

На правах рукописи
УДК 159.9.072

Янковская Евгения Михайловна

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОМУ
СОПРОВОЖДЕНИЮ СЕМЕЙ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ

Специальность 19.00.04. - Медицинская психология

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Санкт-Петербург
2008

Работа выполнена на кафедре клинической психологии ГОУ ВПО
«Российский государственный педагогический университет имени Герцена»

Научный руководитель: доктор психологических наук, доцент
Веселова Елена Константиновна

Научный консультант: доктор медицинских наук
Алёхин Анатолий Николаевич

Официальные оппоненты: доктор психологических наук, профессор
Коржова Елена Юрьевна
кандидат психологических наук, доцент
Исаева Елена Рудольфовна

Ведущая организация:
Санкт-Петербургский государственный университет

Защита состоится «05» июня 2008 г. в «14» часов
на заседании диссертационного совета Д 212.199.25 по защите диссертаций
на соискание степени доктора наук при Российском государственном педаго-
гическом университете им. А.И.Герцена по адресу: г. Санкт-Петербург, наб.
р. Мойки, д.48, корп. 11, ауд. 37, психолого-педагогический факультет РГПУ
им. А.И. Герцена.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Российского государст-
венного педагогического университета им. А.И. Герцена.

Автореферат разослан « ____ » _____ 2008 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,
кандидат психологических наук, доцент

З.Ф.Семенова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования.

Мозговой инсульт - наиболее часто встречающаяся форма поражения ЦНС. В нашей стране происходит более 400 тысяч инсультов ежегодно (Верещагин Н.В., Варакин Ю.Я., 1996г.), при этом за последние годы этот контингент больных значительно возрос и имеет четкую тенденцию к омоложению (Виленский Б.С., 1995, Деев А.С., Захарушкина И.В., 2000 г.).

Поскольку более половины больных, имеющих те или иные последствия инсульта, являются людьми семейными, все большее значение приобретают психологические методы реабилитации, направленные не только на коррекцию внутренней картины болезни самого больного, но и на изменившиеся внутрисемейные отношения, и на социально-психологическую адаптацию больных (Демиденко Т.Д., Балуннов О.А. 1983, 1985, 1989, Янковская Е.М. 1996).

Обусловленное заболеванием снижение качества жизни больного (изменение ролевых функций, материальные затруднения, относительная социальная изоляция), делают необходимым участие членов семьи в реабилитационном процессе, в создании лечебной перспективы, в формировании у пациентов трудовых установок, а также в смягчении негативных стрессовых реакций на болезнь и инвалидизацию (Демиденко Т.Д., Балуннов О.А., 1988; Colantonio A., Kasl S.V., Ostfeld A.M. et al, 1996, Lofgren B., Nyberg L., Osterling P.O. et al., 1997, Кулаков С.А., Ваисов С.Б., 2006).

Несмотря на актуальность мер психологической коррекции в процессе реабилитации и центральную роль семьи в успешной адаптации постинсультных больных, сегодня практически отсутствуют исследования, посвященные комплексному психотерапевтическому сопровождению постинсультных больных и их семей (Демиденко Т.Д., Балуннов О.А. 1983, 1985, 1989, Янковская Е.М. 1996).

Цель исследования: психологическое обоснование, разработка и оценка эффективности комплексного подхода к психотерапевтическому сопровождению постинсультных больных и их семей.

Объект исследования: больные, перенесшие церебральный инсульт и их родственники в системе семейных отношений.

Предмет исследования: комплексный подход к психотерапевтическому сопровождению больных, перенесших церебральный инсульт и их семей.

Гипотезы исследования:

1. У больных перенесших церебральный инсульт наблюдаются эмоциональные, когнитивные и поведенческие нарушения стратегий совладания, а также нарушения семейных отношений, которые могут стать мишенями в процессе психотерапевтического сопровождения в ходе реабилитации постинсультных больных, их родственников и семейных отношений.

2. Комплексный подход к психотерапевтическому сопровождению постинсультных больных и их семей, сочетающий индивидуальную и семей-

ную психотерапию, способствует повышению эффективности социально-психологической реабилитации больных.

Задачи исследования:

1. Провести клинико-психологическое исследование стратегий совладания и эмоциональных реакций больных, перенесших церебральный инсульт и членов их семей в целях выявления мишеней для индивидуальной психотерапии.
2. Проанализировать особенности семейного и психосоциального функционирования постинсультных больных для выявления мишеней семейной психотерапии.
3. На основании результатов психодиагностического исследования разработать комплексный подход к психотерапевтическому сопровождению в семьях постинсультных больных.
4. Разработать критерии эффективности комплексного подхода к психотерапевтическому сопровождению процесса реабилитации больных и их семей.
5. Оценить эффективность разработанного комплексного подхода для психотерапевтического сопровождения процесса реабилитации больных, перенесших инсульт и их семей.

Методологической и теоретической основой исследования стали: концепция отношений В.Н. Мясищева, выделявшего три компонента в отношениях личности (когнитивный, эмоциональный и мотивационно-поведенческий); взгляды Б.Д. Карвасарского на личность больного, как на целостную биопсихосоциальную структуру; когнитивные концепции стресса и копинга (Р. Лазарус, Э. Хайм, Г. Селье и др.); психологические концепции копинг-поведения (С.Л. Истомин, С.А. Лигер, Н.А. Сирота и др.). Подход к семейной психотерапии (Э.Г.Эйдемиллер, В.В.Юстицкий, И.В.Добряков, И.М.Никольская).

Методы исследования:

- теоретический анализ и обобщение данных литературы, посвященный медико-социальным и социально-психологическим проблемам последствий церебрального инсульта и психологической реабилитации больных;

- изучение медицинских карт больных, перенесших церебральный инсульт (анамнез, оценка клинических показателей и степени выраженности нарушений и др.);

- медико-психологическое наблюдение (тестирование общего состояния, степени выраженности нарушений физических функций, степени выраженности психосоциальных и психоэмоциональных изменений);

- психодиагностические методы: 1) «Шкала семейного окружения» (Куприянов С. Ю., 1985); 2) Гиссенский личностный опросник (Голынкина Е.А., Исурина Г.Л., 1993); 3) Цветовой тест отношений (Эткинд А.М. 1985); 4) Методика Э. Хайма для исследования копинг-поведения (Heim E., 1987).

- психологический эксперимент, включающий изучение влияния комплексного подхода к психотерапевтическому сопровождению на клиниче-

ские, психологические и семейные показатели в основных группах больных, их родственников и в контрольных группах.

Математическая обработка проводилась на современной компьютерной базе, с использованием стандартных пакетов программ (Microsoft Excel-2000, Statistica 6,0, SPSS 12,0). Применялась описательная статистика, непараметрические критерии оценки достоверности различия Фишера, t-критерий Стьюдента.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту.

1. В семьях больных, перенесших мозговую инсульт, психологическая коррекция должна осуществляться в форме комплексного подхода к психотерапевтическому сопровождению, предполагающему поэтапное осуществление индивидуальной и семейной работы, с применением техник когнитивно-поведенческой и рациональной психотерапии в семейном, супружеском и индивидуальном вариантах.

2. Мишенями для индивидуальной психокоррекции на первом этапе реализации комплексного подхода к психотерапевтическому сопровождению постинсультных больных и их родственников должны являться неадаптивные стратегии совладания и неадекватные эмоциональные личностные реакции, поскольку именно они приводят к психологической и социальной декомпенсации.

3. Мишенями для семейной психокоррекции на втором этапе реализации комплексного подхода к психотерапевтическому сопровождению постинсультных больных и их родственников должны являться деформированные в результате болезни семейные отношения, а именно: социальная изоляция с избыточным контролем за системным функционированием семьи; излишняя жесткость структурной организации семьи; запрет на отреагирование эмоций; разобщенность членов семьи.

4. Реализация комплексного подхода к психотерапевтическому сопровождению семей постинсультных больных позволяет наиболее эффективно проводить коррекцию нарушений семейного функционирования и индивидуальных деструктивных паттернов поведения больного и членов его семьи, способствует созданию оптимального социально-психологического климата для восстановления больного.

Научная новизна. Впервые разработан комплексный подход к психотерапевтическому сопровождению постинсультных больных и их семей, сочетающий индивидуальную и семейную формы работы с больными и их родственниками, включающий использование техник когнитивно-поведенческой и рациональной психотерапии в семейном, супружеском и индивидуальном вариантах.

Для обоснования мишеней индивидуальной и семейной психотерапии впервые проведено изучение совладающего поведения постинсультных больных и членов их семей, а также социально-психологического климата и организационной структуры семьи больного, характеристик межличностного взаимодействия ее членов и их внутрисемейных отношений.

Впервые анализ эффективности разработанного комплексного метода психотерапевтического сопровождения в семьях больных проводился на основе учета изменений совладающего поведения больных, их родственников и системы семейного функционирования после завершения психокоррекции.

Теоретическая значимость. Обоснована целесообразность и эффективность применения комплексного метода к психотерапевтическому сопровождению в семьях постинсультных больных.

Практическая значимость. Результаты работы могут быть использованы в целях повышения эффективности психопрофилактических и психокоррекционных мероприятий для реабилитации больных, перенесших заболевания, существенно изменяющие качество социального функционирования личности и семьи больного, а также для выявления мишеней психологического консультирования и психотерапии в семьях таких больных.

Внедрение предлагаемого комплексного подхода к психотерапевтическому сопровождению способствует повышению качества социально-психологической адаптации больных, улучшению межличностного взаимодействия пациентов и их родственников, а также сокращает сроки реабилитации.

Апробация работы и реализация полученных результатов. Результаты исследования были доложены на 8th Congress of the European Federation of Neurological Societies 4 -7 September 2004, Paris. На X-м съезде неврологов, Нижний Новгород. На 10th Congress of the European Federation of Neurological Societies 2-5 September 2006, Glasgow, UK.

По результатам диссертации опубликовано пособие для врачей МЗ РФ «Роль семейных взаимоотношений в реабилитации больных, перенесших инсульт». Полученные данные используются в практике работы отделения реабилитации неврологических больных МСЧ № 18. По результатам диссертации опубликовано 15 работ.

Структура и объем работы. Диссертация изложена на 168 страницах и состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов, библиографического указателя и приложения. Список литературы содержит 156 источников, из них 101 отечественных, 55 зарубежных. Работа иллюстрирована 23-мя таблицами, 17-ю рисунками.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обоснована актуальность исследования, определены объект, предмет, цели, гипотезы и задачи диссертационного исследования.

В главе 1 «Психологические особенности больных, перенесших церебральный инсульт и методы психотерапевтического сопровождения в процессе реабилитации» рассмотрены современные концепции механизмов восстановления после церебрального инсульта, проанализированы результаты клинко-психологических исследований больных, перенесших инсульт, их семейные отношения, методы психотерапии в реабилитации постинсультных больных.

В параграфе 1.1. «Психологические характеристики больных, перенесших инсульт» анализируются различные социально-психологические особенности больных, перенесших церебральный инсульт. При переходе острого периода инсульта в восстановительный отмечается повышенная истощаемость, сенситивность, что способствует формированию астено-депрессивных, астено-невротических реакций. Характерно также снижение устойчивости внимания [Андрюшкавичене Ю.А. с соавт., 1976; Мельников Г.В. с соавт., 1978; Демиденко Т.Д., Ермакова Н.Г., 2004]. При изучении личности постинсультных больных отмечено нарушение системы отношений, что выражается в снижении самооценки, мотивации к достижению цели, уменьшении осознанного самоконтроля за поведением, отсутствии стремления к самоутверждению, а также в появлении импульсивности и взрывчатости [Вайс М., 1977, Львова Р.И. 1976]. Для таких больных, характерна также переоценка значимости имевшихся ранее отношений [Демиденко Т.Д., Львова Р.И., Собчик Л.Н., 1974; Пылина Т.М., 1983]. В системе ценностных ориентаций наиболее значимыми становятся вопросы, связанные со здоровьем, автономностью и способностью больных к активности в домашних условиях [Nachisuka K., Tsutsui Y., Kobayashi M. et al., 1999a]. В дальнейшем существенную роль начинают играть такие факторы как мотивация, социальный статус и отношение пациента и его семейного окружения к изменившимся условиям функционирования [Mysiw W.J., Beegan J.G., Gatens P.F., 1989].

В параграфе 1.2. «Семейные отношения постинсультных больных» рассматриваются современные исследования, посвященные реабилитации постинсультных больных. Психологические изменения, возникающие после инсульта, негативно влияют на характер взаимодействия в семье [Clark M.S., 1999a; Sloane J., 1984; Williams S.E., Freer C.A., 1986]. Факт наличия заболевания одного из членов семьи является стрессом. При этом семьи сталкиваются не только с необходимостью оказания физической помощи больному, но и с некоторой неадекватностью его поведения, перед которой родственники часто оказываются беспомощными, не знают, как реагировать на этот факт. Таким образом, в семьях постинсультных больных увеличивается «семейная нагрузка», которая выражается в физическом и психологическом напряжении, в финансовых затруднениях, в социальном ограничении здоровых членов семьи, в необходимости их адаптации к новой домашней ситуации, что по-разному может отражаться на личностных характеристиках всех членов семьи (Clark M.S., 1999; Pak R., Dambovy M., 1994). Родственники больных, осуществляющие непосредственный уход за больным, проходят несколько стадий адаптации – кризисное состояние, стадии лечения, осознания, приспособления к пациенту [Dennis M., 1998]. Очень часто родственники и знакомые, не осуществляющие непосредственного ухода за пациентами, переходят на другой уровень общения с больным, или вообще от него отказываются [Каменецкий В.К., 1993]. Чрезвычайно важным для больных, перенесших церебральный инсульт, оказывается характер их взаимоотношений с внесемейным окружением, что может проявляться в виде «недостатка общественной поддержки» [Pak R., Dambovy M., 1994; McKevitt C., 2000]. Игно-

рирование желаний и возможностей пациентов может способствовать возникновению интерперсональных конфликтов, провоцирующих у больных различного рода психотравмирующие реакции и в целом усиливающие их болезненное поведение [Трошин В.Д., 2000; Варлоу Ч.П. с соавт., 1998; Clark M.S., Smith D.S., 1998a].

В параграфе 1.3. «Методы психотерапевтического сопровождения в реабилитации больных, перенесших инсульт» проанализированы методы психотерапевтической коррекции, применяемые в реабилитации постинсультных больных. Отмечено, что этим методам уделяется крайне мало внимания, как российскими, так и зарубежными специалистами, что выражается в малом количестве публикаций на эту тему.

Т.Д. Демиденко и др. [1978] выделяют следующие формы работы с семьями постинсультных больных на различных этапах реабилитации: 1. Индивидуальная работа с родственниками (рациональная психотерапия, обучение различным приемам восстановительной терапии: точечному массажу, ЛФК и т. д.). 2. Коллективная работа с больным и родственниками (групповая дискуссия, аутогенная тренировка). По мнению этих авторов, работа с семьей больного должна формировать у родственников правильное отношение к самому больному и его заболеванию с целью использования влияния семьи для успешной реабилитации. Сюда включается преодоление пассивного отношения к восстановительному лечению, как больного, так и родственников, разумное уменьшение опеки над больным, воспитание у него навыков самообслуживания и самостоятельности. Все эти задачи осуществляются уже на стационарном этапе реабилитации. Другим необходимым аспектом семейной терапии при церебральном инсульте, является коррекция внутрисемейных отношений, сглаживание возникающих конфликтных ситуаций между больным и родственниками, с учетом перераспределения ролевого положения членов семьи, исключения больного из активной семейной жизни, что нередко создает вокруг него неблагоприятную атмосферу изоляции. На эти положения указывают и другие исследователи [Hafner H., 1970; Воловик В.М., 1973; Конечный Р., Боухал М., 1974].

Многие из приведенных авторов указывают лишь на необходимость проведения психотерапевтической работы в семьях больных, перенесших инсульт, или затрагивают отдельные аспекты ее проведения. Ни в одном из проанализированных источников не предлагается разработанных психотерапевтических методов работы с семьей постинсультных пациентов, охватывающих как больного, так и его родственников. Это обстоятельство требует разработки специальных методов психотерапевтической работы, направленных на смягчение внутрисемейных девиаций и на снижение формальности отношений (Каменецкий В.К., 1993). Кроме того, как считает I. Pilowsky (1983), знания об инсульте в семье заболевшего человека играют ключевую роль в поддержании активного поведения пациента, помогают семье осознать необходимость проведения реабилитационных мероприятий и осуществлять уход.

В параграфе 1.4. «Механизмы возникновения и развития церебрального инсульта» анализируются современные концепции возникновения и развития церебрального инсульта.

В параграфе 1.5. подводятся итоги анализа литературы. Анализируя современные литературные источники, мы видим, что проблеме оказания психотерапевтической помощи постинсультным больным и их семьям уделяется недостаточно внимания, а в ряде источников лишь указывается на важность подобных мероприятий.

Для разработки комплексного подхода к психотерапевтическому сопровождению семей больных, перенесших инсульт, необходимо разработать план исследования с целью выявления особенностей их семейного и социального функционирования, совладающего поведения и эмоциональных реакций.

Во второй главе «Разработка комплексного подхода к психотерапевтическому сопровождению постинсультных больных и их семей» представлен разработанный подход к психотерапевтическому сопровождению в семьях больных, перенесших церебральный инсульт.

Дается описание программы исследования: его задачи, этапы, характеристики объекта исследования, принципы формирования экспериментальных групп, экспериментальная база, методики исследования.

В параграфе 2.1 «Цели и задачи психотерапевтического сопровождения постинсультных больных и их семей» сформулированы цели и задачи психотерапевтического сопровождения. Целью психотерапевтического вмешательства в семьях больных, перенесших инсульт, является коррекция неадекватных психологических отношений, складывающихся в новых условиях жизни семьи. Психотерапия в семьях постинсультных больных ставит своей целью изменение ролевого взаимодействия и семейного функционирования, нарушенного в результате болезни одного из ее членов, коррекцию выявленных проблем для наиболее полного восстановления утраченных семьей функций. Задачами психотерапии у данной категории пациентов является достижение адекватного уровня психосоциального и семейного функционирования, а также повышение качества жизни.

В параграфе 2.2 «Разработка комплексного подхода к психотерапевтическому сопровождению больных и их семей» изложены методы обследования больных, перенесших инсульт и их родственников.

Учитывая теорию и практику психотерапии, а также основные характеристики семей постинсультных больных был разработан концептуальный подход к психотерапевтическому сопровождению этих семей. Приведена общая последовательность реализации комплексного подхода к психотерапевтическому сопровождению больных и их семей.

Первый этап психотерапевтического сопровождения предполагает методику индивидуальной психологической коррекции больных.

До начала проведения семейной работы в семьях больных, перенесших инсульт и параллельно с ним, проводилась индивидуальная психотерапия, как

с самими пациентами, так и с их родственниками. Этот процесс включал в себя три этапа: 1) диспозиционный, 2) реконструктивный, 3) поддерживающий.

Задачами первого этапа являлось установление контакта и заключение психотерапевтического контракта, в котором распределялась индивидуальная ответственность сторон и формулировались определенные задачи, сроки лечения. Этот этап позволял идентифицировать проблемы, выделить и укрупнить мишени психотерапевтического процесса, а также наиболее точно подобрать методики и приемы работы с пациентом. Второй этап – непосредственно терапевтический, его задачами являются осознание пациентом своих проблем, связанных с болезнью и семейным функционированием; выявление неадаптивных способов копинга, их вербализация и замена на более адаптивные способы совладания со стрессовой ситуацией, также в психотерапевтической работе большое место отводится «психообразованию». Третий этап работы носил поддерживающий характер и ставил своей целью закрепление достижения адаптивных способов копинга пациентом, способствующих успешному психосоциальному и семейному функционированию.

На втором этапе психотерапевтического сопровождения: работа с семьей реализуется специальная технология работы с семьей больного, составляется семейный паспорт (рис.1). Семейная фаза психотерапии является логическим продолжением индивидуальной психотерапии и повторяет ее этапы. Необходимым и обязательным условием проведения консультирования является контроль за соматическим состоянием постинсультных пациентов. В большинстве случаев состояние больного было достаточно лабильным. До начала и после окончания сеанса психотерапии проводилось измерение артериального давления, частоты пульса и определение общего состояния больного.

В параграфе 2.3. «Выбор показателей эффективности комплексного подхода к психотерапевтическому сопровождению» обосновываются и излагаются выбранные показатели эффективности комплексного подхода к психотерапевтическому сопровождению. В качестве таковых были выбраны: 1) Степень сдвига показателей совладающего поведения «до» и «после» применения комплексного подхода. 2) Степень сдвига показателей эмоционального реагирования «до» и «после» применения комплексного подхода. 3) Степень сдвига показателей семейного и социального функционирования «до» и «после» применения комплексного подхода. 4) Степень сдвига клинических показателей и индекса Бартела «до» и «после» применения комплексного подхода. 5) Различия показателей совладающего поведения, эмоционального реагирования, семейного и социального функционирования, клинических показателей в основной и контрольной группах больных и их родственников.

В третьей главе «Организация экспериментально-психологического исследования эффективности комплексного подхода к психотерапевтическому сопровождению постинсультных больных и их семей» представлена общая модель исследования; характеристика экспериментальной и контрольной групп постинсультных больных, а также их родственников; схема проведения эксперимента. В эксперименте принимали участие 100 семей постинсультных больных (всего 200 обследуемых респондентов). Семьи были

разделены на две группы: основную (экспериментальную) и контрольную. И больные и члены их семей были дважды обследованы в ходе эксперимента по описанной схеме.

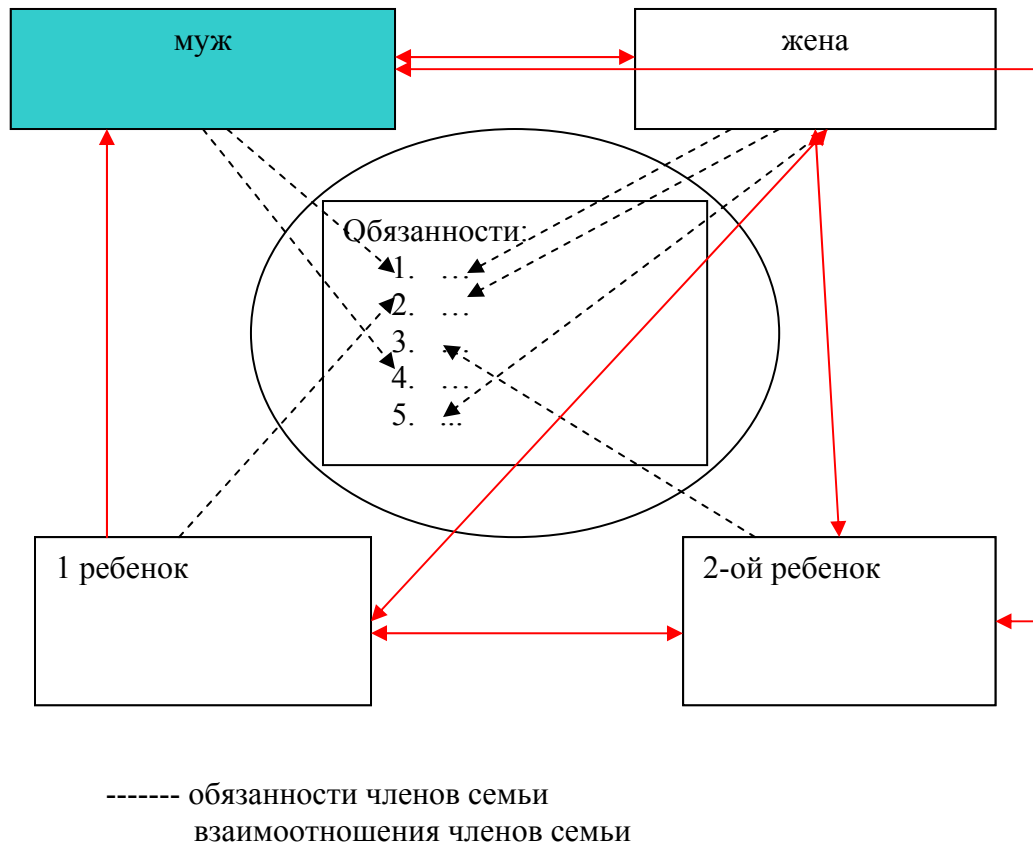


Рис. 1 Семейный паспорт

В параграфе 3.1. приводится общая модель исследования (табл. 1).

В параграфе 3.2. «Методы психодиагностического обследования больных и их родственников» дается описание клинических и психодиагностических методов обследования больных и их родственников. Клинический метод обследования больных включал в себя полное неврологическое обследование больных - неврологический статус для определения локализации и степени выраженности пареза. Для оценки степени самообслуживания и адаптированности больного к бытовым условиям больного был использован Индекс Бартела (Barthel Index), предложенный в 1967, и до сих пор остающийся наиболее универсальным и применяемым исследователями во всем мире.

Для исследования совладающего поведения и описания его типичных вариантов у больных, с целью выявления их адаптивных возможностей, была использована методика Э. Хайма. Методика может быть также полезна в клинической работе для уточнения и оценки динамики состояния в процессе психотерапии, при осуществлении психогигиенических и психопрофилактических программ, для выявления групп риска с последующим проведением психокоррекционных мероприятий.

При исследовании эмоциональных реакций применялась проективная методика «Цветовой тест отношений» (ЦТО) в кратком варианте, представ-

ляющая собой невербальный компактный диагностический прием, отражающий как сознательный, так и частично неосознаваемый уровень отношений человека. Получаемая с помощью ЦТО информация является, несомненно,

Таблица 1 Общая модель исследования

Этапы исследования	Психодиагностические показатели состояния		Исследование семейного функционирования
	больные	родственники	
I этап Выявление мишеней для психотерапевтической коррекции	Оценка неврологического статуса		<p>Методика ШСО/FES: - оценка социального климата в семьях всех типов; - показатели отношений в семье; - показатели личностного роста; - показатели управления семьей как системой; Гиссенский опросник (ГТ): социальные установки и реакции личности: - анализ социальных отношений в семьях - фундаментальные свойства социальных контактов и социального поведения.</p>
	-локализация и степень выраженности пареза; -индекс Бартела	-----	
	Исследование стратегий совладания и эмоциональных личностных реакций		
	<p>Методика Хайма: -адаптивное; -относительно адаптивное; -неадаптивное копинг-поведение в эмоциональной, когнитивной и поведенческой сферах ЦТО: Система отношений в категориях «Я»; «моя семья»; «мое настроение»; «моя болезнь»; «мое прошлое»; «мое настоящее»; «мое будущее»</p>	<p>ЦТО: Система отношений в категориях «Я», «моя семья», «мое настроение», «моя болезнь», «мое прошлое», «мое настоящее», «мое будущее»</p>	
II этап разработка комплексного подхода к психотерапевтическому сопровождению	<ol style="list-style-type: none"> 1. Разработка семейного паспорта 2. Проработка этапности психокоррекционных мероприятий 3. Обеспечение преемственности психотерапевтических этапов 4. Обоснование целей, задач, принципов, мишеней психотерапии 5. Выбор психотерапевтических техник 		
III этап Разработка критериев эффективности комплексного подхода	<p>Обоснование использования показателей совладающего поведения, эмоционального реагирования, семейного и социального функционирования, клинических показателей и индекса Бартела в качестве критериев эффективности применения комплексного подхода</p>		
IV этап Оценка эффективности комплексного подхода	<p>Оценка результатов экспериментально-психологического и клинического исследования «до» и «после» реализации комплексного подхода:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сравнение сдвигов показателей совладающего поведения «до» и «после» применения комплексного подхода 2. Сравнение сдвигов показателей эмоционального реагирования «до» и «после» применения комплексного подхода 3. Сравнение сдвигов показателей семейного и социального функционирования «до» и «после» применения комплексного подхода 4. Сравнение сдвигов клинических показателей и индекса Бартела «до» и «после» применения комплексного подхода 5. Сравнение всех изучаемых показателей в основной и контрольной группах 		

полезной в психотерапевтической практике, где она может быть прямо использована для ориентации индивидуальной, групповой и семейной психокоррекционной работы.

При исследовании семейных отношений применялись Гиссенский опросник (ГТ) и Методика "Шкала Семейного Окружения" (ШСО/FES), которые позволяют оценить социальное и внутрисемейное функционирование.

В параграфе 3.3. изложена «Экспериментальная схема оценки эффективности комплексного подхода к психотерапевтическому сопровождению постинсультных больных и их семей». В исследовании был применен «истинный» экспериментальный план № 4 (Д. Кемпбелл, 1980) с двумя эквивалентными группами и обследованием «до» и «после» воздействия (в качестве воздействия выступала реализация комплексного подхода к психотерапевтическому сопровождению семей больных).

В эксперименте приняли участие четыре группы испытуемых, две из которых состояли из больных, перенесших церебральный инсульт, другие две – из родственников пациентов (по 50 человек в каждой). Две группы были экспериментальными, а две группы - контрольными. Участники экспериментальных групп проходили курс психотерапии в рамках комплексного подхода к психотерапевтическому сопровождению, члены контрольных групп не проходили. Психотерапевтическое воздействие осуществлялось в течение полутора месяцев и проводилось в два этапа. На первом этапе проводился курс индивидуальной психотерапии с больными и их родственниками, а на следующем этапе осуществлялась семейная психотерапия.

До курса психотерапии было проведено психодиагностическое обследование участников групп. После полутора месяцев спустя - повторное психодиагностическое исследование по тем же самым показателям.

Первая группа (основная, экспериментальная) включала в себя 50 больных, перенесших церебральный инсульт (15 женщин и 35 мужчин). Во вторую группу (контрольную) входило 50 постинсультных больных (20 женщин и 30 мужчин), которые не проходили психотерапевтического этапа в ходе реабилитационных мероприятий. Средний возраст групп составлял $54,24 \pm 8,7$. Давность инсульта составляла от 1 до 24 месяцев ($5,7 \pm 1,72$).

Первая группа семей (основная, экспериментальная) включала в себя 50 семей, в составе которых были постинсультные больные. 20 из них состояли из супругов, в состав 30 семей входили дети и внуки. Члены этих семей принимали участие в процессе психотерапии, проводившейся с применением комплексного метода. Средний возраст этих семей составил $54,17 \pm 7,58$, в составе 51 женщины и 49 мужчин.

Во вторую группу семей (контрольную) входило 50 семей постинсультных больных (20 женщин и 30 мужчин), которые не проходили психотерапевтического этапа в ходе реабилитационных мероприятий. 18 человек проживали совместно с супругами, а в состав 32 семей входили дети и внуки. Средний возраст семей $53,5 \pm 6,54$, в составе 52 женщины и 48 мужчин.

Экспериментальная и контрольная группы были выровнены по количеству участников, примерно выровнены по количеству мужчин и женщин и

по возрасту. Первичное исследование проводилось до проведения эксперимента, повторное – через 1,5 месяца после его начала.

В главе 4 - «Оценка эффективности комплексного подхода к психотерапевтическому сопровождению постинсультных больных и их семей» представлены результаты эмпирического исследования.

В параграфе 4.1. «Результаты психодиагностического и клинического обследования больных, перенесших мозговой инсульт и их родственников до применения комплексного подхода к психотерапевтическому сопровождению» отражены исходные данные всех групп исследуемых.

В подпараграфе 4.1.1. «Результаты клинического обследования больных» приводятся результаты первичного клинического обследования больных. Для оценки *зависимости – самостоятельности* больных применялся индекс Бартела. Анализировалась независимость пациентов, перенесших инсульт при различных по локализации и степени выраженности гемипарезах. Результаты обследования приведены в таблице 2.

Таблица 2.

Показатели индекса Бартела у больных основной и контрольной групп.

Выраженность двигательных нарушений		Основная Группа (N=50)			Контрольная Группа (N=50)		
		Число пациентов		Индекс Бартела	Число пациентов		Индекс Бартела
		%	абсол	баллы	%	абсол	баллы
Правосторонний гемипарез	легкий	10	5	19,1±0,13	12	6	19,2±0,07
	Умеренно выраженный	6	3	13,3±0,1	8	4	13,3±0,08
Левосторонний гемипарез	легкий	52	26	19,3±0,08	46	23	19,3±0,08
	Умеренно выраженный	28	14	13,5±0,09	28	14	13,4±0,08
	глубокий	4	2	5,1±0,07	6	3	5,2±0,05

В подпараграфе 4.1.2. «Результаты исследования совладающего поведения у больных и их родственников» приводятся результаты первичного обследования пациентов обеих групп (основной и контрольной), которые отличаются незначительно, что подтверждает репрезентативность выборки. Выявлены достоверно значимые различия в частоте применения адаптивных и неадаптивных способов копинг-поведения пациентами, перенесшими инсульт по сравнению со здоровыми. При социальных контактах пациенты значительно чаще выбирали для себя именно неадаптивные паттерны поведения. Изменения, произошедшие в результате болезни, наглядно демонстрируют растерянность, замкнутость и социальную изоляцию больных в постинсультном периоде, что в свою очередь, ухудшает процесс восстановления, понижает мотивацию пациентов к реабилитации.

Постинсультными больными в поведенческой сфере наиболее часто использовались такие стратегии неадаптивного копинга как: *отступление,*

активное избегание, т.е. больные предпочитали отказ от решения проблем, пытались избегать мыслей о неприятностях, часто самоизолировались от контактов с другими пациентами и родственниками. Среди вариантов эмоционального копинга отмечено преобладание дезадаптивных форм, среди которых преобладает *самообвинение* и *подавление эмоций*. Все это характеризует эмоциональное состояние больных как подавленное, с ощущением безнадежности, покорности, с подавлением истинных переживаемых чувств и обвинением себя и других.

В когнитивной сфере при первичном исследовании пациенты также чаще применяли неадаптивные варианты копинг-поведения, среди которых основное место занимают *уныние* и *растерянность*, т.е. отказ от преодоления трудностей из-за неверия в свои силы и восприятия произошедшего с ними как «конец жизни» и растерянности от незнания «как же теперь жить».

Среди вариантов эмоционального копинга у членов семей больных в ряде случаев тоже было отмечено преобладание дезадаптивных форм: *подавление эмоций*, *покорность*, *самообвинение*, а также *агрессивность*. В то же время, они часто использовали и адаптивные формы *протест* и *оптимизм*. В когнитивной, сфере при первичном обследовании родственники пациентов обеих групп чаще использовали относительно адаптивные механизмы такие как: *относительность*, *религиозность* и *придание смысла*. Дезадаптивные варианты реакций в когнитивной сфере преобладали в виде *уныния* и *растерянности*.

В подпараграфе 4.1.3. «Результаты исследования эмоциональных реакций больных и их родственников» представлены данные об особенностях эмоциональных компонентов отношения больного и его родственников к значимым для них людям и ситуациям. Для проведения данного обследования по методике ЦТО был разработан следующий список: «Я», «моя семья», «мое настроение», «моя болезнь» («болезнь моего родственника»), «мое прошлое», «мое настоящее», «мое будущее». Своё настроение постинсультные больные оценивали как «упадническое», которому сопутствовали состояния грусти, периодической тоски и безысходности, с отсутствием каких-либо положительных эмоций и переживаний в тот момент, а личность как растерянную, недоверчивую, неуверенную в себе. Эти цветовые предпочтения говорят о недостатке жизненной энергии и активности для поиска выхода из создавшейся ситуации. «Моя болезнь», «Мое настоящее» ассоциировались у пациентов с полным крахом своих жизненных целей, задач, с социальной изоляцией. У них практически отсутствовали представления о перспективах восстановительного лечения, о том, в каком состоянии им придется продолжать свою жизнь. На этом фоне при оценке своего прошлого больные выбирали в основном цвета, которые характеризовали этот период их жизни в оптимистическом ключе, поскольку пациент воспринимал своё прошлое, сравнивая его с безрадостным настоящим.

Выбор цветов в категории «болезнь» родственниками характеризовал в целом неприятие ситуации, в которой оказался близкий человек, страх и растерянность перед болезнью. Характеристика «Я» родственников выдавала их

эмоциональное напряжение, сосредоточенность, повышенную ответственность в период самостоятельного поиска адекватного разрешения сложившейся ситуации. Однако их общий эмоциональный фон окрашивался оттенками грусти и усталости, недостаточной готовности к активным действиям по преодолению фрустрации. Так же, как и сами пациенты, родственники оценивали свое «прошлое» с позитивных позиций, характеризовали прошлое, исходя из тревожного нестабильного настоящего и положительное восприятие прошлого могло быть несколько завышенным.

Таким образом, данные первичных экспериментально-психологических исследований свидетельствуют о том, что постинсультные больные и их родственники находились в состоянии выраженной фрустрации, вызванной перенесенным заболеванием, социальной изоляцией и отсутствием четких лечебных перспектив.

В подпараграфе 4.1.4. «Результаты исследования семейных отношений» представлены результаты экспериментально-психологического обследования семей больных, перенесших инсульт.

Конфигурация профилей ШСО семей больных, перенесших инсульт сходна с конфигурацией таковых в группе здоровых людей. Удалось выявить существенные различия в восприятии семейного климата членами нормативных семей и семей постинсультных больных. Члены семьи постинсультного больного воспринимали свои семьи, как менее сплоченные и менее заботящиеся друг о друге, чем нормативные семьи. Причем эти различия являлись статистически значимыми ($p < 0,05$). Члены таких семей, прежде всего, были озабочены проблемами состояния здоровья родственников, перенесших инсульт, а также решением тех вопросов, которые возникают при перераспределении ролей в семье и с изменением характера ее функционирования, что неизбежно происходило из-за изменения статуса самого больного. В отношениях же с нормальными семьями, семьи больных испытывали затруднения в общении из-за резкой ограниченности своих интересов, что заставляло их воспринимать нормативные семьи, как более конфликтные.

Интересные закономерности были получены и при анализе шкал, характеризующих показатели управления семьей как системой. Статистически значимые различия получены по шкале X – контроль ($P < 0,005$). Практически все семьи больных отличались значительной жесткостью организации. Они были четко структурированы и организованы в плане семейной активности, финансового планирования и определения семейных правил и обязанностей, при достаточно жестком поддержании иерархичности семейной организации и контроля их членов. При этом степень открытого выражения гнева, агрессии и конфликтных интеракций были значительно снижены по сравнению с нормативными семьями.

Результаты Гиссенского теста наиболее ярко демонстрируют различия семей постинсультных больных и нормативных семей по шкалам: социального одобрения, психосоциальных защитных форм поведения ($p < 0,05$), социальных способностей ($p < 0,05$) и открытости-замкнутости ($p < 0,05$). Семьи постинсультных больных, в отличие от нормативных, отмечали свою малую

значимость в общении, социальную слабость, необщительность, при этом у них ощущалась недостаточность социального одобрения. Однако, при этом, так же, как и в ШСО, отмечался избыточный контроль за системным функционированием семьи для сохранения ее гомеостатической способности (шкала III $p < 0,05$). Для избыточного контроля характерна педантичность, усердие, пренебрежение своими личными интересами для сохранения семьи, что иногда могло привести к противоположным результатам. Именно такой избыточный контроль приводил к социальной изоляции, нарушая адекватный энергетический взаимообмен между семьей и окружающей средой.

Эти данные перекликались с данными, полученными при анализе шкал ШСО, где также выявилась выраженная социальная изоляция обследованных семей. Это позволило достаточно уверенно говорить о том, что эта проблема является одной из основных в семьях данного контингента больных и требует основательной проработки во время проведения психотерапии и семейного консультирования.

В параграфе 4.2. «Результаты сравнения психологических и клинических показателей состояния больных и их родственников «до» и «после» применения комплексного подхода к психотерапевтическому сопровождению» представлены результаты эмпирического исследования и их анализ, позволяющий оценить эффективность психотерапевтической работы в семьях постинсультных больных

Неврологическое обследование показало, что в результате лечения в обеих группах пациентов произошло уменьшение выраженности неврологического дефицита. Как в основной, так и в контрольной группе число больных с глубоким и умеренно выраженным левосторонним, а также с умеренно выраженным правосторонним гемипарезом снизилось. Вместе с тем, в основной группе частота позитивных изменений была достоверно выше ($p < 0,05$), чем в контрольной. Нарастание объема движений в паретичных конечностях сопровождалось улучшением возможностей самообслуживания больных, перенесших инсульт (рис. 2).

Оценить эти изменения позволил индекс независимости в повседневной жизни Бартела (рис. 3). Повторное измерение показало более значительное увеличение значений индекса Бартела у основной группы, которая прошла курс психотерапии. Эти различия также были достоверными и статистически значимыми ($p < 0,05$).

При повторном обследовании совладающего поведения у постинсультных больных также выявлен широкий спектр поведенческих стратегий, как и при первичном обследовании. Однако было выявлено, что частота применения различных копинг-механизмов больными отличается от первоначальной.

При сравнении изменения копинг-поведения больных в основной и контрольной группах, было выявлено, что различия в изменении стратегий были достоверно значимыми ($p < 0,05$) практически во всех их вариантах в поведенческой, когнитивной и эмоциональной сферах.

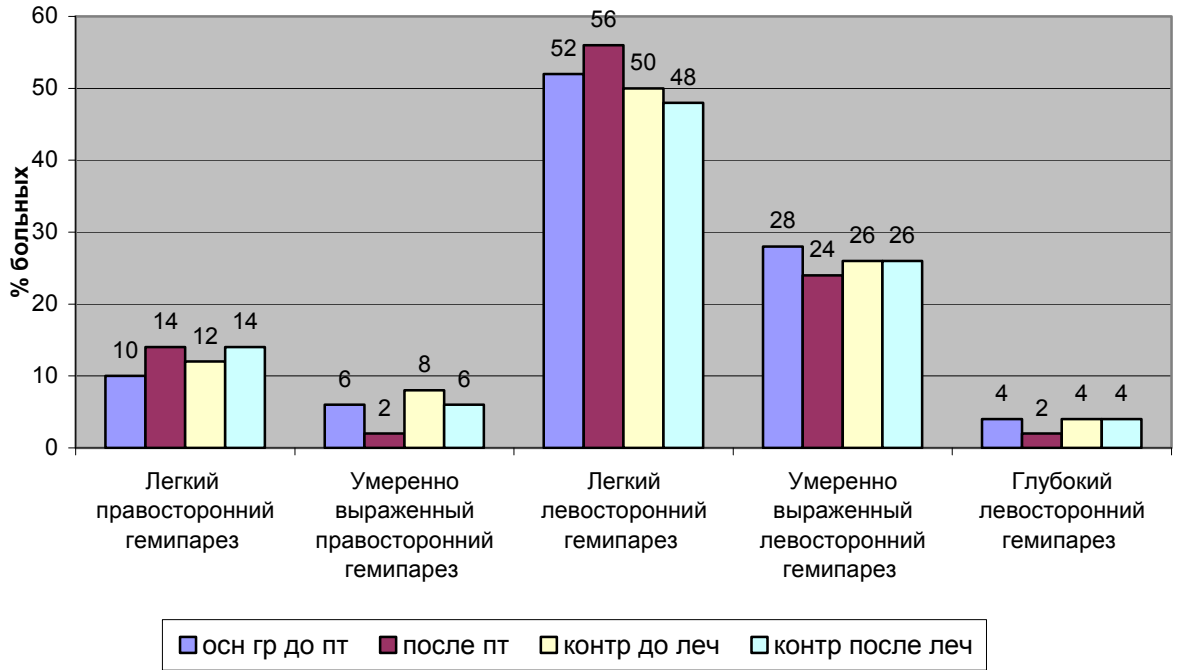


Рис. 2. Клинические показатели основной (экспериментальной) и контрольной групп больных при первичном и повторном исследовании

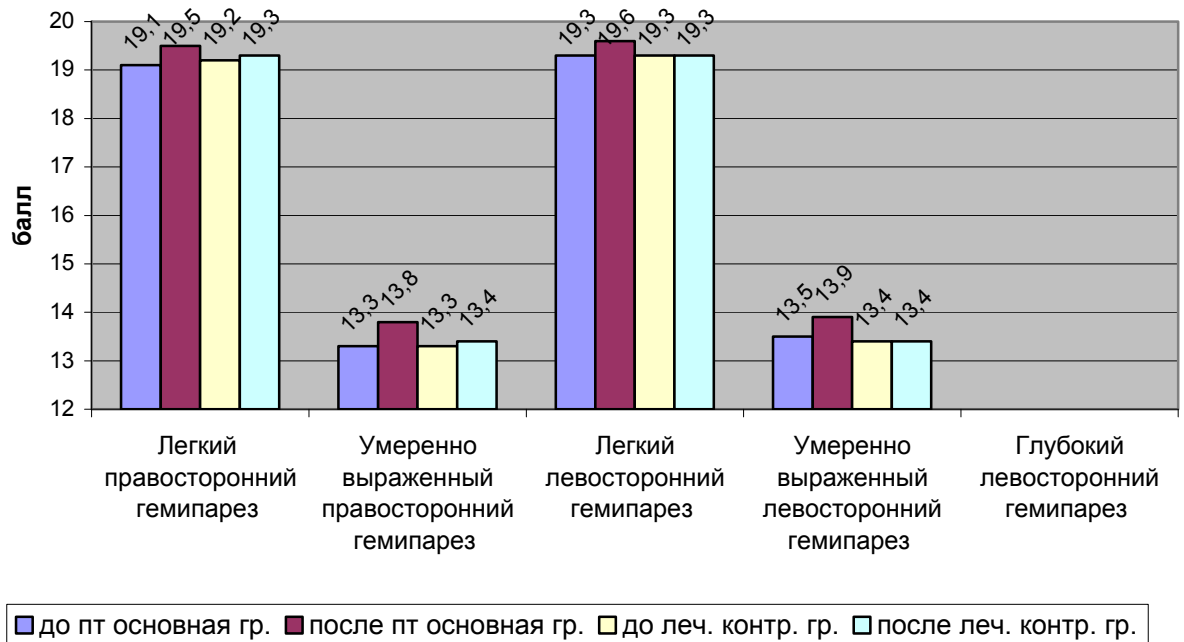


Рис. 3. Индекс Бартела основной (экспериментальной) и контрольной групп при первичном и повторном исследованиях

Во всех исследуемых сферах было выявлено, что увеличилась частота применения адаптивных стратегий, как в основной, так и в контрольной группах больных, перенесших инсульт, а неадаптивных, напротив, уменьшилась. Более значимые изменения произошли в группе больных, участвовавших в психотерапии ($p < 0,05$). Что касается относительно адаптивных механизмов поведения, то частота их применения осталась прежней. Все вышеуказанные

изменения имели большую значимость и достоверность в основной группе постинсультных больных ($p < 0,05$).

Все это позволяет заключить, что применение психотерапевтической коррекции позволило пациентам улучшить свое функционирование, найти адекватные формы поведения, направленные на повышение самооценки, анализ возникших трудностей, найти собственные ресурсы в преодолении трудных ситуаций, научиться сотрудничеству с окружающими.

Для всех видов копинга у родственников пациентов основной и контрольной групп отмечена положительная динамика в применении дезадаптивных стратегий. Относительно адаптивное копинг-поведение применялось чаще, чем при первичном психологическом тестировании в основной группе. После психотерапевтической коррекции значительно возрос процент родственников постинсультных больных, применявших адаптивные варианты копинг-стратегий, чем в контрольной группе.

Все вышеуказанные изменения имели большую значимость и достоверность в основной группе родственников постинсультных больных ($p < 0,05$). При этом значительно изменились соотношения адаптивного и неадаптивного копинга на фоне психотерапии. После психотерапии процент применения адаптивных вариантов копинга значительно вырос. Эти изменения были статистически значимыми ($p \leq 0,05$) и произошли за счет уменьшения применения родственниками больных неадаптивных вариантов поведения. Динамика изменений соотношения адаптивного и неадаптивного копингов в основной и контрольной группах родственников больных достоверно различалась ($p \leq 0,05$). Это доказывает большую эффективность восстановления совладающего поведения у членов семей больных основной группы и позволяет говорить об эффективности комплексного метода психотерапевтического сопровождения.

При сравнении результатов повторного исследования эмоциональных реакций больных по данным ЦТО, в основной и контрольной группах выявлен ряд статистически значимых изменений, затронувших все предложенные для оценки понятия.

Самые главные изменения касались преодоления чувства страха, паники и самоизоляции пациента в стрессовых условиях. При этом у больных появились, практически полностью отсутствовавшие при первичном обследовании, позитивные эмоции радости и чувство уверенности в преодолении трудностей, что в свою очередь давала большой энергетический импульс к активному восстановлению. Эти изменения помогали больным с большим энтузиазмом браться за выполнение реабилитационных программ, повышали их активность и способствовали оптимистическому взгляду на будущее. Анализ динамики ЦТО в категории «Мое настроение» показывает наибольшие изменения. В обеих группах родственников постинсультных больных произошли позитивные изменения. Однако в основной группе эти изменения были значительно больше выражены. В контрольной группе при появлении вышеуказанных позитивных изменений, динамика по цветам, характеризую-

щим негативные эмоциональные состояния и отсутствие энергетического запаса сил для реализации намеченного, не столь значительна.

При проведении экспериментально - психологического исследования с помощью «Шкалы Семейного Окружения» (ШСО) были получены следующие результаты. В целом, конфигурация профилей ШСО семей больных перенесших инсульт (как основной, так и контрольной групп) «до» и «после» психокоррекции (или после лечения) сходна. По приведенным ниже данным (рис.4), можно сказать, что изменения затронули все шкалы, при этом все изменения статистически значимы ($p < 0,05$). Однако, изменения в семьях, участвовавших в психотерапии, оказались более выраженными и достоверными ($p < 0,05$).

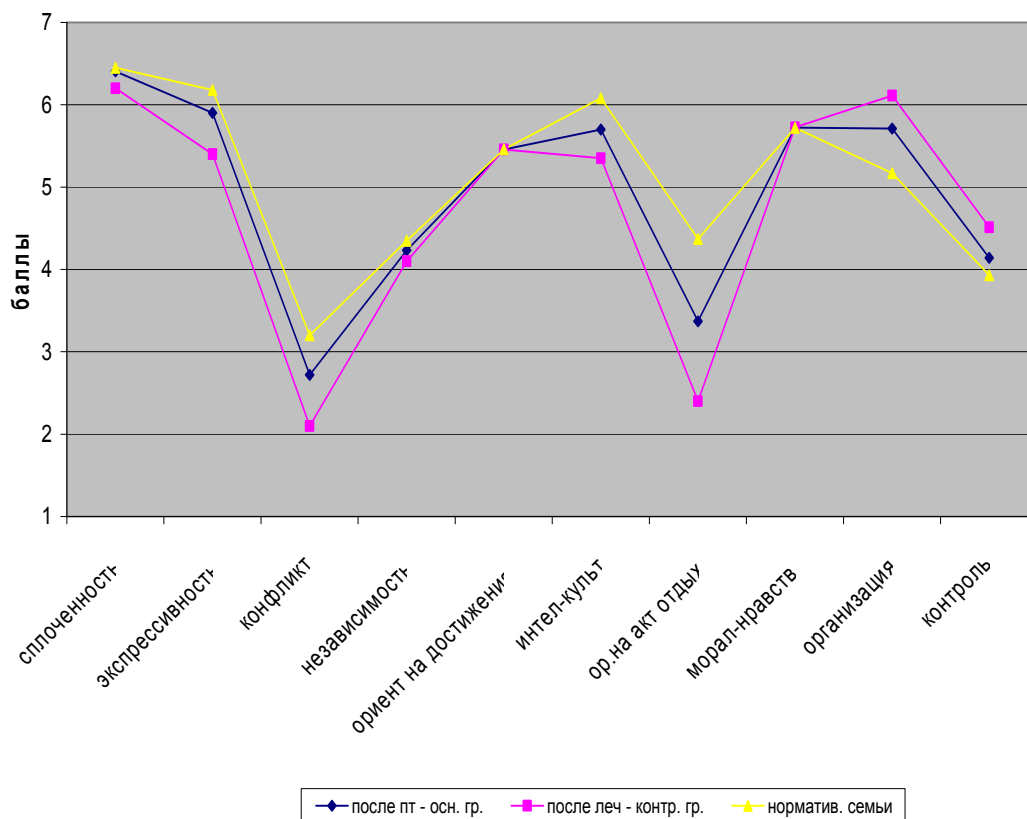


Рис. 4 Сравнение показателей ШСО семей основной и контрольной групп при первичном и повторном исследовании и нормативных семей (по данным Куприянова С.Ю., 1985)

При анализе динамики изменений по шкалам управления семьей как системой выявлены следующие изменения: семьи основной группы имели менее высокие показатели по шкале *организации* и по шкале *контроля*. Это, в свою очередь, говорит том, что в результате психотерапии семейные границы стали более прозрачными и способными к взаимовыгодным контактам с окружающим миром. До лечения границы семьи были практически непроницаемыми и имели жесткую организацию. Если до лечения семьи постинсультных больных были практически закрыты от контакта с семьями здоровых людей, ограничиваясь редкими контактами со схожими по проблемам семьями, то, после психотерапии круг общения расширился и заботы членов

семьи перестали ограничиваться лишь заботой о больном. Семьи, включаясь в эффективные взаимоотношения с окружающим миром, активизировали тем самым больных для построения новых адаптивных вариантов копинга для адекватного социального функционирования. Подобные изменения в контрольной группе были гораздо менее выраженными и достоверно отличались от изменений в основной группе. Применение психотерапии ускоряет этот процесс и обеспечивает безопасный темп их социальной адаптации.

По данным, полученным при применении Гиссенского теста (рис. 5) в обеих группах семей больных отмечались изменения по всем шкалам опросника. Изменения были статистически значимыми и достоверными, как при оценке динамики каждой из групп, так и при сравнении показателей основной и контрольной групп.

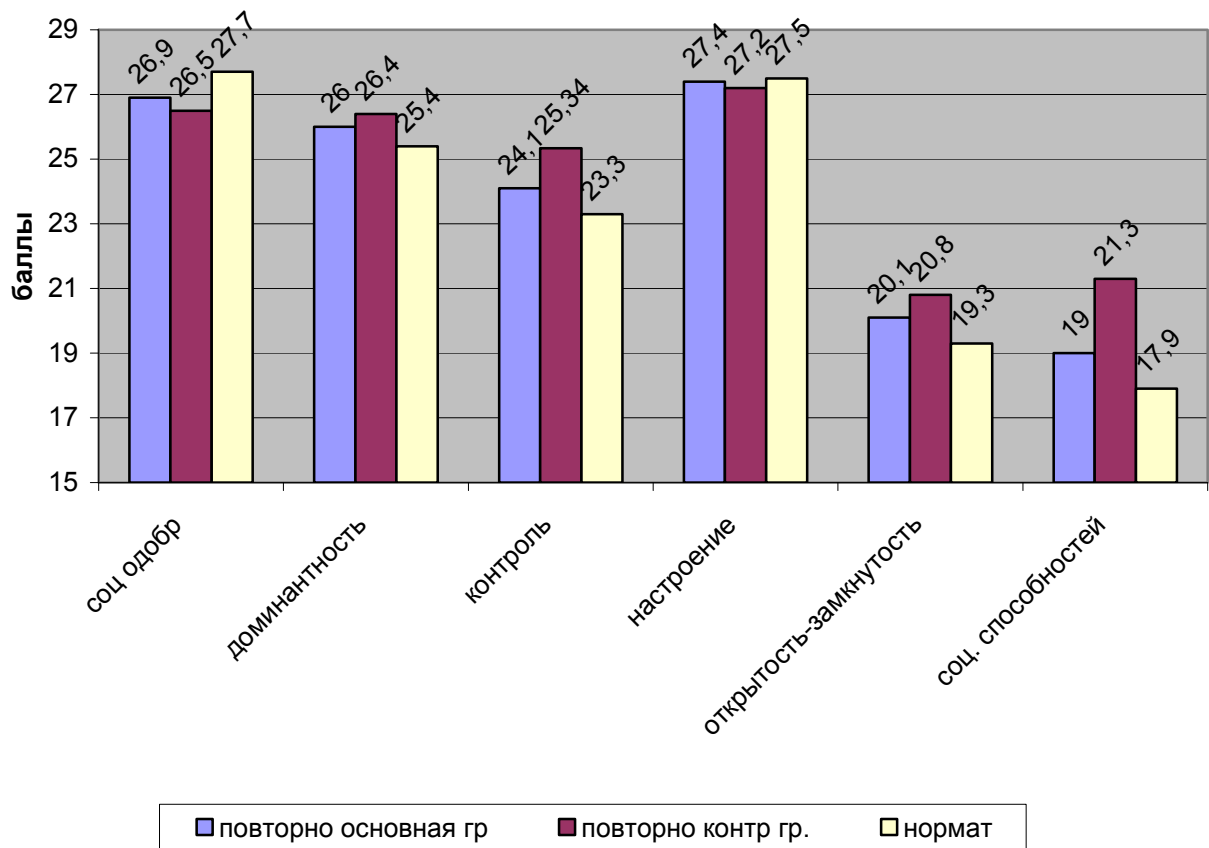


Рис. 5 Сравнение показателей Гиссенского теста в основной и контрольной группах семей при повторном исследовании и в нормативных семьях

Семьи основной группы имели более выраженную положительную динамику по всем шкалам, чем семьи контрольной группы. Для них было характерно увеличение уверенности в своей социальной репутации, в способности успешно взаимодействовать с окружением, адаптации и осознании своей новой социальной роли. Здесь также имеет место некоторое увеличение конфликтности, агрессивности по сравнению с первичным обследованием, что приводит к увеличению созидательной личностной активности ($p < 0,05$).

В ГТ так же, как и в ШСО отмечается более выраженное в основной группе снижение показателей по шкале контроля ($p < 0,05$), что свидетельст-

вует о развитии большей самостоятельности каждого из членов семьи, при сохранении, тем не менее, четкой организации семейной структуры.

Результаты, приведенные в данной главе, отражают положительную клиническую и психологическую динамику у больных, перенесших инсульт и их родственников после реализации комплексного подхода к психотерапевтическому сопровождению, включавшего проведение индивидуальной психотерапии и психологического (семейного) консультирования. Они свидетельствуют об эффективности применения комплексного метода к психотерапевтическому сопровождению семей постинсультных больных и доказывают выдвинутые нами гипотезы.

В заключении диссертации подводятся общие итоги работы, отмечается, что полученные результаты подтверждают выдвинутые гипотезы, намечают перспективы дальнейшего исследования.

ВЫВОДЫ

1. Анализ научных исследований проблемы цереброваскулярных заболеваний свидетельствует о её сложном междисциплинарном характере. Очевидно, что психологические факторы, наряду с предрасположенностью, повышают риск развития инсульта. В свою очередь, последствия перенесённого инсульта, изменяя психические и физические возможности больного, сами по себе становятся психотравмирующими факторами, а психологические реакции на такое снижение качества жизни, повышает риск рецидива заболевания.

2. Перенесенный инсульт вызывает целый ряд отклонений в поведении больного, это ухудшает взаимоотношения в его семье. Заболевание члена семьи влечет за собой изменение не только его собственного настроения и поведения, но и настроения и поведения здоровых её членов. Таким образом, первичной социальной средой, в которой осуществляется реадaptация больного к новым условиям психологического и физического существования является семья. Члены семьи, столкнувшись с фактом заболевания, также переживают различные психологические реакции, обусловленные необходимостью трансформации привычных способов социального функционирования. Таким образом, в обычных условиях, без психологической коррекции, семья не способна стать терапевтической средой, столь необходимой на ранних этапах реабилитации после перенесённого инсульта

3. Несмотря на актуальность работы именно с психологическими аспектами реабилитации после инсульта, проблеме психотерапевтического сопровождения постинсультных больных и их семей уделяется недостаточно внимания, в ряде источников лишь указывается на важность подобных мероприятий.

4. Нами разработан комплексный подход к психотерапевтическому сопровождению постинсультных больных и их семей, который реализуется в два этапа: индивидуальной психологической коррекции и последующей работы с семьей больного. Главными принципами психотерапевтического сопровождения семей постинсультных больных, являются: постепенность, по-

этапность и комплексность его осуществления, при обязательном контроле за соматическим состоянием постинсультных пациентов. Важной особенностью комплексного подхода является то, что семейная психотерапия фактически является логическим продолжением индивидуальной психотерапии и повторяет ее этапы.

5. Совместное применение индивидуальной и семейной психотерапии позволяет наиболее безопасно для соматического состояния больного провести коррекцию выявленных нарушений семейного функционирования, индивидуальных деструктивных паттернов поведения, как самого больного, так и членов его семьи. А также способствует не только созданию оптимального для восстановления больного после инсульта климата, но и может содействовать более эффективной профилактике повторных инсультов.

6. В качестве психотерапевтических мишеней в работе с семьями постинсультных больных, должны выступать паттерны неадекватного личностного реагирования больных и их родственников, а также измененное в результате болезни ролевое и семейное функционирование.

7. В процессе разработки комплексного подхода к психотерапевтическому сопровождению семей постинсультных больных, были выбраны методы, позволяющие выявить мишени для психотерапевтической работы и обеспечивающие возможность оценить эффективность разработанного подхода к психотерапевтическому сопровождению семей больных, перенесших инсульт.

8. В результате эмпирического исследования выявлено, что у больных, перенесших церебральный инсульт, имеются эмоциональные, когнитивные и поведенческие нарушения стратегий совладания, а также нарушения семейных отношений, которые и должны стать мишенями в процессе психотерапевтического сопровождения в ходе реабилитации постинсультных больных, их родственников и семейных отношений. Нарушения совладающего поведения, выражаются в частом выборе неадаптивных вариантов копинг-стратегий, что приводит к социальной дезадаптации больных и значительно затрудняет процесс их реабилитации. Полученные данные подтверждают одну из выдвинутых нами гипотез.

9. В сфере семейных отношений постинсультных больных наблюдаются изменения в виде социальной изоляции, в избыточном контроле за системным функционированием семьи, в жесткости организации семейной активности, финансового планирования и определения внутренних правил и обязанностей, жесткого поддержания иерархичности семейных отношений и стремлении контролировать членов семьи. При этом степень открытого выражения гнева, агрессии и конфликтных интеракций значительно снижены.

10. Проведенное экспериментальное исследование показало эффективность разработанного комплексного подхода к психотерапевтическому сопровождению семей постинсультных больных по итогам сравнения сдвигов совладающего поведения, эмоционального реагирования, семейного и социального функционирования, клинических показателей и индекса Бартела в экспериментальных и контрольных группах.

11. Разработанный комплексный подход к психотерапевтическому сопровождению позволяет наиболее эффективно проводить коррекцию нарушений семейного функционирования, индивидуальных деструктивных паттернов поведения, как самого больного, так и членов его семьи, а также способствует созданию оптимального для восстановления больного после инсульта социально-психологического климата, что полностью доказывает вторую гипотезу, выдвинутую нами.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Янковская Е.М., Балунов О.А., Триумфова Е.А. Изменение функционального состояния постинсультных больных, в зависимости от некоторых показателей качества жизни (по данным катамнеза)// Сосудистая патология нервной системы: Сборник статей. Под ред. проф. М.М. Одинака, А.Н. Кузнецова СПб., ТОО Балтус-бук.- 1998, С. 50-52, 0,64/0,3 п.л.
2. Янковская Е.М., Балунов О.А., Демиденко Т.Д. и др. Роль семейных взаимоотношений в реабилитации больных, перенесших инсульт: Пособие для врачей.- СПб, 2000, 32/12 п.л.
3. Янковская Е.М., Балунов О.А. Семейное консультирование в системе реабилитации больных, перенесших инсульт // Сборник трудов НИПИ им. Бехтерева СПб, 2001, с.136-145, 0,62/0,4 п.л.
4. Янковская Е.М., Балунов О.А. Особенности копинг-поведения больных, перенесших инсульт и его динамика при проведении семейного консультирования // «Актуальные вопросы неврологии и психиатрии»: Мат-лы конференции с международным участием, СПб, 2003, с. 132, 0,1/0,07 п.л.
5. Янковская Е.М. Методы оценки эффективности при проведении психологического консультирования и психотерапии в семьях больных, перенесших инсульт // «Реабилитационная помощь населению в Российской Федерации»: Сборник научных трудов 1-го Российского конгресса 30-31 октября 2003, М., 2003, с 316-319, 0,34 п.л.
6. Янковская Е.М., Балунов О.А и др. Психологические и психосоциальные особенности семей постинсультных больных // «Аллергология и иммунология» том 6 N2 2005 / сборник научных трудов III Всемирного конгресса по клинической патологии и реабилитации в медицине, 4 – 11 февраля 2005 Паттайя, Таиланд, с.285, 0,1/0,03 п.л.
7. Янковская Е.М., Балунов О.А., Черненко В. с соавт. Клинико-психологические и медико-социальные факторы адаптации участников боевых вооруженных конфликтов // «Аллергология и иммунология» том 6 N2 2005 / сборник научных трудов III Всемирного конгресса по клинической патологии и реабилитации в медицине, 4 – 11 февраля 2005 Паттайя, Таиланд, с.288, 0,1/0,02 п.л.
8. Янковская Е.М., Балунов О.А., Калинин И.И. Динамика психологических и психосоциальных характеристик семей постинсультных больных после проведения психотерапевтической коррекции // «Психиатрические аспекты общемедицинской практики»- сборник научной конференции с международным участием 26-27 мая 2005 г., с. 84-85, 0,36/0,2 п.л.
9. Янковская Е.М., Балунов О.А. Психотерапия в семьях больных, перенесших инсульт //«Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины»- сборник научной конференции с международным участием, 15-17 февраля 2006 года, с. 218-219, 0,36/0,2 п.л.
10. Янковская Е.М. «The Family (marital) psychotherapy in the system of rehabilitation of poststroke patients» // European Journal of Neurology, September 2004 / Abstracts of the 8th

- Congress of the European Federation of Neurological Societies 4 -7 September 2004, Paris, France, p. 149-150, 0,1п.л.
11. Янковская Е.М. «Psychotherapy sessions in families of poststroke patients» // European Journal of Neurology, September 2006 / Abstracts of the 10th Congress of the European Federation of Neurological Societies 2-5 September 2006 Glasgow, UK, p. 267-268, 0,1п.л.
 12. Янковская Е.М., Балунов О.А. Общие принципы, цели и задачи психологического и семейного консультирования в семьях больных, перенесших инсульт // «What Is New In Psichiatty And Psychotherapy? Creative dimension in Modern Treatment» / 15 World congress of the World Association for Dinamic Psichiatty (WADP) / Юбилейная научная сессия «Психоневрология в современном мире» СПб, Россия 14-18.05.2007, с 134-135, 0,1/0,07 п.л.
 13. Янковская Е.М., Балунов О.А. Динамика поведения родственников больных, перенесших инсульт, после проведения психотерапевтической коррекции в семьях // «What Is New In Psichiatty And Psychotherapy? Creative dimension in Modern Treatment» / 15 World congress of the World Association for Dinamic Psichiatty (WADP) / Юбилейная научная сессия «Психоневрология в современном мире» СПб, Россия 14-18.05.2007, с 163, 0,1/0,07 п.л.
 - 14. Янковская Е.М. Психотерапия и психологическое (семейное консультирование) в семьях постинсультных больных // «Вестник психотерапии», № 20 (25), 2007, с. 89-100, 0,54 п.л. (принято к печати в 2006 г.)**
 15. Янковская Е.М. Динамика совладающего поведения и семейных отношений постинсультных больных под влиянием комплексного метода психотерапии // «Современные методы лечения пограничных расстройств»: Мат-лы ежегод. науч.-практ. симп., СПбМАПО, 2008 (февраль), с. 43-52, 56 п.л..