКБ-10) – у 23 больных. Больные 2-й группы были недостаточно уверены в возможностях лечения и восстановления нарушенных функций, хотя и выполняли назначения лечащего врача.

Рисунки больных после инсульта – неяркие и мало эмоциональные, в них преобладают один-два цвета. Выявлены различия рисунков у больных 1-й и 2-й группы.

В 1-й группе до занятий АТ в рисунках выражались смятение, тревога, неупорядоченность, преобладали черные и коричневые тона, изображался маленький растрепанный человечек или люди вовсе отсутствовали. После занятия АТ цвет рисунков преимущественно зеленый, светло-коричневый; желтый; характер рисунков более определенный, оптимистичный, человек присутствует почти во всех рисунках (удит рыбу, сидит у залива, отдыхает на природе). Данную тенденцию можно оценить как факт телесного самопринятия и эмоционально-стабилизирующего влияния АТ.

Во 2-й группе динамика рисунков имела противоположную направленность. В процессе АТ во время концентрации на себе обнажились более глубокие проблемы больного, мысли о лечебной перспективе, о работе – те мысли, которые в течение дня, занятого процедурами, были отодвинуты на второй план. В этом случае рисунки после занятия имели более тревожную тематику, чем рисунки до занятия. Например, до занятия на рисунке изображен домик в розово-желтых тонах, а после занятия – в зеленой гамме растрепанный человек на одной ноге. Эта тенденция наблюдалась чаще у больных с выраженными двигательными нарушениями и афазией, с астено-депрессивными тенденциями в реакции на заболевание. Больные этой группы положительно относились к занятиям АТ, но отмечали, что самостоятельно трудно сосредоточиться на своем теле, на формулах самовнушения.

Результаты изучения рисунков обсуждались в группе или индивидуально. С больными, у которых наблюдалось снижение эмоционального состояния в процессе занятия, проводились индивидуальные беседы, а также расширение формул покоя и укрепления самооценки в процессе АТ. В целом рисунок является чутким индикатором динамики эмоционального состояния, а также успешности действия АТ на больного.

### **Заключение**

По завершении программы психологической коррекции с применением аутогенной тренировки отмечается улучшение эмоционального состояния, снижение тревожности и депрессии у больных с разной локализацией очага поражения. По результатам повторного клинического интервью после проведения тренинга отмечается готовность больных к принятию своего тела таким, какое оно стало после болезни, повышение приверженности к лечению, осознание необходимости собственной активности при восстановлении нарушенных функций.

Следует отметить, что аутогенная тренировка вполне доступна больным с последствием инсульта с позитивной установкой на активное участие в лечении, с сохранной концентрацией внимания, схемой тела и зрительным представлением.

Применение аутогенной тренировки у больных с депрессивной реакцией на болезнь было затруднено в силу неприятия больным своего измененного телесного облика и снижения мотивации к лечению, что отмечается и другими авторами [6, 7, 12]. Нарушение когнитивных функций (устойчивости внимания, зрительных представлений, оптико-пространст-



венных функций) также снижает возможность освоения аутогенной тренировки.

### Литература

1. Александров А.А. Аутотренинг. – [2-е изд.]. – СПб. [и др.] : Питер, 2012. – 240 с.
2. Белова А.Н., Щепетова О.Н. Шкалы, тесты, опросники в медицинской реабилитации. – М. : Антидор, 2002. – 440 с.
3. Григорьева В.Н. Психосоматические аспекты нейрореабилитации. Хронические боли. – Н. Новгород : Изд-во НГМА, 2004. – 420 с.
4. Гусев Е.И., Боголепова А.Н. Когнитивные нарушения при цереброваскулярных заболеваниях. – [3-е изд.]. – М., 2013. – 176 с.
5. Демиденко Т.Д., Гольдблат Ю.В., Киселев В.А. [и др.]. Восстановительное лечение больных с двигательными нарушениями после мозгового инсульта : метод. рекомендации. – Л., 1976. – 46 с.
6. Демиденко Т.Д., Ермакова Н.Г. Основы реабилитации неврологических больных. – СПб. : Фолиант, 2004. – 304 с.
7. Демиденко Т.Д., Ермакова Н.Г. Психотерапия при реабилитации больных в резидуальном периоде инсульта // Учен. зап. СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. – 2007. – Т. 14, № 1. Приложение. – С. 44–46.
8. Ермакова Н.Г. Психологическая коррекция самооотношения у больных с когнитивными нарушениями после инсульта // Известия РГПУ им. А.И. Герцена. – 2014. – № 167. – С. 90–104.
9. Ермакова Н.Г. Психологические особенности больных с последствиями инсульта в левом и правом полушарии головного мозга в процессе реабилитации // Вестн. С.-Петерб. гос. ун-та. Серия 11. Медицина. – 2008. – № 3. – С. 24–31.
10. Кадыков А.С., Черникова Л.А., Шахпаранова Н.В. Реабилитация неврологических больных. – М. : Медпресс-информ, 2008. – 560 с.
11. Клочихина О.А., Стаховская Л.В. Анализ эпидемиологических показателей инсульта по данным территориально-популяционных регистров 2009–2012 гг. // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2014. – № 6. – С. 63–70.
12. Ковальчук В.В. Особенности реабилитации пациентов после инсульта // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2012. – № 12. – С. 77–84.
13. Курако Ю.Л., Вайсфельд Д.Н. Восстановительное лечение в условиях курорта больных, перенесших инсульт. – Киев, 1981. – 134 с.
14. Курпатов В.А. Психотерапия в соматической клинике // Психосоматические расстройства в практике терапевта / под ред. В.И. Симаненкова. – СПб. : Спецлит, 2008. – С. 250–276.
15. Логунов К.В. Оценка эффективности лечебных и диагностических методов. – СПб. : СПбМАПО, 1999. – 26 с.
16. Панов Л.Г., Беляев Г.С., Лобзин В.С., Копылова И.А. Теория и практика аутогенной тренировки. – Л., 1980. – 271 с.
17. Парфенов В.А., Хасанова Д.Р. Ишемический инсульт. – М. : МИА, 2012. – 288 с.

18. Путилина М.В. Тревожно-депрессивные расстройства и инсульт // Журн. неврологии и психиатрии им С.С.Корсакова. – 2014. – № 6. – С. 86–93.
19. Практическая психодиагностика / сост. Райгородский Д.Я. – Самара : Бахрах-М, 2006. – 672 с.
20. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии. – СПб. : Речь, 2007. – 350 с.
21. Sommerz-Flanagan Д., Sommerz-Flanagan Р. Клиническое интервьюирование. – [3-е изд.]. – М. : Вильямс, 2006. – 672 с.
22. Шевченко Ю.Л., Кузнецов А.Н., Виноградов О.И. Лакунарный инфаркт головного мозга. – М. : РЕАН, 2011. – 159 с.
23. Bidzan L., Bidzan M. Vascular factors and progression of cognitive decline in elderly people // *Psychiatr. Pol.* – 2005. – Vol. 39, N 5. – P. 987–995.
24. Gainotti G., Antonucci G., Marra C., Paolucci S. Relation between depression after stroke, antidepressant therapy, and functional recovery // *J. of Neurology Neurosurgery and Psychiatry.* – 2001. – Vol. 71, N 2. – P. 258–261.
25. Thomas S.A., Lincoln N.B. Predictors of emotional distress after stroke // *Stroke.* – 2008. – Vol. 39, N 4. – P. 1240–1245.

**Ermakova N.G.** Primenenie autogennoi trenirovki pri vosstanovitel'nom lechenii bol'nykh s posledstviyami insul'ta [Psychological care of patients with cognitive impairment after stroke]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2015. N 55. P. 79–95.

The Herzen State Pedagogical University of Russia  
(Russia, St. Petersburg, Moika Embankment, 48)

Ermakova Nataliya Georgievna – PhD Psychol. Sci., Associate Prof. of the Chair of Clinical psychology and Psychological Care Herzen State Pedagogical University of Russia (Russia, 191186, Saint-Petersburg, Moika Embankment, 48); e-mail: nataliya.ermakova@yandex.ru.

**Abstract.** The results of testing of compiled programs of psychological care of patients with stroke, aimed at the development of skills of self-control and emotional regulation. The program was focused on the formation of a positive attitude to your body and to himself in the process of mastering techniques of autogenous training. The results of the use of autogenous training in 108 patients with ischemic stroke (I69.3 ICD-10) and hemorrhagic stroke (I69.1 ICD-10) in a stationary rehabilitation. Upon completion of the program of psychological correction with the use of autogenous training marked improvement in emotional state, reduction of anxiety and depression in patients with different localization of the lesion. As a result of repeated the clinical interview after the psychological correction noted the willingness of patients to take his body for what it was after the disease, increase adherence to treatment, awareness of the need for their own activity in the restoration of disturbed functions.

**Keywords:** clinical (medical) psychology, rehabilitation, stroke, psychological correction, autogenous training, self-regulation, psychological testing.

## References

1. Aleksandrov A.A. Autotrening [Autogenous training]. Sankt-Peterburg, 2013. 240 p. (In Russ.)
2. Belova A.N., Shchepetova O.N. Shkaly, testy, oprosniki v meditsinskoj reabilitatsii [Scale, tests, questionnaires in medical rehabilitation]. Moskva, 2002. 440 p. (In Russ.)
3. Grigor'eva V.N. Psikhosomaticheskie aspekty neiroreabilitatsii. Khronicheskie boli [Psychosomatic aspects of neurorehabilitation]. Nizhnii Novgorod, 2004. 420 p. (In Russ.)
4. Gusev E.I., Bogolepova A.N. Kognitivnye narusheniya pri tserebrovaskulyarnykh zabolovaniyakh [Cognitive impairment in cerebrovascular disease]. Moskva, 2013. 176 p. (In Russ.)
5. Demidenko T.D., Gol'dblat Yu.V., Kiselev V.A. [et al.]. Vosstanovitel'noe lechenie bol'nykh s dvigatel'nymi narusheniyami posle mozgovogo insulta [Regenerative treatment of patients with locomotor disorders after stroke]. Leningrad, 1976. 46 p. (In Russ.)
6. Demidenko T.D., Ermakova N.G. Osnovy reabilitatsii nevrologicheskikh bol'nykh [ Basics of the rehabilitation of neurological patients]. Sankt-Peterburg, 2004. 304 p. (In Russ.)
7. Demidenko T.D., Ermakova N.G. Psikhoterapiya pri reabilitatsii bol'nykh v rezidual'nom periode insulta [Psychotherapy in the rehabilitation of patients in the residual period after stroke]. *Uchenye zapiski Sankt-Peterburgskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta imeni akademika I.P. Pavlova* [Record of the I.P. Pavlov St. Petersburg State Medical University Record of IPP-SPSMU]. 2007. Vol. 14, N 1. Application. Pp. 44–46. (In Russ.)
8. Ermakova N.G. Psikhologicheskaya korektsiya samootnosheniya u bol'nykh s kognitivnymi narusheniyami posle insulta [Psychological correction the self-assessment in patients with cognitive impairment after stroke]. *Izvestiya Rossiiskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta imeni A.I. Gertsena* [Izvestia: Herzen University Journal of Humanities and Sciences]. 2014. N 167. Pp. 90–104. (In Russ.)
9. Ermakova N.G. Psikhologicheskije osobennosti bol'nykh s posledstviyami insulta v levom i pravom polusharii golovnogo mozga v protsesse reabilitatsii [Psychological characteristics of patients after stroke in the left and right hemisphere of the brain in the process of rehabilitation]. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Seriya 11: Meditsina* [Vestnik of Saint Petersburg university. Series 11. Medicine]. 2008. N 3. Pp. 24–31. (In Russ.)
10. Kadykov A.S., Chernikova L.A., Shakhparanova N.V. Reabilitatsiya nevrologicheskikh bol'nykh [Rehabilitation of neurological patients]. Sankt-Peterburg, 2008. 560 p. (In Russ.)
11. Klochikhina O.A., Stakhovskaya L.V. Analiz epidemiologicheskikh pokazatelei insulta po dannym territorial'no-populyatsionnykh registrov 2009–2012 gg. [Analysis of epidemiological indicators of stroke according to the territorial and population registers 2009–2012]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2014. N 6. Pp. 63–70. (In Russ.)

12. Koval'chuk V.V. Osobennosti reabilitatsii patsientov posle insulta [Features rehabilitation of patients after stroke]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2012. N 12. Pp. 77–84. (In Russ.)
13. Kurako Yu.L., Vaisfel'd D.N. Vosstanovitel'noe lechenie v usloviyakh kurorta bol'nykh, perenessikh insult' [Restorative treatment in resort of patients after stroke]. Kiev, 1981. 134 p. (In Russ.)
14. Kurpatov V.A. Psikhoterapiya v somaticheskoi klinike [Psychotherapy in somatic clinic.]. *Psikhosomaticheskie rasstroistva v praktike terapevta* [Psychosomatic disorders in the practice of the therapist]. Ed. V.I. Simanenkov. Sankt-Peterburg, 2008. Pp. 250–276. (In Russ.)
15. Logunov K.V. Otsenka effektivnosti lechebnykh i diagnosticheskikh metodov [Evaluation of the effectiveness of therapeutic and diagnostic methods]. Sankt-Peterburg, 1999. 26 p. (In Russ.)
16. Panov L.G., Belyaev G.S., Lobzin V.S., Kopylova I.A. Teoriya i praktika autogennoi trenirovki [Theory and practice of autogenous training]. Leningrad, 1980. 271 p. (In Russ.)
17. Parfenov V.A., Khasanova D.R. Ishemicheskii insult' [Ischemic stroke]. Moskva, 2012. 288 p. (In Russ.)
18. Putilina M.V. Trevozhno-depressivnye rasstroistva i insult' [Anxiety and depressive disorders and stroke]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2014. N 6. Pp. 86–93. (In Russ.)
19. Prakticheskaya psikhodiagnostika [Practical psychological testing]. Ed. D.Ya. Raigorodskii. Samara, 2006. 672 p. (In Russ.)
20. Sidorenko E.V. Metody matematicheskoi obrabotki v psikhologii [Mathematical processing methods in psychology]. Sankt-Peterburg, 2007. 350 p. (In Russ.)
21. Sommerz-Flanagan D., Sommerz-Flanagan R. Klinicheskoe interv'yuirovanie [Clinical interviews]. Moskva, 2006. 672 p. (In Russ.)
22. Shevchenko Yu.L., Kuznetsov A.N., Vinogradov O.I. Lakunarnyi infarkt golovnogo mozga [Lacunar brain infarction]. Moskva, 2011. 159 p. (In Russ.)
23. Bidzan L., Bidzan M. Vascular factors and progression of cognitive decline in elderly people. *Psychiatr. Pol.* 2005. Vol. 39, N 5. Pp. 987–995.
24. Gainotti G., Antonucci G., Marra C., Paolucci S. Relation between depression after stroke, antidepressant therapy, and functional recovery. *J. of Neurology Neurosurgery and Psychiatry.* 2001. Vol. 71, N 2. Pp. 258–261.
25. Thomas S.A., Lincoln N.B. Predictors of emotional distress after stroke. *Stroke.* 2008. Vol. 39, N 4. Pp. 1240–1245.

Received 25.03.2014