

## ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СРЕДА ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ИНСУЛЬТА – ОДНА ИЗ ФОРМ ТЕРАПИИ СРЕДОЙ

**Н.Г. Ермакова**

*Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена,  
г. Санкт-Петербург*

Представлен анализ исследований по формированию психотерапевтической среды при реабилитации больных после инсульта. Психологическая помощь должна быть направлена на обучение персонала, на работу с сообществом больных и с родственниками больных для создания психотерапевтической среды отделения (терапия средой). Психологическая помощь больным после инсульта направлена на коррекцию отношения к себе, к лечению и к болезни, к социуму; на формирование позитивной лечебной и жизненной перспективы.

Проанализированы результаты использования индивидуальной коррекции у 84 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 отмечается улучшение настроения больных, повышение самооценки, приверженности к лечению. Проводилось информирование родственников больных и семейное консультирование, направленное на оптимизацию их отношений с больными.

*Ключевые слова:* клиническая (медицинская) психология, реабилитация, инсульт, психологическая коррекция, терапия средой, саморегуляция, семейное консультирование.

**Введение.** В последние десятилетия отмечается увеличение числа сосудистых заболеваний головного мозга, что делает актуальной медико-социальную проблему реабилитации больных с последствиями инсульта, направленную на восстановление нарушенных функций, социальных контактов, возвращение больного в общество и к посильному труду (Кадыков и др., 2008).

Длительный процесс реабилитации больных с последствиями инсульта, нарушение двигательных и когнитивных функций в значительной мере влияют на эмоциональное состояние больного, негативно действуют на его самооценку, на прогноз лечебной и жизненной перспективы, приводят к депрессивным, ипохондрическим реакциям на болезнь (Гусев и др., 2013; Демиденко, 1989). Апатичность, неуверенность в будущем снижает приверженность больного к лечению и активность в мероприятиях восстановительного лечения, что делает необходимой включение психологической помощи в процесс реабилитации больных после инсульта.

В реабилитации постинсультных больных осуществляется принцип единства биологических и психосоциальных методов лечения (Кадыков и др., 2008). В процессе лечения применяются биологические методы реабили-

тации (лекарственная терапия, ЛФК, физиотерапия, бальнеотерапия, эрготерапия), направленные на восстановление нарушенных двигательных функций и самообслуживания.

К психосоциальным методам относятся: логопедическая помощь, социальная работа, трудотерапия, психологическая помощь. Они направлены на восстановление нарушенных высших психических функций, на коррекцию отношений личности, на психологическую и социальную адаптацию больного. Следует отметить, что в последние годы наблюдается большое развитие биологических методов лечения (новые лекарственные препараты, применение новых методов кинезотерапии, робототехники), что позитивно влияет на исход реабилитационных мероприятий. Психосоциальным методам воздействия на больного уделяется мало внимания, в то время как особенности личности больного играют большую роль в формировании отношения к лечению, болезни, самому себе; влияют на адаптацию к социуму после заболевания.

В связи с вышеназванным, актуальным является изучение возможностей психологической помощи больному после инсульта в процессе восстановительного лечения и методов создания комфортной психотерапевтической среды реабилитационного отделения.

Пребывание в реабилитационном стационаре предполагает появление определенного поведения со стороны больного: выполнение назначений лечащего врача, партнерство с персоналом, активность больного. Социальные ожидания персонала созвучны основным принципам реабилитации: принципу партнерства врача и больного, активности больного в лечение (Кабанов, 1985; Демиденко, 1989, 2004), которые можно назвать психологическими условиями реабилитации.

*Психологические условия реабилитации* – это ожидания со стороны персонала определенного поведения больного: готовность к сотрудничеству с персоналом (лечащим врачом, средним-медперсоналом и другими специалистами-реабилитологами); приверженность к лечению (комплаенс) – соблюдение назначений и рекомендаций врача (соблюдение диеты, дозированной физической нагрузки, регулярное посещение назначенных процедур) (Данилов, 2014); активность больного (самостоятельное повторение рекомендованных упражнений лечебной физкультуры, выполнение заданий логопеда и психолога); формирование установок здорового образа жизни (отказ от курения, злоупотребления алкоголем, жирной пищей и др.).

Цели и задачи реабилитации, понятные и знакомые сотрудникам реабилитационного учреждения, совершенно новые и непривычные больным, ориентированным на традиционный подход к лечению. В связи с этим одной из задач при работе с больными является разъяснение целей и задач восстановительного лечения, которое проводится, как лечащими врачами в отделениях, так и врачами-специалистами, участвующими в лечении больного: врачом ЛФК, физиотерапевтом, трудотерапевтом, психотерапевтом, медицинским психологом и консультантами (терапевтом, кардиологом, врачом функциональной – диагностики, рентгенологом и др.)

Разъяснение и убеждение помогает скорректировать индивидуальные возможности больного, темп восстановительных мероприятий, нагрузку (соответственно состоянию его сердечно-сосудистой системы, срокам от начала заболевания, сопутствующим заболеваниям, состоянию интеллектуально-мнестической сферы и возможностям организма). Разъяснение требует большого терпения и дипломатии. Однако время, потраченное на

объяснение больному, окупается сторицей, так как затем больной более активно включается в лечение.

Не все больные готовы понять и принять условия реабилитации в силу когнитивного снижения или личностных особенностей. В этом случае необходима психологическая помощь, направленная на адаптацию больного к лечению. Задачей психологической помощи больному является формирование позитивного отношения к лечению, к себе, к окружению, достижение эмоциональной стабилизации, создание позитивной лечебной и жизненной перспективы.

Наряду с психологической помощью больному после инсульта в условиях реабилитации необходимо проведение работы по созданию психотерапевтической среды отделения (центра). В окружающей среде отделения больной взаимодействует с сообществом больных, персоналом, родственниками, которые способны влиять на его эмоциональное состояние и отношение к лечению и к болезни (Балунов и др., 2000; Демиденко, Ермакова, 2004; Кадыков, 2008).

Задача психолога – организовать психотерапевтическую среду (медперсонал, сообщество больных, родственников) в психотерапевтическом гуманистически ориентированном направлении – проявлении эмпатии, поддержки, сочувствия и сопереживания.

*Формирование психотерапевтической среды. Работа с персоналом и с сообществом больных.* Модель создания психотерапевтической среды пришла из психиатрии. Терапия средой (от франко-англ. milieu therapy) – лечебное воздействие среды, лечение средой) предполагает использование терапевтического потенциала взаимодействия больного с окружением, средой (Карвасарский, 2010). Под средой имеют в виду все, что окружает пациента в стационаре (вещи, люди, процессы, события) и является неотъемлемым фактором больничного содержания, лечения в реабилитации.

Общая цель терапии средой – максимализация адаптивных возможностей больного – подчинена общей цели реабилитации – восстановлению личного и социального статуса пациента (Кабанов, 1985, 1998, 2003; Карвасарский, 2010; Аммон и др., 2004; Старшенбаум, 2003; Варако, 2014; Koch, 1988).

Понятие терапии средой в широком смысле – это сочетание самых различных

мероприятий и воздействий на больного: географическое расположение больницы, ее архитектура, внутренняя структура, комфорт в отделениях и палатах, режим «открытых дверей», совместные развлечения, различные виды занятости и пр. В ином смысле – это характер определенным образом направляемых взаимоотношений больного с окружающими его людьми – персоналом, другими пациентами, семьей. В этом смысле понятие терапии средой приближается к концепции терапевтического сообщества (therapeutic community).

В зависимости от базисных концепций формируются соответствующие модели терапии средой (Карвасарский, 2010).

1. Социотерапевтическое сообщество направлено на развитие способностей пациента к адаптивному поведению в обществе путем демократизации отношений между врачами, медицинским персоналом и больными в совместной деятельности, которые обеспечивают оптимальное использование их терапевтических способностей.

2. Психоаналитическое психотерапевтическое сообщество. Согласно этой концепции, психоаналитическое учреждение представляет собой «терапевтическое поле», которое способствует реализации социальной жизни пациентов с помощью деятельности малых и больших групп.

3. Теория научения. В соответствии с этой теорией модель терапии средой строится на различных приемах вмешательства и коррекции нарушенного поведения. Основной является методика подкрепления (поощрения) позитивного поведения «экономической» стимуляцией (талонная система).

4. Интегративная модель использует структуру терапевтической среды (Т. с.) разной направленности на разных этапах болезни. Структурирующая среда – в кризисной фазе болезни, уравнивающая – в острой фазе, воодушевляющая (одобряющая) – на стадии реабилитации, рефлексивная – в интенсивной стационарной психотерапии, заботящаяся – в лечении хронических больных. Эти типы Т. с. позволяют осуществлять вмешательство среды, руководствуясь групповыми принципами (участие, коммуникация, социальное научение и др.).

Эффективность терапии средой обеспечивается различными факторами (Карвасарский, 2010): 1) демократической выработкой

решений и распределением ответственности; 2) ясностью терапевтических программ, ролей и лидерства; 3) высоким уровнем взаимодействия между персоналом и пациентами; 4) малым размером отделений; 5) позитивными ожиданиями персонала; 6) высоким моральным уровнем персонала; 7) практической проблемной ориентацией лечебного коллектива.

Терапия средой (милье-терапия) в динамической психиатрии (Старшенбаум, 2003) относится к психоаналитическому направлению. Стержнем деятельности милье-группы является какой-то конкретный проект (строительство небольшого объекта, благоустройство территории, ремонт и оформление интерьера помещения и др.). Она является интегративной составной частью терапевтической системы клиники, все компоненты которой функционируют в теснейшей взаимосвязи. Не менее важным является то, что проект должен быть доведен до конца в обозримые сроки.

Основные положения реабилитационной практики в психиатрии были взяты за основу в неврологической реабилитации.

С одной стороны терапия средой направлена на формирование психотерапевтических, оптимистических установок больных, с другой стороны направлена на формирование установок эмоциональной поддержки и принятия со стороны персонала.

*Формирование психотерапевтических установок персонала.* Ряд авторов отмечают трудности реабилитационной перестройки отношений персонала. Так Г. Шпете (1973), описывая опыт реформирования одного отделения психиатрической больницы Брандербурга, пишет: «Согласно нашему собственному опыту, который совпадает с рекомендациями литературы, сначала необходимо подготовить сотрудников и теоретически их натренировать в расчете на качественно абсолютно новый вид социальных взаимоотношений. Это относится не только к сестрам, но и в равной степени и к врачам, санитарам и персоналу управления». Г. Шпете подчеркивает, что если упустить такую подготовку, то можно будет достичь, лишь кратковременных, мнимых изменений, которые будут восприняты, как «опять что-то новое» или даже как покушение на прочный порядок и будут тихо бойкотироваться, либо потерпят крах из-за отсутствия интереса и неосведомленности».

Р. Конечный и М. Боухал (1974) выделяют отдельные типы медсестер, в зависимости от характера их отношений к работе:

1. Практический тип, отличающийся точностью и строгостью, забывающий иногда о человеческой стороне больного. В парадоксальной форме иногда проявляется в том, что будит спящего больного, чтобы дать ему снотворное.

2. Артистический тип, отличающийся аффектированным поведением, старается без чувства меры произвести впечатление на больного, старается быть важной.

3. Нервный тип, такая сестра часто бывает утомленной, испытывает ощущения, что её усилия не признаются, раздражена, пациенты около нее не чувствуют себя спокойно.

4. Мужской тип медсестры: крупного телосложения, решительная энергичная, самоуверенная, последовательная. Больные характеризуют её поведение как военное. В благоприятном случае становится хорошим организатором и успешно воспитывает молодых медицинских медсестер. В неблагоприятном случае такие сестры бывают примитивными, агрессивными и деспотичными.

5. Материнский тип медсестры, «милая сестричка», часто пикнического телосложения.

6. Сестры-специалистки, работающие, например, на электрокардиографе или электроэнцефалографе, они иногда имеют чувство превосходства над сестрами, работающими в отделениях.

Кемпинский (1975) пишет «именно медицинские сестры несут бремя ухода за больными, они должны научиться очень трудному искусству импровизированной психотерапии, то есть уметь разрешать конфликты, уменьшать болезненное напряжение больного, перестраивать его сопротивление, они должны вызвать улыбку на лице больного. Об этом искусстве мало пишется в учебниках по психиатрии, а оно неоднократно более трудное чем то, что официально называется психотерапией. В тех отделениях, где медсестры пребывают постоянно, а врачи меняются, именно они являются центральными фигурами, то есть теми, кто создает климат отделения. Традиционная подготовка медсестер концентрируется на технической стороне ухода за больными, в то время как работа в реабилитационном отделении ставит перед средним персоналом задачи понимания личности больного, его специфических проблем и жалоб.

Нами проводились в первые 5–7 лет существования центра реабилитации (городской больницы № 40 Санкт-Петербурга) занятия по «Основам медицинской психологии, деонтологии и психотерапии» со средним персоналом лечебных и вспомогательных отделений (ЛФК и физиотерапии) (Демиденко, Ермакова, 2004). Занятия проводились в форме семинаров один-два раза в год на каждом отделении, на которых две–три медсестры делали сообщения по заранее подготовленным темам. Изучали рекомендованную литературу и делали доклады на занятиях. В процессе занятий всеми участниками семинара обсуждались примеры из практики работы с больными, а также возможная и наиболее оптимальная тактика медсестры в трудных, конфликтных ситуациях с конкретными больными. Занятия проводились на каждом отделении.

Цель занятий – повышение медико-психологических знаний медперсонала о психологических особенностях больных. Темы занятий на каждом лечебном отделении были ориентированы на психопатологию и личностные особенности ведущих нозологических форм больных отделения. При проведении занятий на отделениях восстановительного лечения уделялось внимание особенностям интеллектуально-мнестических функций, личности и поведения, ведущим психопатологическим синдромам этих больных. Изучались особенности больных с последствиями инсульта, травм и нейрохирургических операций головного мозга, больных с последствиями травм и заболеваний спинного мозга, периферической нервной системы. Наряду с этим рассматривались и общие темы по медицинской психологии, патопсихологии:

1. Сознание и его расстройства.
2. Внимание и его нарушения. Методы исследования внимания.
3. Память и её нарушения. Методы исследования памяти.
4. Мышление и его нарушения. Методы исследования мышления.
5. Эмоции и их нарушения. Методы исследования эмоций.
6. Речь и её патология. Виды афазии.
7. Личность и её нарушения. Невротические и психопатические реакции личности. Понятие невроза и виды неврозов. Отношение к болезни. Понятие о внутренней картине болезни и лечебной перспективе.

8. Задачи реабилитации, ориентация на личность больного. Деонтология. Роль медсестры в формировании приверженности к лечению больного и его активности в лечение.

9. Задачи поддерживающей (косвенной) психотерапии. Обучение проведению занятий в группе с терапией занятостью и в группе освоения бытовых навыков. Обучение элементам поддерживающей психотерапии. Понятие о внушении и убеждении, как основных приемах рациональной психотерапии. Установление контакта с больными и с группой больных.

10. На практических занятиях проводилось проигрывание психодрамы: беседа с трудным больным. Отдельные занятия были посвящены проблеме адекватного понимания медсестрами эмоциональных проблем больного. На занятиях использовались приемы проективного рисования, например на темы: «Мой любимый больной», «Самый неприятный больной», «Идеальный больной», «Мое отношение к больному такому-то».

Врачи реабилитационных отделений были проинформированы психологом об имеющихся в медицинской психологии понятиях «лечебная и жизненная перспектива», «внутренняя картина болезни», «масштаб переживаний»; о методах психодиагностики личности, психотерапии и коррекции. В тесном контакте с лечащим врачом проходила разработка показаний для коррекционной работы с неврологическими больными. В текущей работе по мере необходимости обсуждались конкретные личностные проблемы больных, группы или палаты, их динамика. А также рассматривались задачи формирования актуальной направленности групп терапии занятостью, групп освоения бытовых навыков, групп непосредственно работающих на отделении.

Следует отметить, что успешная работа с персоналом не может обойтись без административного ресурса и поддержки со стороны администрации отделения (центра) (Ястребов, 2012).

*Формирование реабилитационных установок сообщества больных – установок сотрудничества с персоналом и активизации в лечении.* Формирование позитивных установок больных к восстановительному лечению является непростой задачей. Важной задачей реабилитации является модификация ожиданий (социальных ожиданий) больного по отношению к персоналу. Так, Г. Шпете (1973) отмечает, что «пациенты, которые до сего времени приходили в клинику только как

„реципиенты терапии“ и которые были лишены права голоса, должны научиться перестроить свое мышление и жить как партнеры терапевтов». Необходима перестройка традиционно понимаемых ими норм отношений к болезни, устойчиво сформированных, порой неизменных стереотипов поведения: ожидания чрезмерной заботы, пестования многочисленных «нянек».

Необходимо показать больному и убедить его, что отсутствие нянек это не черствость персонала, а мобилизация самостоятельности, поощряемая находящейся рядом, терпеливо наблюдающей и подсказывающей медсестры, методиста ЛФК, инструктора трудозанятости, и бытовой реабилитации. Наряду с трудностями понимания задач реабилитации, обусловленными инертными поведенческими установками, нарушением интеллектуально-мнестических функций, наблюдается и личностное осознанное или не осознанное сопротивление лечению. По нашим наблюдениям реабилитация ставит определенные требования в личности врача-реабилитолога – коммуникативные навыки, проявления эмпатии, поддержки, а также терпимости, умения убеждать.

Так, Lagnit W. (1971) отмечает, что «волю к выздоровлению и сотрудничеству при реабилитации очень трудно пробудить тогда, когда человек начинает мечтать о пенсии».

В психиатрии задачей реабилитации является, как отмечает М.М. Кабанов (1985), предотвращение формирования психического дефекта, явлений так называемого «госпитализма» – сползания больного к изоляции, его инвалидизации.

В реабилитации неврологических больных также важным является профилактика формирования неврологического и психического дефекта больного. Такой панацеей, предотвращающей возникновение контрактур, инвалидизацию и формирование психоорганического синдрома, является, как можно более ранняя активизация больного, активизация повседневной жизни (aktiviti of daily living) (Rusk, 1950; Демиденко, 1989, 2004; Балунув и др., 2000; Белова, 2002). Активизации способствуют биологические методы лечения (лекарственная терапия, ЛФК, физиотерапия), а также психосоциальные методы. Психологическая помощь больному (индивидуальная и групповая) направлена на непосредственное воздействие на больного. Опосредованное

психологическое воздействие на больного происходит через сообщество больных и специальным образом организованную среду.

Работа с сообществом больных после инсульта может иметь разные формы: просветительская работа с больными, библиотерапия, клубная работа, культуротерапия, терапия занятостью, освоение бытовых навыков. Эти формы опосредованного воздействия на больного в процессе деятельности являются поддерживающей психотерапией, направленной на создание атмосферы поддержки и эмоционального принятия (Демиденко, Ермакова, 2014).

*Просветительская работа* в реабилитационном стационаре организовывалась психологом и культработником в форме работы «Школы здоровья» (Демиденко, Ермакова, 2004) с целью первичной и вторичной профилактики заболеваний. Лекции проводились специалистами центра (невропатологами, диетологом, проктологом, терапевтами, эндокринологом, психологом и др.).

*Библиотерапия.* Для формирования позитивной, оптимистической установки на лечение в реабилитации применялась библиотерапия, при которой больному рекомендуется к прочтению книга из специально подобранной психологом или библиотекарем картотеки (Ермакова, 2015). Библиотерапия, как отмечает Карвасарский Б.Д. (2010), использует специально подобранный для чтения материал как терапевтическое средство с целью решения личных проблем больных при помощи направленного чтения. Направленное чтение организовывалось психологом и библиотекарем, подбирались книги оптимистической направленности, проводилось обсуждение прочитанного. Задачи библиотерапии – стабилизация эмоционального состояния, снижение депривации; формирование активной направленности личности на восстановление нарушенных функций.

*Клубные формы работы.* Клубная работа с больными, страдающими сосудистыми заболеваниями головного мозга направлена на реализацию поддерживающей психотерапии на этапе реабилитации, способствует решению задач перестройки жизненного стереотипа, коррекции системы отношений, психологической активизации. В клубную деятельность включались пациенты, прошедшие основной курс реабилитации и психотерапии в условиях стационарной или поликлинической

реабилитации. (Киселев, 1974; Богат, Терещенков и др., 1996). Впервые привлечение постинсультных больных к работе клуба осуществлено В.А. Киселевым (1974) на базе Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, после их выписки из отделения восстановительной терапии. В клубе бывших пациентов «Феникс» на базе реабилитационной поликлиники № 51 (Богат, Терещенков и др., 1996) занимались больные с последствиями инсульта, черепно-мозговой травмы, заболеваний периферической нервной системы.

В условиях стационара клубная работа организовывалась психологом (Демиденко, Ермакова, 2004) в работе клуба «Мир вокруг нас». В работе клуба проводилось выступление пациентов с рассказами об особенностях своей профессии для других больных центра (создание игрушки, работа архивариуса, о работе Ленфильма, о музыкотерапии др.) и направлено на осознание своей профессиональной роли.

*Культуротерапия.* Было организовано выступление близких и соратников больных с концертной программой для больных стационара (центра) (хор общества слепых, фольклорный ансамбль и др.). Задача – социально-психологическая адаптация больных в социуме центра. Кинотерапия: просмотр фильмов оптимистической направленности; подбор фильмов осуществляли психолог и культработник. Посещение музеев: пешеходные экскурсии с ходячими больными в краеведческие музеи города (музей Сестрорецкого курорта, музей-усадьба Репина, музей Зоценко).

*Терапия занятостью.* Освоение или восстановление навыков ручного труда (вязания, плетения, вышивания, макраме, оригами, поделки из природного материала и др.) направлено на восстановление мелкой моторики, оптико-пространственных функций, тренировку памяти, внимания; стабилизацию эмоционального состояния. Терапия занятостью проводится подготовленной медсестрой в отдельном кабинете.

*Освоение бытовых навыков.* Восстановление бытовых навыков проводится в отдельном кабинете на специальных тренажерах, которые представляют собой столы с расположенными на них различными заданиями: застегивание пуговиц (кнопок, молний) разной величины; набор номера кнопочного или

дискового телефона; использование выключателей и других бытовых приборов, необходимых для самообслуживания и коммуникации больного с родственниками.

Такие формы работы как освоение бытовых навыков и терапия занятостью, проводимые под патронированием психологической службы, направлены на активизацию больных, создание оптимистичной лечебной и жизненной перспективы (Демиденко, Ермакова, 2004).

*Психологическая помощь родственникам больного.* Родственники больного также являются частью среды, окружающей больного и важно, чтобы их воздействие также было поддерживающим и гуманистически ориентированным. Семья представляет собой систему взаимосвязанных ролей, отношения между которыми определяются, с одной стороны, социально-культурными нормами, а с другой – индивидуальными свойствами личностей. Семья и внутрисемейные отношения могут служить не только тонким индикатором наступающих изменений личности, но и быть одним из показателей социальной адаптации в обществе (Конечный, Боухал, 1974). Велика роль семьи и как ближайшей социальной среды на пути возвращения больного в жизнь, и как важнейшего социотерапевтического фактора, воздействующего на личность больного (Эйдмиллер и др., 2005). На этапе ресоциализации, восстановления приспособляемости больного большое значение приобретает работа с родственниками больных (Кабанов, 1985, 1998; Балунов и др., 2000; Демиденко, 1989, 2004).

Архипов В.В., Прокудин В.И. (2005) пишут о деятельности психотерапевтической службы на этапе ранней реабилитации больных с последствиями инсульта в стационаре. При невозможности контакта с больными после инсульта на этом этапе (до 60 % больных с речевыми и когнитивными нарушениями), они осуществляли рациональную психотерапию по отношению к родственникам больных и социально значимым людям, осуществляющими уход за больными. Авторы проводили с родственниками больных беседы, семинары выходного дня, где их обучали простейшим приемам ухода за больными, отвечали на вопросы; помещали на стендах информацию для родственников по уходу, отвечали на их вопросы, для того чтобы они смогли грамотно осуществлять уход за больными в домашних

условиях. Необходима помощь родственникам больных, которые, осуществляя уход за больными, испытывают физическое и нервно-психическое напряжение, хронический стресс, что может приводить к невротическим и психосоматическим расстройствам (Шавловская, 2012).

Важным является просветительская деятельность и научно-популярная литература для больных с последствиями инсульта и их родственников, в которой прописаны задачи, методы реабилитации, а также активное участие больного в лечении (Белянская, Краснова, 2005; Кадыков, Манвелов, Шахперанова, 2007; Скворцова (ред.) 2008; Широков, 2010). Как отмечают ряд авторов (Кадыков и др., 2007) важно обучить родственников правилам ухода за больными, а также научить врачей проведению школ для родственников больных (Скворцова, 2008).

Низкий уровень самоконтроля и конфликтности, стремление к доминированию у здоровых супругов, отсутствие у них терпимого отношения к патологическим реакциям больного человека может привести к психологическому конфликту в семье и социальной декомпенсации больных, к ухудшению клинического состояния больных. С другой стороны окружение чрезмерной опекой, отстранение больного после инсульта от всякой домашней деятельности, способствуют у него развитию пассивного отношения к лечению, и препятствует восстановительному лечению (Rusk, 1950; Clark, Smith, 1999).

В связи с этим возникает задача коррекции внутрисемейных отношений больных с последствиями инсульта и членов их семей (Демиденко, Ермакова, 2004; Балунов и др. 2000; Янковская Е.М., 2008). Работа с родственниками направлена на регуляцию взаимоотношений в семье, коррекцию гиперопеки, на обучение терпимому отношению к больному.

### Материалы и методы

В исследовании приняли участие родственники 84 больных, из них 55 мужчин и 29 женщин. Возраст 13 человек варьировал от 40 до 49 лет; у 32 человек от 50 до 59 лет и у 39 человек от 60 до 70 лет. Длительность заболевания у 36 человек варьировала от 2 до 6 месяцев; у 26 человек – от 7 до 12 месяцев; у 22 человек – от 1 года до 3 лет. Первый инсульт наблюдался у 59 больных, у 25 больных –

повторный инсульт. Наблюдались 40 пациентов с локализацией очага нарушения в левом полушарии; 27 человек – с нарушениями в правом полушарии, 17 больных – с локализацией нарушения в области ВББ. Ишемический инсульт наблюдался у 72 человек; геморрагический – у 12 больных. У 11 человек наблюдались двигательные нарушения в виде гемипареза легкой степени; у 40 больных – средней тяжести, у 24 больных – выраженные нарушения; 9 больных были с вестибулярными нарушениями. Речевые нарушения наблюдались у 45 больных, из них 32 человека с афазиями и 13 с дизартрией. Инвалидность 1 группы – у 20 человек; 2 группы – у 64 больных.

С больными проводилось клиническое интервью до и после психологической коррекции; оценка самообслуживания по шкале Бартела (Белова, 2002), качество жизни (Логунов, 1999), шкала самооценки Дембо-Рубинштейн (Рубинштейн, 2010). Проводилось сравнение средних с применением критерия Стьюдента и кластерного анализа (метод Уорда) (Сидоренко, 2007).

Средний балл по шкале самообслуживания Бартела до коррекции составил 79,7 баллов, после – 85,0 (частичная зависимость). Больные получали комплексное восстановительное лечение в условиях стационарной реабилитации городской больницы № 40 (Санкт-Петербург) в период с 2000 по 2006 г. В лечение входили биологические методы (лекарственная психотерапия, лечебная физкультура, физиотерапия; и психосоциальные методы (логопедическая, психологическая помощь). У всех больных было получено информативное согласие на проведение лечения и психологической помощи. Применялись методы психологической помощи: индивидуальная коррекция проводилась 1–2 раза в неделю, в течение 30 минут; групповая коррекция проводилась в малой группе (5–6 человек) и включала в себя арттерапию и музыкотерапию с периодичностью 1–2 раза в неделю, в течение 30–40 минут.

Наблюдались 84 родственника больных, из них 62 женщин (жена, сестра, дочь, внучка) в возрасте от 25 до 65 лет, 22 мужчин (муж, сын, отец, зять и др. родственники) в возрасте от 42 до 67 лет. С родственниками больных проводилось информирование и семейное консультирование (Демиденко, Ермакова, 2004).

Нередко инициаторами обращения к психологу были родственники больных, обеспокоенные их эмоциональным состоянием, неверием в выздоровление, апатичностью, нежеланием участвовать в лечебных мероприятиях. В ряде случаев родственники интересовались возможностью восстановления нарушенных функций (когнитивных, эмоциональных, поведенческих) больных, а также возможным их участием в сопровождении процесса восстановления.

Родственникам предоставлялась информация об особенностях когнитивных нарушений больного, реакциях личности на заболевание, эмоциональном состоянии, необходимости помощи больному со стороны родственников по восстановлению нарушенных двигательных и когнитивных функций в зависимости от выраженности клинических нарушений больного, локализации очага поражения.

О целях и задачах психологической реабилитации на разных этапах. Информирование проводилось индивидуально, в группе и в виде настенной печати (санлисток для больных и для родственников). Семейное консультирование было направлено на улучшение возможностей взаимодействия родственников с больным (в диадах муж – жена; мать – дочь и др.). Социальная поддержка больных со стороны родственников имела важное значение в укреплении позитивного самоотношения больных после инсульта.

**Результаты исследования.** Больные отличались трудностью принятия роли больного и оказания самопомощи. На начальном этапе психологической реабилитации больные характеризовались трудностями в принятии своей болезни, её последствий, своего участия в лечении; недоверием к лечению; трудностями формирования отношений сотрудничества с персоналом. В этой группе были больные преимущественно с астено-депрессивными и астено-ипохондрическими реакциями на болезнь. После проведения комплексного восстановительного лечения с применением индивидуальной и малогрупповой психологической коррекции отмечается улучшение самообслуживания (шкала Бартела). Отмечается значимое повышение самооценки самообслуживания и участия в лечении, в меньшей степени повышение самооценки настроения и здоровья, что свидетельствует о большей включенности больного в процесс лечения.



Проведен кластерный анализ высказываний больных в процессе клинического интервью до и после психологической коррекции (рис. 1–2; табл. 1, 2).

По результатам кластерного анализа показателей больных по данным клинического интервью до коррекции выделены следующие кластеры (рис. 1, табл. 2): 1) неустойчивость к стрессу; 2) чувство вины; 3) переживание зависимости и долженствование; 4) депрессия и неготовность к сотрудничеству; 5) терпение и надежда на выздоровление.

После завершения коррекции был проведен повторный кластерный анализ высказываний больных в процессе повторного интервью. Были выделены следующие кластеры (рис. 2, табл. 3): 1) непринятие пассивной роли; 2. самодостаточность; 3) контроль над

эмоциями, самопринятие; 4) самопомощь и осознание ценностей семьи.

После проведенного восстановительного лечения с применением психологической коррекции отмечают более позитивные установки больных; повышение контроля над эмоциями, самопринятие.

При работе с родственниками были выделены типы отношений родственников к своим подопечным:

1. Эмпатичный, сопереживающий тип; забота, уход – 21 человек (25 %);
2. Побуждение, поддержка; забота, уход – 29 человек (34,5 %);
3. Организатор лечения (оплата лечения, сиделки, лекарств, ортопедических средств (судно, прикроватный туалет, ходунки, кресло) – 26 человек (30,9 %);

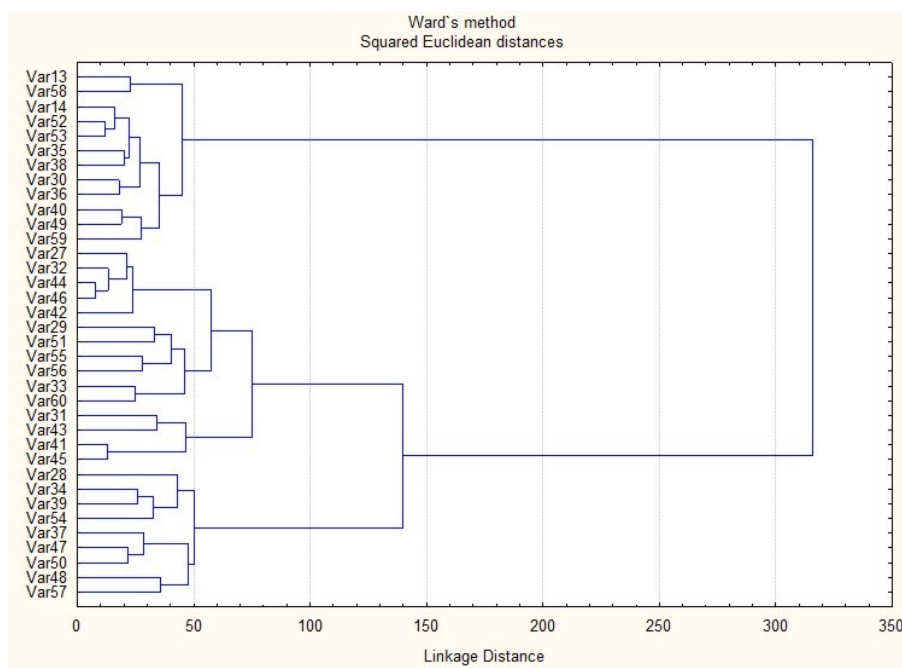


Рис. 1. Кластерное дерево анализа высказываний в интервью больных (n=84) до проведения психологической коррекции

Таблица 1  
Сравнение показателей больных (n=84) с помощью критерия Стьюдента ( $M \pm \sigma$ ) до и после коррекции

Показатель	Период коррекции		p* <
	До	После	
Шкала самообслуживания Бартела	79,7 ± 3,8	85,0 ± 3,5	0,05
Качество жизни	2,2 ± 0,5	2,7 ± 0,2	–
Шкала самооценки Дембо – Рубинштейн:			
Здоровье	31,4 ± 4,3	42,6 ± 3,7	0,05
Настроение	31,3 ± 3,4	47,1 ± 3,2	0,05
Самообслуживание	48,2 ± 4,2	66,1 ± 3,8	0,01
Участие в лечении	46,8 ± 3,3	63,3 ± 3,5	0,01

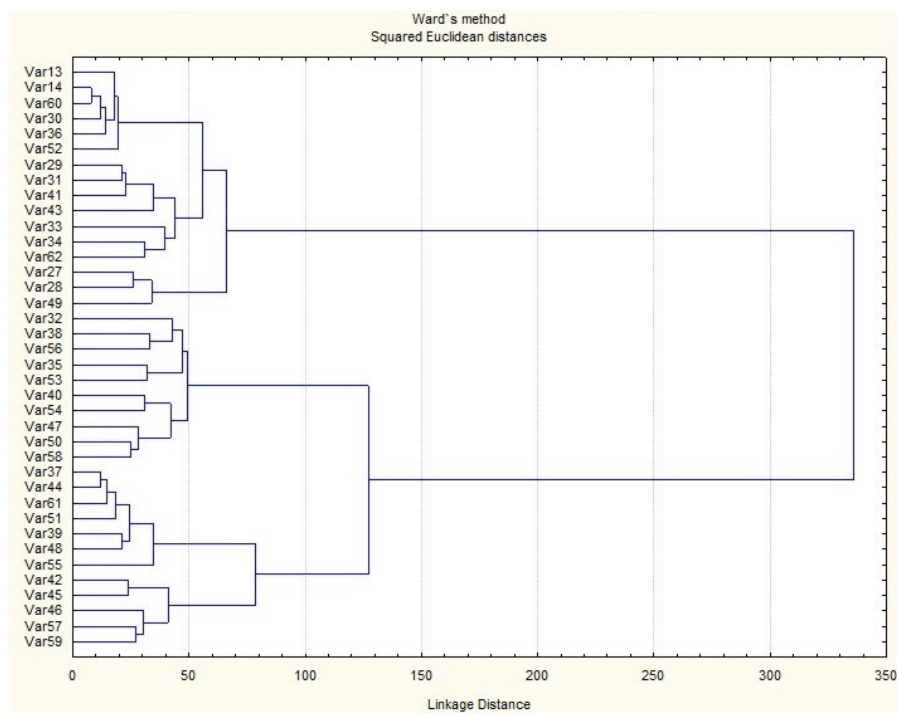


Рис. 2. Кластерное дерево анализа высказываний в интервью больных (n=84) после проведения психологической коррекции

Таблица 2

Кластеры до психологической коррекции

№	Название признаков	Название группы кластеров до коррекции	Кластеры
1	2	3	4
13 58	Стресс в семье Неустойчивость к стрессу	Неустойчивость к стрессу	1
14 52 53 35 38 30 36 40 49 59	Стресс на работе Помогающий другим Достойный Спокойствие Интерес Раздражительность Вина Удовлетворение Самодостаточность Мало уделял внимание семье	Чувство вины	2
27 32 44 46 42 29 51 55 56 33 60	Снижение памяти Апатия Снижение способностей Зависимость Иждивенец Нарушение сна Обучающийся Долженствование Чрезмерная ответственность за работу Боязнь повтора Не заботился о здоровье	Переживание зависимость и долженствования	3

Окончание табл. 2

1	2	3	4
31 43 41 45	Депрессия Выбит из колеи жизни Беспомощный ,инвалид утрата авторитета	Депрессия и неготовность к сотрудничеству.	4
28 34 39 54 37 47 50 48 57	Снижение сообразительности Обида Терпение Заботящийся о себе Надежда на выздоровление Больной Выздоровливающий Терпеливый Чрезмерная ответственность за семью и родственников	Терпение и надежда на выздоровление	5

Таблица 3

## Кластеры после психологической коррекции

№	Название признаков	Название группы кластеров после коррекции	Кластеры
13 14 60 30 36 52 29 31 41 43 33 34 62	Стресс в семье Стресс на работе Непринятие пассивной роли Раздражительность Вина Помогающий другим Нарушение сна Депрессия Беспомощный Выбитый из колеи Надежда на выздоровление Обида Созерцательность	Непринятие пассивной роли	1
27 28 49	Снижение памяти Снижение сообразительности Самодостаточный	Самодостаточность	2
32 38 56 35 53 40 54 47 50 58	Апатия Интерес Контроль над эмоциями Спокойствие Достойный Удовлетворение Заботящийся о себе Больной Выздоровливающий Поиск альтернативной деятельности	Контроль над эмоциями, самопринятие	3
37 44 61 51 39 48 55 42 45 46 57 59	Надежда на выздоровление Снижение способностей Самопомощь, Забота о себе Обучающийся Терпение Терпеливый Ценность семьи Иждивенец Утрата авторитета Зависимость Завершение трудовой деятельности Поиск нового смысла жизни	Самопомощь и осознание ценности семьи	4

4. Попустительство, безучастность, частичный уход и забота. Родственники сами являлись источниками проблем (алкоголизм, начальная деменция) – 4 человека (4,7 %).

5. Растерянность, инфантилизм, недостаточное понимание тяжести болезни заболевших родственников. Сложные отношения с больным были у них и до болезни; чрезмерная занятость – 4 человека (4,7 %).

Больше вопросов было у родственников группы 1 и 2, по оптимизации взаимодействия с больными, об особенностях психологического взаимодействия. Им рекомендовалось, в том числе, делегировать часть нагрузки другим родственникам и знакомым больных, как профилактика психосоматических расстройств ухаживающих родственников.

С группой 3 родственников воздействия были направлены на усиление сопереживания и поддержки по отношению к больным и по возможности личного участия в общении с больным или подключения кого-либо из родственников (внуков, племянников).

С группой 4 и 5 больных проводилась беседа о необходимости заботы и помощи больным в осуществлении самообслуживания. Обсуждалась возможность прикрепления социального работника к больному. Нередко дети больных, имеющие свои семьи и проживающие отдельно, не до конца понимали всю тяжесть заболевания их родственников и пребывали в растерянности; имели недостаточное понимание того, что настало время отдавать долги своим родным по уходу и заботе. Они нуждались в помощи по организации ухода за больными.

### Обсуждение результатов

По нашим наблюдениям создание психотерапевтической среды реабилитационного отделения и центра является трудоемкой, но очень важной задачей оптимизации процессов реабилитации больных с последствиями инсульта. Важное значение при этом имеет активное включение в работу психологической службы отделения или центра.

### Литература

1. Модель терапии и психологической диагностики в клинике динамической психиатрии: метод. рекоменд. / М. Аммон, И. Бурбиль, В.Д. Вид и др. – СПб.: СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2004. – 25 с.  
2. Архипов, В.В. Методологические основы ранней психосоциальной реабилитации в неврологической клинике у больных, перенесших инсульт /

В.В. Архипов, В.И. Прокудин // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, Приложение Инсульт. – 2005. – вып. 14. – С. 35–42.

3. Балунов, О.А. Роль семейных взаимоотношений в реабилитации больных, перенесших инсульт: метод.реком. / О.А. Балунов, Т.Д. Демиденко, Е.М. Янковская, А.Ю. Алемасова, Н.Г. Ермакова, Ю.В. Коцюбинская. – СПб, 2000. – 31с.

4. Балунов, О.А. Проблемы семейно-сексуальных отношений больных с последствиями инсульта и их психотерапевтическая коррекция / О.А. Балунов, Н.Г. Ермакова // Качество жизни в психоневрологии: Конф. СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева. – СПб, 2000. – С. 22–24.

5. Белова, А.Н. Шкалы, тесты, опросники в медицинской реабилитации / А.Н. Белова, О.Н. Щепетова. – М.: Антидор, 2002. – 440 с.

6. Белянская, Е.Н. Инсульт. Как жить дальше? / Е.Н. Белянская, Л.В. Краснова. – М.: Изд. Эксмо, 2005, 192 с.

7. Психосоциальные аспекты реабилитации больных с сосудисто-мозговой патологией в условиях поликлинического реабилитационного центра / Богат З.И., Терещенков А.В., Дремлюг А.М. и др. // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1996. – № 5. – С. 102–107.

8. Варако, Н.А. История нейропсихологической реабилитации / Н.А. Варако // Журнал им. Н.И. Склифосовского Неотложная медицинская помощь. – 2014. – №3. – С. 44–49.

9. Гусев, Е.И., Боголепова А.Н. Когнитивные нарушения при цереброваскулярных заболеваниях / Е.И. Гусев, А.Н. Боголепова. – 3-е изд. – М., 2013. – 176 с.

10. Данилов, Д.С. Терапевтическое сотрудничество (комплаенс): содержание понятия, механизмы формирования и методы оптимизации // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2014. – № 2. – С. 4–12.

11. Демиденко, Т.Д. Реабилитация при цереброваскулярной патологии: монография / Т.Д. Демиденко. – Л.: Медицина, 1989. – 208 с.

12. Демиденко, Т.Д. Основы реабилитации неврологических больных / Т.Д. Демиденко, Н.Г. Ермакова. – СПб.: Фолиант, 2004. – 304 с.

13. Ермакова, Н.Г. Применение библиотерапии в процессе восстановительного лечения постинсультных больных // ESSJ (Европейский журнал социальных наук). – 2015. – Т. 1, № 1. – С. 313–320.

14. Кабанов, М.М. Реабилитация психически больных / М.М. Кабанов. – 2-е изд. – Л.: Медицина, 1985. – 216 с.

15. Кабанов, М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия / М.М. Кабанов. – СПб.: СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1998. – 255 с.

16. Кабанов, М.М. Очерки динамической психиатрии. Транскультуральное исследование / под ред. Н.Г. Незнанов. – СПб., 2003. – 438 с.

17. Кадыков, А.С. Шаг за шагом после инсульта: пособие для пациентов и их родственни-

ков / А.С. Кадыков, Л.С. Манвелов, Н.В. Шахпаранова. – М., 2007. – 122 с.

18. Кадыков, А.С. Реабилитация неврологических больных / А.С. Кадыков, Л.А. Черникова, Н.В. Шахпаранова. – М.: Медпресс-информ, 2008. – 560 с.

19. Карвасарский, Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия / Б.Д. Карвасарский. – СПб.: Питер, 2010. – 864 с.

20. Кемпинский, А. Психопатология неврозов: пер. с польск. / А. Кемпинский. – Варшава, 1975. – 399 с.

21. Киселев, В.А. Дифференцированная психотерапия на различных этапах восстановительного лечения постинсультных больных / В.А. Киселев // Восстановительная терапия постинсультных больных: сб. науч. тр. – Л.: ЛНИПНИ им. В.М. Бехтерева., 1974. – С. 45–49.

22. Конечный, Р. Психология в медицине: пер с чешск. / Р. Конечный, М. Боухал. – Прага, 1983. – 405 с.

23. Логунов, К.В. Оценка эффективности лечебных и диагностических методов. – СПб.: СПбМАПО, 1999. – 26 с.

24. Рубинштейн, С.Я. Экспериментальные методы психологии и опыт их применения в клинике / С.Я. Рубинштейн. – 3-е изд. – М.: Изд-во института психотерапии, 2010. – 384 с.

25. Сидоренко, Е.В. Методы математической обработки в психологии / Е.В. Сидоренко. – СПб.: Речь, 2007. – 350 с.

26. Школа здоровья. Жизнь после инсульта. Руководство для врачей / под ред. В.И. Скворцовой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 208 с.

27. Старшенбаум, Г.В. Динамическая психиатрия и клиническая психотерапия / Г.В. Стар-

шенбаум. – М.: Высшая школа психологии, 2003. – 365 с.

28. Шавловская, О.А. Социальная дезадаптация больных, перенесших инсульт, и родственников, ухаживающих и совместно проживающих с больными / О.А. Шавловская // 4-й международный конгресс «НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИЯ-2012», 2012 г.– С. 118–119.

29. Широков, Е.А. Я знаю, как избежать инсульта. – М.: Миклош, 2010. – 144 с.

30. Эйдемиллер, Э.Г. Семейный диагноз и семейная психотерапия / Э.Г. Эйдемиллер, И.В. Добряков, И.М. Никольская. – СПб.: Речь, 2005. – 336 с.

31. Янковская, Е.М. Комплексный подход к психотерапевтическому сопровождению семей больных, перенесших инсульт: автореф. дис. ... канд. психол. наук / Е.М. Янковская. – СПб., 2008. – 25 с.

32. Ястребов, В.С. Специалисты психиатрического коллектива: особенности работы, профессиональное взаимодействие, личностные характеристики и межличностные отношения: методические рекомендации / В.С. Ястребов, О.А. Митина. – М.: МАКС Пресс, 2012. – 28 с.

33. Clark, M.S. Changes in family functioning for stroke rehabilitation patients and their families / M.S. Clark, D.S. Smith // International Journal of Rehabilitation Research. – 1999. – V. 22. – P. 171–179.

34. Koch, U. Handbook der Rehabilitationspsychologie. / U. Koch, G. Lucius-Hoene, R. Stegic. – Berlin: Springer, 1988.

35. Lagnit, W. Rehabilitation in der inneren Medizin / W. Lagnit // Wiener Med. Woch. – 1971. – Jg.121, H.18. – P. 369–374.

36. Rusk, H.A. The rehabilitation of the hemiplegic patient / H.A. Rusk // New Engl. J. Med. – 1950. – 243, 18. – P. 690–693.

**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 19 марта 2016 г.

DOI: 10.14529/psy160206

## PSYCHOTHERAPEUTIC ENVIRONMENT IN THE REHABILITATION OF PATIENTS AFTER STROKE – A FORM OF MILIEU THERAPY

**N.G. Ermakova**, nataliya.ermakova@yandex.ru

The Herzen State Pedagogical University of Russia, St. Petersburg, Russian Federation

The article gives an analysis of research on the formation of the psychological environment in the rehabilitation of patients after stroke. Psychological assistance should be aimed at personnel's training to work with the patients' community and their relatives to create a psychological

environment department (milieu therapy). Psychological care of patients after a stroke is aimed at correcting the relationship to themselves, to the treatment and to the disease, to society; the formation of a positive medical and life perspective. It is analyzed the results of using the individual correction in 84 patients with ischaemic consequences (I69.3 ICD-10) and hemorrhagic stroke (I69.1 ICD-10) in a stationary rehabilitation. After completion of psychological correction program it is marked improvement in patients with mood, self-esteem boost, adherence to treatment. With patients' relatives was conducted family counseling aimed at optimisation their relationships with patients.

*Keywords: clinical (medical) psychology, rehabilitation, stroke, psychological correction, milieu therapy, self-regulation, family therapy.*

### References

1. Ammon M., Burbil' I., Vid V.D., Guseva O.V., Zalutskaya N.M., Lutova N.B. *Model' terapii i psikhologicheskoy diagnostiki v klinike dinamicheskoy psikhiatrii* [Model of Therapy and Psychological Diagnostics in the Clinic of Dynamic Psychiatry]. St. Petersburg, St. Petersburg Psychoneurological Institute named after V.M. Bekhterev Publ., 2004. 25 p.
2. Arkhipov V.V., Prokudin V.I. [Methodological Bases of Early Psychosocial Rehabilitation in Neurological Clinic in Patients with Stroke]. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii im. S.S. Korsakova. Prilozhenie Insul't* [Journal of Neurology and Psychiatry. SS Korsakov. Annex Stroke], 2005, vol. 14, pp. 35–42. (in Russ.)
3. Balunov O.A., Demidenko T.D., Yankovskaya E.M., Alesova A.Yu., Ermakova N.G., Kotsyubinskaya Yu.V. *Rol' semeynykh vzaimootnosheniy v reabilitatsii bol'nykh, perenessikh insul't* [The Role of Family Relationships in the Rehabilitation of Stroke Patients]. St. Petersburg, 2000. 31 p.
4. Balunov O.A., Ermakova N.G. *Problemy semeyno-seksual'nykh otnosheniy bol'nykh s posledstviyami insul'ta i ikh psikhoterapevticheskaya korrektsiya* [Problems of Family and Sexual Relations of Patients with Stroke and Their Psychotherapeutic Correction]. *Kachestvo zhizni v psikhonevrologii* [The Quality of Life in Psychoneurology]. St. Petersburg Psychoneurological Institute named after V.M. Bekhterev Publ., St. Petersburg, 2000, pp. 22–24.
5. Belova A.N., Shchepetova O.N. *Shkaly, testy, oprosniki v meditsinskoj reabilitatsii* [Scale, Tests, Questionnaires in Medical Rehabilitation]. Moscow, 2002. 440 p.
6. Belyanskaya E.N., Krasnova L.V. *Insul't. Kak zhit' dal'she?* [Stroke. How to live ?] Moscow, Eksmo Publ., 2005, 192 p.
7. Bogat Z.I., Tereshchenkov A.V., Dremlyug A.M., Pylina T.M., Kotsovskaya V.Ya., Maslova T.B. [Psychosocial Aspects of Rehabilitation of Patients with Vascular and Cerebral Pathology in the Outpatient Rehabilitation Center]. *Zhurn. nevrologii i psikhiatrii im. S.S. Korsakova* [Journal of the Neurology and Psychiatry Named After S.S. Korsakov], 1996, no. 5, pp. 102–107. (in Russ.)
8. Varako N.A. [History of Neuropsychological Rehabilitation]. *Zhurnal im N.V. Sklifosovskogo Neotlozhnaya meditsinskaya pomoshch'* [Sklifosovsky Journal of Emergency Medical Care], 2014, no. 3, pp. 44–49. (in Russ.)
9. Gusev E.I., Bogolepova A.N. *Kognitivnye narusheniya pri tserebrovaskulyarnykh zabolevaniyakh* [Cognitive Impairment in Cerebral and Vascular Disease]. Moscow, 2013. 176 p. (in Russ.)
10. Danilov D.S. [Therapeutic Cooperation (Compliance): Meaning of Concept, Formation Mechanisms and Methods of Optimization]. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika* [Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics], 2014, no. 2, pp. 4–12 (in Russ.)
11. Demidenko T.D. *Reabilitatsiya pri tserebrovaskulyarnoi patologii*. [Rehabilitation in Cerebral and Vascular Disease]. Leningrad, Meditsina Publ., 1989. 208 p.
12. Demidenko T.D., Ermakova N.G. *Osnovy reabilitatsii nevrologicheskikh bol'nykh* [Basics of the Rehabilitation of Neurological Patients]. St. Petersburg, Foliant Publ., 2004. 304 p.
13. Ermakova N.G. *Primenenie biblioterapii v protsesse vosstanovitel'nogo lecheniya postinsul'tnykh bol'nykh* [The Use of Bibliotherapy in the Process of Rehabilitation Treatment of Patients after Stroke]. *Evropejskij zhurnal sotsial'nykh nauk* [European Social Science Journal], 2015, vol. 1, no. 1, pp. 313–320. (in Russ.)
14. Kabanov M.M. *Reabilitatsiya psikhicheskikh bol'nykh* [Rehabilitation of Psychiatric Patients]. 2nd ed., Leningrad, Meditsina Publ., 1985. 216 p.
15. Kabanov M.M. *Psikhosotsial'naya reabilitatsiya i sotsial'naya psikhiatriya* [Psychosocial Rehabilitation and Social Psychiatry]. St. Petersburg, St. Petersburg Psychoneurological Institute named after V.M. Bekhterev Publ., 1998. 255 p.
16. Kabanov M.M., Neznanov N.G. (Ed.) *Ocherki dinamicheskoi psikhiatrii. Transkul'tural'noe issledovanie* [Essays on Dynamic Psychiatry. Transcultural Study] St. Petersburg, 2003. 438 p.
17. Kadykov A.S., Manvelov L.S., Shakhparanova N.V. *Shag za shagom posle insul'ta (Posobie dlya pacientov i ikh rodstvennikov)* [Step by Step After Stroke. Guide for Patients and their Families]. Moscow, Tovarishestvo nauchnykh izdaniy KMK, avtorskaya akademiya Publ., 2007, 122 p.
18. Kadykov A.S., Chernikova L.A., Shakhparanova N.V. *Reabilitatsiya nevrologicheskikh bol'nykh* [Rehabilitation of Neurological Patients]. Moscow, 2008. 560 p.

19. Karvasarskii B.D. Psikhoterapevticheskaya entsiklopediya [Psychotherapeutic Encyclopedia]. St. Petersburg, Piter Publ., 2010. 864 p.
20. Kempinski A. *Psikhopatologiya nevrozov* [Psychopathology Neuroses]. Varshava, Polish med. Publ., 1975. 399 p.
21. Kiselev V.A. [Differential Therapy at Various Stages of Rehabilitation Treatment of Post-stroke Patients]. *Vosstanovitel'naya terapiya postinsul'tnykh bol'nykh* [Restorative Treatment of Post-stroke Patients]. Leningrad, St. Petersburg Psychoneurological Institute named after V.M. Bekhterev Publ., 1974, pp. 45–49. (in Russ.)
22. Konechnyi R., Boukhal M. *Psikhologiya v meditsine* [Psychology in Medicine], Praga, 1983, 405 p.
23. Logunov K.V. *Otsenka effektivnosti lechebnykh i diagnosticheskikh metodov* [Evaluation of the Effectiveness of Therapeutic and Diagnostic Methods]. St. Petersburg, St. Petersburg Medical Academy of Postgraduate Education Publ., 1999. 26 p.
24. Rubinshtejn S.Ya. *Ehksperimental'nye metody patopsikhologii i opyt ikh primeneniya v klinike* [Experimental Methods Pathopsychology and Experience of their Use in the Clinic]. 3d ed. Moscow, Psychotherapy Institute Publ., 2010. 384 p.
25. Sidorenko E.V. *Metody matematicheskoi obrabotki v psikhologii* [Mathematical Processing Methods in Psychology]. St. Petersburg, Rech' Publ., 2007. 350 p.
26. Skvortsova V.I. (Ed.) *Shkola zdorov'ya. Zhizn' posle insul'ta. Rukovodstvo dlya vrachei* [School of Health. Life after Stroke. Manuel for Doctors]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2008, 208 p.
27. Starshenbaum G.V. *Dinamicheskaya psixiatriya i klinicheskaya psixoterapiya* [Dynamic Psychiatry and Clinical Psychotherapy]. Moscow, Vysshaya shkola psikhologii Publ., 2003, 365 p.
28. Shavlovskaya O.A. *Sotsial'naya dezadaptatsiya bol'nykh, perenesshikh insul't, i rodstvennikov, ukhazhivayushchikh i sovmestno prozhivayushchikh s bol'nymi* [Social Maladjustment Stroke Patients, and Family Members, Caregivers and Living Together with Patients]. 4 *mezhdunarodnyy kongress "NEYROREABILITATSIYA-2012"* [4th International Congress "Neurorehabilitation-2012"], 2012, pp. 118–119.
29. Shirokov E.A. *Ya znayu, kak izbezhat' insul'ta* [I Know How to Avoid a Stroke]. Moscow, Miklosh Publ., 2010, 144 p.
30. Eidemiller E.G., Dobryakov I.V. Nikol'skaya I.M. *Semeinye diagnoz i semeinaya psixoterapiya* [Family Diagnosis and Family Therapy]. St. Petersburg, Rech' Publ., 2005, 336 p.
31. Yankovskaya E.M. *Kompleksnyi podkhod k psikhoterapevticheskomu soprovozhdeniyu semei bol'nykh, perenesshikh insul't*. Avtoref. diss. kand. psikhol. nauk [An Integrated Approach to Psychotherapeutic Support the Families of Patients with Stroke. Abstract of diss. kand. psychol. sci.]. St. Petersburg, 2008, 25 p.
32. Yastrebov V.S., Mitina O.A. *Spetsialisty psixiatricheskogo kollektiva: osobennosti raboty, professional'noe vzaimodeistvie, lichnostnye kharakteristiki i mezhlchnostnye otnosheniya: Metodicheskie rekomendatsii* [Psychiatric Team Specialists: Features Work, Professional Interaction, Personality Characteristics and Interpersonal Relations: Guidelines]. Moscow, MAKS Publ., 2012. 28 p.
33. Clark M.S., Smith D.S. Changes in family functioning for stroke rehabilitation patients and their familie. *International Journal of Rehabilitation Research*, 1999, vol. 22, pp. 171–179. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00004356-199909000-00003>
34. Koch U., Lucius-Hoene G., Steqie R. *Handbook der Rehabilitations psychologie*. Berlin., Springer Publ., 1988.
35. Lagnit W. Rehabilitation in der inneren Medisin. *Wiener Med. Woch.*, Jg.121, 1971, H. 18, pp. 369–374.
36. Rusk H.A. The rehabilitation of the gemiplegie patient. *New Engl. J. Med.*, 1950, 243, 18, pp. 690–693. DOI: 10.1056/NEJM195011022431802.

Received 19 March 2016

#### ОБРАЗЕЦ ЦИТИРОВАНИЯ

Ермакова, Н.Г. Психотерапевтическая среда при реабилитации больных с последствиями инсульта – одна из форм терапии средой / Н.Г. Ермакова // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». – 2016. – Т. 9, № 2. – С. 45–59. DOI: 10.14529/psy160206

#### FOR CITATION

Ermakova N.G. Psychotherapeutic Environment in the Rehabilitation of Patients after Stroke – a Form of Milieu Therapy. *Bulletin of the South Ural State University. Ser. Psychology*. 2016, vol. 9, no. 2, pp. 45–59. (in Russ.). DOI: 10.14529/psy160206