

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ САООТНОШЕНИЯ И ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О СОЦИАЛЬНОЙ РОЛИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ГРУППОВОГО ТРЕНИНГА У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ИНСУЛЬТА

Н.Г. Ермакова

Описаны результаты исследования, выполненного в рамках психологической коррекции нарушений самооотношения и представлений о своей социальной роли у 108 больных с последствиями перенесенного инсульта. Кроме того, изучались невротические тревожные и депрессивные характеристики постинсультных больных и их реакции на заболевание, уровень качества жизни и индекс функций самообслуживания. Обследование проводилось двукратно, в период до и после проведения психологической коррекции. Такая коррекция проводилась с помощью группового тренинга, в программу которого входили тематически-ориентированная дискуссия, приемы ролевого проигрывания, психопантомима, арттерапия. После проведения коррекционной программы у больных отмечается снижение показателей тревожности, депрессии, улучшение самооотношения.

Ключевые слова: постинсультные больные, изменение самооотношения и социальной роли, психологическая коррекция.

Введение

В последние десятилетия отмечается увеличение распространенности заболеваемости сосудистыми заболеваниями головного мозга, последствиями которых являются нарушение психических функций, социальных контактов, ограничение включенности больных в общественные отношения и трудовую деятельность. Такое положение выводит в число актуальных медико-социальную проблему реабилитации больных с последствиями инсульта (Гусев, Боголепова, 2013; Парфенов, Хасанова, 2012).

Длительный период восстановления больных с последствиями инсульта и инвалидизирующие последствия заболевания в значительной мере оказывают негативное влияние на эмоциональное состояние больного, на его самооценку, что приводит, в том числе, к многочисленным невротическим, депрессивным, ипохондрическим реакциям на заболевание (Гусев, Крыжановский, 2009; Петрова, Поневежская, Савина, Скворцова, 2012; Савина, 2005).

Внезапные и неожиданно возникшие нарушения двигательных, сенсорных, когнитивных функций; необходимость пребывания в больнице, в палате интенсивной терапии, вынужденная обездвиженность являются дистрессом и значительной психической травмой для больного (Вассерман, Абабков, Трифонова, 2010). Нередко у таких больных формируется

пессимистический прогноз их лечебной и жизненной перспективы, отмечаются апатичность и неуверенность в будущем. В связи с этим возникает необходимость включения психокоррекционных мероприятий в процессы реабилитации больных с последствиями инсульта (Григорьева, Ковязина, Тхостов, 2012; Кадыков, Черникова, Шахпаранова, 2008).

Материалы и методы исследования

Клинико-статистическая характеристика выборки исследования. В исследовании принимали участие 108 больных с последствиями перенесенного инсульта (в том числе 63 пациента женского и 45 – мужского пола). В структуре выборки 19 человек в возрасте от 40–49 лет (17,6 % выборки), 41 – в возрасте 50–59 лет (38 %) и 48 человек в возрасте от 60 до 69 лет (44,4 %). При этом численность пациентов с длительностью заболевания от 1 до 6 месяцев составила почти половину выборки – 53 человека (49,1 % выборки), с продолжительностью заболевания от 7 до 12 месяцев – 29 человек (26,9 %) и с длительностью от 12 до 36 месяцев – 26 пациентов (24 %).

По клинико-нозологической характеристике выборка пациентов распределилась следующим образом:

а) ишемический инсульт отмечался у 100 больных, геморрагический инсульт – у 8 пациентов;

б) левополушарная локализация очага поражения отмечалась у 41 больного (38%), в правом полушарии – у 49 пациентов, (45,3 %) нарушения в вертебробазилярном бассейне зарегистрированы у 18 больных (16,7 %).

в) в клинической картине двигательных нарушений преобладали гемипарезы легкой степени у 64 больных (59,2 % выборки), средней тяжести – у 41 пациента (38 %); у 3 пациентов (2,8 %) отмечались вестибулярные нарушения.

г) когнитивные нарушения в виде снижения объема памяти наблюдались у 20 больных (18,5 %);

д) речевые нарушения в виде остаточных проявлений афазии отмечались у 18 больных (16,7 %).

Все пациенты получали комплексное восстановительное лечение в условиях реабилитационного стационара городской больницы №40 г. Санкт-Петербурга с применением лекарственной терапии, лечебной физкультуры, физиотерапии, эрготерапии, психотерапии, при необходимости – занятия с логопедом, при необходимости оказывалась помощь социального работника, проводились занятия по освоению навыков самообслуживания и бытовой реабилитации. Все методы восстановительного лечения были направлены на улучшение соматического состояния больных, восстановление нарушенных двигательных и когнитивных функций. Восстановление двигательных функций методами лечебной физкультуры (ЛФК) осуществлялось, в том числе, посредством самостоятельного выполнения больным упражнений ЛФК во второй половине дня. Восстановление когнитивных функций проводилось посредством выполнения упражнений по восстановлению функций речи, чтения, письма, памяти. Специалисты-эрготерапевты выполняли ежедневные занятия по бытовой реабилитации с целью достижения необходимых бытовых навыков и адаптации в микро- и макросоциальных условиях.

Кроме того, в состав реабилитационных мероприятий включались психологические коррекционные мероприятия в виде группового психологического тренинга, эффективность которого для больных с когнитивными нарушениями после инсульта считается высокой (Григорьева, Ковязина, Тхостов, 2012; Кадыков, Черникова, Шахпаранова, 2008).

Особенности применения группового психологического тренинга и его содержание. Этот тренинг был направлен на осознание и

принятие своей новой социальной роли и новых межличностных отношений, на коррекцию самооотношения, на формирование позитивной лечебной и жизненной перспективы больного; осознание и принятие новой социальной роли, коррекцию межличностных отношений. Больные включались в психокоррекционную группу на раннем восстановительном этапе (в период от 2 до 6 месяцев от начала заболевания) при условии частичного восстановления у них экспрессивной речи и понимания обращенной речи, а также при отсутствии выраженного астенического синдрома.

Цели и задачи группового тренинга излагались больным в доступной для них форме и определялись как выработка навыков преодоления трудных ситуаций, обусловленных болезнью. При успешном формировании группы достигается и больший терапевтический эффект (Александров, 2004; Вачков, 2010; Карвасарский, 2013; Кочюнас, 2014; Ялом, 2011).

Занятия проводились в группе численностью 8–12 человек, в течение 60–70 мин, 3 раза в неделю. В зависимости от групповой ситуации занятия заканчивались 10–15 минутной релаксацией под музыку.

В процессе занятий проводилось информирование больных о задачах реабилитации; о необходимости активизации собственных усилий больных по восстановлению нарушенных функций при выполнении занятий, рекомендованных специалистами.

Положительная лечебная перспектива формировалась с помощью непосредственных сообщений пациентами, имеющими очевидный результат по итогам дополнительных самостоятельных занятий.

Для формирования позитивного прогноза восстановления нарушенных функций использовался также метод терапевтических метафор («под лежащий камень вода не течет», «тише едешь, дальше будешь» и др).

Для коррекции самооотношения и принятия новой социальной роли применялись приемы тематически-ориентированной дискуссии, с использованием ролевого проигрывания, а также приемов психопантомимы, арттерапии, музыкотерапии.

В целом следует отметить, что в едином пространстве группы формируются и осуществляются идеи поддержки эмоционального принятия и духовной интеграции, идеи самодостаточности и совладания со стрессом, вызванным болезнью и её последствиями. Важной мишенью воздействия является само от-

ношение больного к своей болезни и её прогнозу и к самому себе после болезни.

Свободная дискуссия, широко используемая при лечении неврозов, по нашим наблюдениям, не применима при работе с больными после инсульта (Демиденко, Ермакова, 2004).

Эмоциональное напряжение, легко возникающее в группе, являясь хорошим показателем вовлеченности больных в групповую динамику, в то же время сопровождалось значительными, трудно корригируемыми эмоциональными и сосудистыми реакциями; доминированием препятствия в конфликтных ситуациях. Характерные для сосудистых больных инертность психических процессов, трудность переключения внимания, а нередко низкая эмпатия, эгоцентрическая сосредоточенность на своих ощущениях и проблемах, делали спонтанную дискуссию в группе больных почти невозможной. Поэтому в качестве коммуникативной основы группового процесса применялась управляемая, контролируемая тренером в недирективной форме дискуссия, при которой отсутствуют авторитарные высказывания, преобладает эмоциональная поддержка по отношению к пациентам, предоставляется познавательная информация о болезни и её последствиях, возможностях восстановления.

Кроме того, по нашим наблюдениям, при работе с больными с последствиями инсульта неприменима и техника манипуляции молчанием, которая, провоцируя эмоциональное напряжение, часто приводит не к оценке больными своих проблем и позиций в группе, а лишь усиливает и без этого достаточно выраженные у них чувство тревоги и беспокойства, ощущение социальной изоляции.

На занятиях участниками группы обсуждались возникающие у них проблемные ситуации (изменения роли и статуса в семье, в обществе) с целью поиска адекватного выхода из затруднительного положения кого-то из членов группы; выявления внутренних и внешних ресурсов личности для адаптации к новым жизненным условиям. На занятиях обсуждались также заданные тренером-психологом темы: «*Чему меня учит эта ситуация (болезнь)?*», «*Что я могу сделать, чтобы помочь моему выздоровлению?*», «*Как изменилось окружение (кто помогает, кто отвергает?)*», «*Изменились ли жизненные ценности?*». В дальнейшем по мере достижения «зрелости» группы (при наличии отношения понимания и поддержки), применялось ролевое проигрывание трудных ситуаций уча-

стниками группы с последующей их интерпретацией в группе.

Некоторые ситуации предлагались психологом (например, связанные с болезнью проблемные ситуации общения с родственниками, знакомыми, сослуживцами, проблемы общения в общественном транспорте, в магазине, в аптеке и др.).

В работе группы использовались невербальные приемы при работе с чувствами, в частности, приемы психологической пантомимы, которая расширяет возможности самовыражения и адекватного восприятия субъекта другими участниками группы (например, пантомимические изображения настроения, чувств, отношений с родными, близкими и на производстве).

В процессе групповой работы использовались приемы арттерапии, в частности, проективное рисование на заданную психологом тему, например, «*мое настроение*»; «*моя болезнь*», «*что я больше всего люблю*», «*чему меня учит моя болезнь*», «*ступени выздоровления*», «*чем я могу себе помочь в излечении*», «*мои ценности в жизни*» и др. Рисунки обсуждались и интерпретировались их авторами и участниками группы.

Психодиагностическое исследование. Все больные дважды – в период до и после проведения психологического тренинга – были обследованы с помощью клинико-психологических и экспериментально-психологических методов. Проводилось клиническое интервью и наблюдение, изучалась медицинская карта больного. Во время интервью изучалось самочувствие больного; особенности его отношения к болезни, к проводимому лечению, к самому себе; отношения с родственниками; выяснялись жизненные установки и ресурсы личности (внешние и внутренние). С помощью методики РЛТ Спилбергер-Ханина изучались характеристики реактивной и личностной тревожности (Райгородский, 2006). Кроме того, определялись уровень тревоги и депрессии (с помощью методики HADS), уровень нарушения 10 основных функций самообслуживания с помощью расчета индекса Бартеля (Белова, Щепетова, 2002; Белова, 2010); качество жизни в целом (Логунов, 1999).

Сравнительный анализ показателей экспериментально-психологических методик, полученных в период до и после проведения коррекционной программы, проводился с помощью t-критерия Стьюдента. Сравнитель-

Клиническая (медицинская) психология

ный анализ показателей самооотношения, полученных в результате клинического интервьюирования пациентов до и после группового тренинга, проводился с помощью G-критерия знаков (Сидоренко, 2006).

Результаты исследования

На первом этапе было проведено сравнение характера высказываний больных об их отношении к самому себе при интервьюировании до и после психологической коррекции. При этом выделялись суждения положительной и отрицательной направленности самооотношения и подсчитывалось их число, а также их изменения после завершения работы в группе (табл. 1).

Анализ данных табл. 1 показывает, что в целом в динамике показателей отмечаются дискордантные тенденции: показатели отрицательного самооотношения имеют типичный отрицательный сдвиг на фоне полного отсутствия положительных сдвигов ($G_{эмп} = 0$; $G_{эмп} \leq G_{кр}$), а показатели положительного самооотношения имеют типичный положительный сдвиг на фоне отсутствия отрицательных сдвигов ($G_{эмп} = 0$; $G_{эмп} \leq G_{кр}$). Другими словами, в результатах этого этапа исследования после психологического тренинга отмечается уменьшение проявлений негативного и увеличение позитивного самооотношения. При этом наиболее существенно снизилось ощу-

щение зависимости от помощи других. Таким образом, повышение самоуважения в значительной мере связано с достижением частичной или полной независимости в повседневной жизни, сохранением (освоением) навыков самообслуживания в процессе проведения комплексной реабилитации. В процессе психологической коррекции укреплялись позитивные реабилитационные установки: стремление к самостоятельности и независимости в повседневной жизни, стремление к активности.

Уменьшение проявлений самооценочного показателя «снижение способностей» происходит на фоне улучшения двигательных и когнитивных функций больного, отмечающихся сначала родственниками и персоналом, и, лишь впоследствии, самим больным. Такой характер динамики объясняется недоверием больного к возможности излечения болезни, наличием депрессивных и ипохондрических установок. Коррекционный эффект групповых занятий проявлялся у больных осознанием возможности восстановления двигательных и когнитивных функций и своей роли в этом.

Во время психологической коррекции формировалась позитивная лечебная и жизненная перспектива, что способствовало уменьшению представлений о себе как «выбитом из колеи». Динамика показателей самооотношения «утративший авторитет в семье», «больной», «инвалид» была существен-

Таблица 1
Различия в показателях отрицательного и положительного самооотношения больных, исследованных в период до и после проведения программы психологического тренинга (по статистическому критерию знаков G)

Показатели	Количество высказываний				Сдвиг абсолютных показателей (значения G критерия)	Значимость различий
	до тренинга		после тренинга			
	Абс. значение	В %	Абс. значение	В %		
Отрицательное самооотношение						
Снижение способностей	75	69	56	51,8	19	**
Больной	60	55,6	49	45,4	11	**
Зависимый от помощи других	55	50,9	21	19,4	34	**
Утративший авторитет в семье	54	50,0	42	38,9	12	**
Беспомощный, инвалид	43	39,8	35	32,4	8	*
Выбитый из колеи	41	37,9	25	23,1	16	**
Иждивенец	30	27,8	29	26,8	1	—
Положительное самооотношение						
Выздоровливающий	21	19,4	59	54,6	38	**
Заботящийся о себе	20	18,5	57	52,8	37	**
Терпеливый	18	16,67	39	36,1	21	**
Помогающий другим	17	15,7	28	25,9	11	**
Самодостаточный	15	13,9	20	18,5	5	—
Достойный	16	14,8	33	30,6	17	**
Обучающийся	14	12,9	45	41,7	31	**

но меньше и практически отсутствовала по показателю «иждивенец».

Позитивное самооотношение наиболее существенно повысилось по показателям: «выздоровливающий», «заботящийся о себе», «обучающийся», и в меньшей степени – по показателям «терпеливый», «достойный», «помогающий другим», при отсутствии достоверных различий по показателю «самодостаточный». Такому характеру динамики способствовало принятие обсуждавшейся во время тренинга идеи о самостоятельности и активности больных в процессе лечения.

Наряду с коррекцией «эмоционально-знакового» самооотношения происходила и коррекция социальной роли: ролевая позиция изменялась от преимущественно роли «выбитого из колеи» к роли «выздоровливающего», что сопровождалось стабилизацией эмоционального состояния.

При сравнительном анализе экспериментально-психологических показателей, рассчитанных до и после проведения психологической коррекции, в целом по группе отмечается повышение показателей качества жизни, уменьшение личностной и реактивной тревожности; снижение тревоги и депрессии, по-

вышение значений индекса по шкале самообслуживания Бартеля. Вместе с тем, такая динамика в группах пациентов с различной локализацией поражения имела некоторые качественные отличия (табл. 2).

В целом отмечается существенная позитивная (в плане задач исследования) динамика показателей восстановления функций самообслуживания, реактивной и личностной тревожности, и не столь очевидно – показателей качества жизни и депрессии (по шкале Гамильтона HADS). При этом у больных с левополушарной локализацией очага поражения отмечается более существенное (по сравнению с другими показателями) снижение реактивной и личностной тревожности, а также депрессии. У больных с правополушарной локализацией очага поражения и, особенно, с локализацией в бассейне вертебробазиллярных артерий такая динамика показателей менее выражена. Можно предположить, что больные с левополушарной локализацией очага поражения и, как следствие, правосторонним гемипарезом, испытывали большие трудности при самообслуживании и выполнении бытовых навыков, а также в адаптации в целом. Пребывание в реабилитационном стационаре

Таблица 2

Различия показателей самообслуживания, тревожности, качества жизни у больных с левополушарной (группа 1, n = 41), правополушарной локализацией поражения (группа 2, n = 49) и локализацией в бассейне вертебробазиллярных артерий (группа 3, n = 18), обследованных в период до и после проведения программы психологического тренинга

Показатели шкал методик	Группы пациентов	Этап исследования		Значения t-критерия	Уровень значимости различий
		До тренинга	После тренинга		
Шкала Бартеля	1	84,27±4,27	89,27±4,27	3,84	0,01
	2	83,97±3,68	88,98±3,68	3,73	0,01
	3	84,72±3,62	89,41±3,79	3,82	0,01
Реактивная тревожность (РЛТ)	1	55,34±3,63	50,82±2,32	3,37	0,01
	2	56,14±2,85	51,12±1,99	3,21	0,01
	3	56,72±2,65	52,44±2,09	3,37	0,01
Личностная тревожность (РЛТ)	1	52,56±2,64	50,78±2,22	2,41	0,01
	2	53,39±2,34	51,32±1,85	2,82	0,01
	3	53,28±2,37	51,61±2,12	2,22	0,05
Качество жизни	1	2,96±0,40	3,47±0,38	2,07	0,05
	2	2,93±0,33	3,50±0,31	2,15	0,05
	3	2,95±0,32	3,51±0,29	2,48	0,05
Тревога (HADS)	1	7,93±0,68	7,42±0,59	1,69	–
	2	8,055±0,57	7,48±0,49	2,74	0,01
	3	7,83±0,59	7,31±0,55	1,71	–

дает им большую возможность в восстановлении бытовых навыков, а пребывание в психотерапевтической группе закрепляет позитивные лечебные и жизненные установки.

Обсуждение медико-анамнестических и клиничко-психологических данных исследования

По результатам ранее выполненных нами исследований, возраст пациентов оказывает значительное влияние на формирование целей и норм психокоррекционной группы (Демиденко, 2004). На материале исследования двух групп разновозрастных неврологических пациентов (больных в возрасте от 40 до 50 лет и в возрасте от 50 до 60 лет, не отличающихся между собой по профессиональному и семейному статусу) установлено, что у работающих пациентов младшей возрастной группы 40–50 лет) вынужденное вследствие болезни прекращение трудовой деятельности нередко вызывало депрессивные размышления больных, чего практически не наблюдалось у прекративших из-за болезни профессиональную деятельность работающих пациентов старшей возрастной подгруппы (то есть лиц, для которых вопрос о прекращении вследствие болезни трудовой деятельности не являлся неожиданностью).

Клиничко-психологические данные описываемого в настоящей публикации исследования показывают, что тяжесть болезненного состояния не препятствует участию в групповом процессе и принятию больными друг друга. Так, постинсультные больные способны принять в свою группу 1–2 пациентов с умеренными когнитивными проблемами в виде остаточных проявлений сенсорной либо моторной афазии, амнестическими нарушениями исходя из понимания того, что когнитивные нарушения являются временными и в статусе больного обязательно наступит улучшение. Такие постинсультные больные участвовали в формировании позитивной лечебной перспективы в группе посредством информирования ее участников о своем пройденном пути, рассказов о своих переживаниях в прошлом и достижениях в настоящем. Они были способны настраивать других на благополучный исход заболевания, дать им адекватный совет, поддержать. Нередко участвующие в групповом процессе пациенты в период своей реабилитации и реконвалесценции начинали патронировать больных, находящихся в одном отделении с ними, только вступающих в пе-

риод реабилитации, помогая им в бытовых ситуациях и лечебных процедурах.

Фактор длительности заболевания, проявляющийся одновременным участием в работе психокоррекционной группы пациентов с разным стажем болезни, оказывает определенное влияние на работу группы. Ядром группы становились более опытные больные с большим стажем лечения, с позитивной лечебной и жизненной установкой, которые были способны транслировать позитивную лечебную и жизненную перспективу в группе.

По нашим наблюдениям, непривычный для возрастных больных язык жестов делал невербальные техники неприменимыми на этапе формирования группы, когда естественная скованность новых участников препятствовала проявлению ими игровых действий. На последующих этапах развития группы приемы пантомимы способствовали укреплению сплоченности, проявлению экспрессии, однако для больных старшей возрастной группы эти приемы оставались эмоционально трудными в силу их ригидности при усвоении условных и символических действий, а также дефицита игровых ситуаций в привычных жизненных условиях. В то же время больные с остаточными проявлениями моторной и сенсорной афазии включались в пантомимические ситуации с видимым удовольствием, используя дополнительную возможность невербального контакта с группой с помощью средств языка, в котором возможности всех равны.

Заключение

Проведение в группах постинсультных больных психологической коррекции, направленной на изменение самоотношения и социальной роли больного, позитивно влияет на формирование приверженности к лечению, на создание оптимистической лечебной и жизненной перспективы у больных с нарушением мозгового кровообращения.

Литература

1. Александров, А.А. Психотерапия / А.А. Александров. – СПб.: Питер, 2004. – 480 с.
2. Белова, А.Н. Шкалы, тесты, опросники в медицинской реабилитации / А.Н. Белова, О.Н. Щенетова. – М.: Антидор, 2002. – 440 с.
3. Белова, А.Н. Нейрореабилитация: руководство для врачей / А.Н. Белова. – 2-е изд. – М.: Антидор, 2010. – 1288 с.
4. Вассерман, Л.И. Совладание со стрессом: теория и психодиагностика: учебно-

- метод. пособие / Л.И. Вассерман, В.А. Абабков, Е.А. Трифонова. – СПб.: Речь, 2010. – 192 с.
5. Вачков, И.В. Психологический тренинг. Методология и методика проведения / И.В. Вачков. – М.: Эксмо, 2010.
6. Григорьева, В.Н. Когнитивная реабилитация больных инсультом и черепно-мозговой травмой / В.Н. Григорьева, М.С. Ковязина, А.Ш. Тхостов. – Н. Новгород: Изд-во Госмедакадемии, 2012. – 324 с.
7. Гусев, Е.И. Когнитивные нарушения при цереброваскулярных заболеваниях / Е.И. Гусев, А.Н. Боголепова. – 3-е изд. – М.: Медпресс-информ, 2013. – 176 с.
8. Гусев, Е.И. Дизрегуляторная патология нервной системы / Е.И. Гусев, Г.Н. Крыжановский (ред.). – М.: МИА, 2009. – 512 с.
9. Демиденко, Т.Д. Основы реабилитации неврологических больных / Т.Д. Демиденко, Н.Г. Ермакова. – СПб.: Фолиант, 2004. – 304 с.
10. Кадыков, А.С. Реабилитация неврологических больных / А.С. Кадыков, Л.А. Черникова, Н.В. Шахпаранова. – М.: Медпресс-информ, 2008. – 560 с.
11. Карвасарский, Б.Д. Клиническая психология: учебник для вузов / Б.Д. Карвасарский. – 4-е изд. – СПб.: Питер, 2013. – 864 с.
12. Кочюнас, Р. Психологическое консультирование / Р. Кочюнас. – М.: Академ-проект, 2014. – 222 с.
13. Логунов, К.В. Оценка эффективности лечебных и диагностических методов / К.В. Логунов. – СПб.: Изд. дом СПбМАПО, 1999. – 26 с.
14. Парфенов, В.А. Ишемический инсульт / В.А. Парфенов, Д.Р. Хасанова. – М.: МИА, 2012. – 288 с.
15. Петрова, Е.А. Клинические особенности постинсультной апатии / Е.А. Петрова, Е.В. Поневежская, М.А. Савина, В.И. Скворцова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2012. – № 12, вып. 2. Инсульт. – С. 15–19.
16. Райгородский, Д.Я. (сост.) Практическая психодиагностика / Д.Я. Райгородский (сост.). – Самара: Изд. дом «Бахрах-М», 2006. – 672 с.
17. Савина, М.А. Постинсультная депрессия / М.А. Савина // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2005. – № 7. – С. 67–77.
18. Сидоренко, Е.В. Методы математической обработки в психологии / Е.В. Сидоренко. – СПб.: Речь, 2006. – 350 с.
19. Ялом, И. Дар психотерапии / И. Ялом. – М.: Эксмо, 2011. – 352 с.

Ермакова Наталья Георгиевна, кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической психологии и психологической помощи, Российский государственный педагогический университет им.А.И. Герцена (Санкт-Петербург), nataliya.ermakova@yandex.ru

Поступила в редакцию 7 июля 2014 г.

**Bulletin of the South Ural State University
Series "Psychology"
2014, vol. 7, no. 3, pp. 65–72**

PSYCHOLOGICAL ADJUSTMENT OF PATIENTS WITH STROKE USING GROUP TRAINING

N.G. Ermakova, Herzen State Pedagogical University of Russia, Saint Petersburg, Russian Federation, nataliya.ermakova@yandex.ru

Consequences of stroke are often accompanied by motor and cognitive impairment, self-change patients, making new social role; neurotic, depressive reactions to the disease. The study was designed and carried out a program of psychological correction of the self-representation and the social role of patients with stroke, using a group training. The program included a topic-oriented discussion, role-playing techniques, psychopantomime, art therapy. After the intervention program in patients with marked reductions in anxiety, depression, the self-improvement. The study involved 108 patients with stroke.

Keywords: post-stroke patients, changing social roles, psychological correction.

References

1. Aleksandrov A.A., *Psikhoterapiya* [Psychotherapy]. St. Petersburg, Piter Publ., 2004, 480 p.
2. Belova A.N., Shchepetova O.N. *Shkaly, testy, oprosniki v meditsinskoj reabilitatsii* [Scale Tests, Questionnaires in Medical Rehabilitation]. Moscow, Antidor Publ., 2002, 440 p.
3. Belova A.N. *Neyroreabilitatsiya. Rukovodstvo dlya vrachej* [Neurorehabilitation. Guide for Physicians]. 2nd ed. Moscow, Antidor Publ., 2010, 1288 p.
4. Vasserman L.I. Ababkov V.A., Trifonova E.A. *Sovladanie so stressom: teoriya i psikhodiagnostika. Uchebno-metod posobie* [Coping Theory and Psychological Testing. Teaching materials]. St. Petersburg, Rech' Publ., 2010, 192 p.
5. Vachkov I.V. *Psikhologicheskiy trening. Metodologiya i metodika provedeniya* [Psychological Training. Methodology and Methods of Implementation]. 2010.
6. Grigor'eva V.N., Kovyazina M.S., Tkhostov A.Sh. *Kognitivnaya reabilitatsiya bol'nykh insul'tom i cherepno-mozgovoy travmoy* [Cognitive Rehabilitation of Patients with Stroke and Traumatic Brain Injury]. N. Novgorod, Izd-vo Gosmedakademii Publ., 2012, 324 p.
7. Gusev E.I., Bogolepova A.N. *Kognitivnye narusheniya pri tserebrovaskulyarnykh zabolevaniyakh* [Cognitive Impairment in Cerebrovascular Diseases]. 3rd ed. Moscow, 2013, 176 p.
8. Gusev E.I., Kryzhanovskiy G.N. (Ed.). *Dizregulyatsionnaya patologiya nervnoy sistemy* [Dysregulation of the nervous system]. Moscow, MIA Publ., 2009, 512 p.
9. Demidenko T.D., Ermakova N.G. *Osnovy reabilitatsii nevrologicheskikh bol'nykh* [Fundamentals of Rehabilitation of Neurological Patients]. St. Petersburg, Foliant Publ., 2004, 304 p.
10. Kadykov A.S., Chernikova L.A., Shakhparanova N.V. *Reabilitatsiya nevrologicheskikh bol'nykh* [Rehabilitation of Neurological Patients]. Moscow, Medpress-inform Publ., 2008, 560 p.
11. Karvasarskiy B.D. *Klinicheskaya psikhologiya: Uchebnik dlya vuzov* [Clinical Psychology. Textbook for high schools] (4th ed.), St. Petersburg, Piter Publ., 2013, 864 p.
12. Kochyunas R. *Psikhologicheskoe konsul'tirovanie* [Counselling]. Moscow, Akadempromekt Publ., 2014, 222 p.
13. Logunov K.V. *Otsenka effektivnosti lechebnykh i diagnosticheskikh metodov* [Evaluating the Effectiveness of Therapeutic and Diagnostic Methods]. St. Petersburg, MAPO Publ., 1999, 26 p.
14. Parfenov V.A., Khasanova D.R. *Ishemicheskiy insul't* [Ischemic Stroke]. Moscow, MIA Publ., 2012, 288 p.
15. Petrova E.A., Ponevezhskaya E.V., Savina M.A., Skvortsova V.I. [Clinical Features of Poststroke Apathy]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova* [Journal of Neurology and Psychiatry. SS Korsakov]. 2012, no. 12, iss. 2, pp. 15–19. (in Russ.)
16. Raygorodskiy D.Ya. *Prakticheskaya psikhodiagnostika* [Practical Psychological Testing]. Samara, «Bakhrakh-M» Publ., 2006, 672 p.
17. Savina M. A. [Post-stroke depression]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova* [Journal of Neurology and Psychiatry. SS Korsakov]. 2005, no. 7, pp. 67–77. (in Russ.)
18. Sidorenko E.V. *Metody matematicheskoy obrabotki v psikhologii* [Mathematical Methods in Psychology]. St. Petersburg, Rech Publ., 2006, 350 p.
19. Yalom I. *Dar psikhoterapii*. Moscow, Eksmo Publ., 2011, 352 p.

Received 7 July 2014