

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ  
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА**

**на тему: ВИКОРИСТАННЯ РАЦІОНАЛЬНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ В  
КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ПОЛУШАРНОГО ІНСУЛЬТУ**

Виконала: студентка II курсу,  
групи 8.0530-з  
спеціальності: 053 Психологія  
освітньої програми: 053 Психологія  
Нерянова Юлія Миколаївна  
Керівник: к.психол.н., доцент кафедри  
психології Грандт В.В.  
Рецензент: к.псих.н., доцент кафедри  
психології Поплавська А.П.

Запоріжжя

2021

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології  
Кафедра психології  
Рівень вищої освіти магістр  
Спеціальність 053 Психологія  
Освітня програма Психологія

**ЗАТВЕРДЖУЮ**

Завідувач кафедри \_\_\_\_\_

к.психол.н., доцент. Н.О. Губа

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2021 р.

**З А В Д А Н Н Я**

**НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ**

Нерянова Юлія Миколаївна

Тема роботи Використання раціональної психотерапії в комплексному лікуванні хворих полушарного інсульту

керівник роботи Грандт В.В. к.психол.н., доцент кафедри психології

затверджені наказом ЗНУ від «30» липня 2021 року № 1137-с

2. Строк подання студентом роботи \_\_\_\_\_

3. Вихідні дані до роботи аналіз психолого-педагогічної літератури.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки теоретично та емпірично дослідити особливості використання раціональної терапії в комплексному лікуванні хворих полушарного інсульту.

5. Перелік графічного матеріалу: 1 таблиця

.

## 6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
Вступ	Грандт В.В., доцент		
Розділ 1	Грандт В.В., доцент		
Розділ 2	Грандт В.В., доцент		
Розділ 3	Грандт В.В., доцент		
Висновки	Грандт В.В., доцент		

7. Дата видачі завдання \_\_\_\_\_

## КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	січень-березень 2021 р.	Виконано
2	Робота над вступом	березень 2021 р.	Виконано
3	Робота над першим розділом	квітень-травень 2021 р.	Виконано
4	Робота над другим розділом	червень-липень 2021 р.	Виконано
5	Робота над третім розділом	вересень 2021 р.	Виконано
6	Написання висновків	жовтень 2021 р.	Виконано
7	Передзахист	листопад 2021 р.	Виконано
8	Нормоконтроль	листопад 2021 р.	Виконано

Студент \_\_\_\_\_ Ю.М. Нерянова

Керівник роботи \_\_\_\_\_ В.В. Грандт

**Нормоконтроль пройдено**

Нормоконтролер \_\_\_\_\_ О.М. Грединарова

## РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 77 сторінки, 1 таблиця, 90 джерел.

Об'єкт: раціональна психотерапія.

Предмет: використання раціональної психотерапії в комплексному лікуванні хворих полушарного інсульту.

Мета: теоретично та емпірично дослідити особливості використання раціональної терапії в комплексному лікуванні хворих полушарного інсульту.

Гіпотези: використання раціональної терапії в комплексному лікуванні хворих знижає рівень депресії та реактивну тривожність, зменшує ризик розвитку повторного інсульту.

Методи дослідження: теоретичні (теоретичний і порівняльний аналіз психолого-педагогічної літератури); емпіричні (спостереження; бесіда; тестування)

Наукова новизна роботи полягає в тому, що був проведений комплексний аналіз теоретичного та емпіричного дослідження особливості використання раціональної терапії в комплексному лікуванні хворих полушарного інсульту.

Отримані в результаті дослідження, можуть застосовуватися психологами-практиками, лікарями та психотерапевтами в організації консультативної, психопрофілактичної і психокорекційної роботи в лікуванні хворих полушарного інсульту.

**РАЦІОНАЛЬНА ПСИХОТЕРАПІЯ, КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ, ХВОРИ, ПОЛУШАРНИЙ ІНСУЛЬТ.**

## SAMMARY

Neryanova Ju. N. The use of rational psychotherapy in the complex treatment of patients with hemispheric stroke.

Master's qualification work: 77 pages, 1 table, 90 sources.

Object: rational psychotherapy.

Subject: the use of rational psychotherapy in the complex treatment of patients with hemispheric stroke.

Objective: to theoretically and empirically investigate the features of the use of rational therapy in the complex treatment of patients with hemispheric stroke.

Hypotheses: the use of rational therapy in the complex treatment of patients reduces the level of depression and reactive anxiety, reduces the risk of recurrent stroke.

Research methods: theoretical (theoretical and comparative analysis of psychological and pedagogical literature); empirical (observation; conversation; testing)

The scientific novelty of the work is that a comprehensive analysis of the theoretical and empirical study of the features of the use of rational therapy in the complex treatment of patients with hemispheric stroke.

The results of the study can be used by practicing psychologists, physicians and psychotherapists in the organization of counseling, psychoprophylactic and psychocorrectional work in the treatment of patients with hemispheric stroke.

RATIONAL PSYCHOTHERAPY, COMPREHENSIVE TREATMENT, PATIENTS, HEMISPHERE STROKE.

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ РАЦІОНАЛЬНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ.....	9
1.1. Теоретичний аналіз психотерапії та її види.....	9
1.2. Основні напрями раціональної психотерапії.....	22
1.3. Критерії ефективного використання раціональної психотерапії в комплексному лікуванні.....	29
РОЗДІЛ 2. ХАРАКТЕРИСТИКА КАРТИНИ ХВОРИХ ПОЛУШАРНОГО ІНСУЛЬТУ.....	43
2.1. Фактори захворювання хворих полушарного інсульту.....	43
2.2. Етапи лікування хворих полушарного інсульту.....	52
РОЗДІЛ 3. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВИКОРИСТАННЯ РАЦІОНАЛЬНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ПОЛУШАРНОГО ІНСУЛЬТУ.....	57
3.1. Методи, методика та процедура дослідження.....	57
3.2. Результати дослідження та їх інтерпретація .....	60
ВИСНОВКИ.....	64
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	67

## ВСТУП

Актуальність дослідження. Гострі цереброваскулярні захворювання та їх найбільш поширена форма – мозковий ішемічний інсульт – посідають перше місце серед причин стійкої інвалідизації дорослого населення більшості країн світу, що обґрунтовує актуальність подальших досліджень, спрямованих на підвищення ефективності реабілітаційних заходів у даного контингенту хворих. Значна соціально-економічна шкода внаслідок мозкового ішемічного інсульту зумовлений не тільки руховими, а й немоторними порушеннями, серед яких слід відзначити постінсультну деменцію та постінсультну депресію. Сьогодні доведено: постінсультна депресія підвищує ризик розвитку повторного інсульту, інфаркту міокарда та самогубства, збільшує період госпіталізації, погіршує когнітивні функції та якість життя як самих пацієнтів, так і членів їх сім'ї та доглядаючих за ними осіб, ускладнює відновлення порушених функцій, знижує соціальну активність та посилює інвалідність, що в сукупності погіршує результат відновного періоду мозкового ішемічного інсульту та диктує необхідність своєчасного виявлення осіб з високим ризиком розвитку постінсультної депресії, а також пошуку нових методів її корекції для підвищення ефективності комплексних реабілітаційних заходів хворих.

Незважаючи на те, що зараз експерти єдині на думці про користь від застосування немедикаментозних засобів для корекції емоційного фону у хворих, які перенесли мозковий ішемічний інсульт, методологічні аспекти реалізації зазначених підходів не конкретизовано. У доступній літературі не виявлено досліджень, присвячених використанню раціональної психотерапії у комплексному лікуванні хворих у ранньому відновлювальному періоді мозкового ішемічного полушарного інсульту.

Отже, організаційна значущість проблеми та її недостатня наукова розробленість зумовили вибір теми нашого дослідження “ Використання

раціональної психотерапії в комплексному лікуванні хворих полушарного інсульту”.

Об'єкт: раціональна психотерапія.

Предмет: використання раціональної психотерапії в комплексному лікуванні хворих полушарного інсульту.

Мета: теоретично та емпірично дослідити особливості використання раціональної терапії в комплексному лікуванні хворих полушарного інсульту.

Гіпотези: використання раціональної терапії в комплексному лікуванні хворих знижає рівень депресії та реактивну тривожність, зменшує ризик розвитку повторного інсульту.

Методи дослідження:

- теоретичні (теоретичний і порівняльний аналіз психолого-педагогічної літератури);
- емпіричні (спостереження; бесіда; тестування)

Згідно з поставленою метою та висунутою гіпотезою було визначено основні завдання дослідження:

1. Теоретично обґрунтувати раціональну психотерапію.
2. Визначити основні напрями раціональної психотерапії.
3. Дослідити картину хворих полушарного інсульту
4. Розглянути фактори та етапи захворювання та лікування хворих полушарного інсульту.
5. Емпірично дослідити використання раціональної психотерапії в комплексному лікуванні хворих полушарного інсульту

Наукова новизна роботи полягає в тому, що був проведений комплексний аналіз теоретичного та емпіричного дослідження особливості використання раціональної терапії в комплексному лікуванні хворих полушарного інсульту.

Практичне значення одержаних результатів роботи полягає в тому, що отримані в результаті дослідження, можуть застосовуватися психологами-



практиками , лікарями та психотерапевтами в організації консультативної, психопрофілактичної і психокорекційної роботи в лікуванні хворих полушарного інсульту.

Надійність і вірогідність дослідження забезпечувалися репрезентативністю вибірки, застосуванням методів, адекватних меті і завданням дослідження, поєднанням кількісного та якісного аналізу, використанням методів математичної статистики.

## РОЗДІЛ 1

# ТЕОРЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ РАЦІОНАЛЬНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ

### 1.1. Теоретичний аналіз психотерапії та її види

Психотерапія займає особливу увагу серед різновидів професійної допомоги особистості. Непростим є питання професійної приналежності психотерапії. У Радянському Союзі психотерапія належала до медичних спеціалізацій. На Заході психотерапія є традиційно напрямом практичної психології. Таке подвійне розуміння діяльності психотерапевта зберігається досі. Діяльність психотерапевта розглядають відповідно до двох його професійних ролей [2]:

- спеціаліста-медика, який здійснює лікування пацієнта за допомогою як психологічного впливу, так і за допомогою специфічних медичних засобів (медикаменти, гіпноз тощо)

- спеціаліста-психолога, покликаного допомагати особистості вижити в різних життєвих та соціальних ситуаціях та орієнтованого на роботу з глибинними смисложиттєвими проблемами клієнта. І тут він користується лише психологічними засобами діяльності.

Звичайно, фахівець із практичної психології може здійснювати психотерапію лише у другому сенсі цього поняття та не має права використовувати медичні засоби. Тому приймемо за вихідне таке твердження. Психотерапія спрямована на глибинне проникнення в особистість та здійснення прогресивних зрушень у її взаємодії зі світом через зміну само- та світосприйняття та передбачає створення умов для повноцінного становлення особистості.

Мета психотерапії - сприяння у становленні повноцінної особистості, здатної займати активну та творчу позицію щодо себе та своєї життєдіяльності, справлятися з травмуючими ситуаціями та переживаннями,

приймати рішення та продуктивно, нешаблонно та гідно діяти у відповідних соціально-культурних умовах [10].

Прийнято виділяти групову та індивідуальну психотерапію.

Індивідуальна психотерапія - це діалог між психотерапевтом та клієнтом для надання психологічної допомоги останньому [11].

У сучасній психологічній літературі склалося кілька підходів, які характеризують співвідношення між психологічним консультуванням та психотерапією [10]:

1) психотерапія та психологічне консультування - це різні за змістом та завданнями види діяльності;

2) психотерапія та психологічне консультування тотожні, мають ідентичні теоретичні та практичні основи, але відрізняються в деталях; психотерапія особистість когнітивна допомога

3) психологічне консультування має справу з міжособистісними проблемами, а психотерапевт - із внутрішньо особистісними.

О.Ф.Бондаренко стверджує, що основні відмінності психологічного консультування від психотерапії виявляються щодо трактування людини як об'єкта дії [9].

У процесі психотерапії люди змінюються разом із їхніми моделями світу.

Сьогодні відомо близько 100 різних психотехнік психотерапії. Усі вони не лише знаходять прихильників, а й дозволяють ефективно надавати психологічну допомогу.

Кожен із різновидів психотерапії спрямований на те, щоб допомогти клієнтам успішно діяти у світі.

Аналіз психотерапевтичної літератури дозволяє стверджувати, що на сьогоднішній день у цій галузі практичної психології не склалося єдиного підходу до виділення основних напрямків психотерапії. Це зумовлено її розглядом як методу лікування (частіше цей підхід зустрічається в

зарубіжній психологічній літературі), то як різновиду психологічної допомоги клієнту.

Так, наприклад, Ю. Г. Дем'янов виділяє такі методи психотерапії, що використовуються в практиці [18]:

- Рациональна психотерапія;
- психоаналітична психотерапія;
- Когнітивно-аналітична психотерапія;
- Психотерапія на основі транзактного аналізу;
- Особистісно-орієнтована психотерапія;
- Гештальт-терапія;
- Аутогенне тренування;
- Емоційно-стресова терапія;
- Групова психотерапія;
- Позитивна психотерапія.

Класифікація моделей психотерапії, як різновиду лікувальних процесів, визначає Х. Ремшмідт. Він пропонує класифікацію моделей психотерапії здійснювати за такими принципами [58]:

- Теоретичної концепції, що лежить в основі психотерапії (психоаналіз, поведінкова психотерапія, когнітивна терапія тощо);
- Організаційних форм лікування (індивідуальна, групова та сімейна терапія);
- Специфікою коригованого розладу (психози, синдром аутизму, невротичні порушення, депресивні стани, синдром страхів, синдром нав'язливості та ін.)

У психологічній літературі також немає одностайності у виділенні основних моделей психотерапії. Так, зокрема, Г. Онищенко, В. Панок виділяють три основні моделі психотерапії. [50]

- Психодинамічну психотерапію, яка орієнтована на психоаналіз;
- Гуманістичну психотерапію та її основні течії - роджеріанська, екзистенційна, гештальт-терапія;

- біхевіоральна (поведінкова) психотерапія.

Дещо відмінний підхід представлений О. Ф. Бондаренком. Він виділяє чотири основні теоретичні підходи до психотерапії [9]:

- Психодинамічний;
- Гуманістичний;
- Когнітивний;
- Поведінковий чи біхевіористський.

*Групова психотерапія* була введена в практику психологічної допомоги в 1932 Дж.Морено, а через 10 років вже існували журнал з групової психотерапії та професійна організація групових психотерапевтів.

Під груповий психотерапією розуміють такий метод психотерапії, у якому одночасно надається допомога кільком клієнтам. Поява групової психотерапії обумовлена, на думку Морено, недостатньою кількістю психотерапевтів та значною економією часу

Першим методом групової психотерапії була психодрама.

У 40-х роках з'являються Т-групи (К.Левін), що передбачають формування міжособистісних відносин та вивчення процесів у малих групах та в їх різновиді - групі сенситивності [50].

Сьогодні ці групи трансформувалися у групи, які розвивають спеціальні вміння та групи особистісного розвитку чи групи зустрічей.

Психотерапевтичні групи - це невеликі тимчасові об'єднання людей під керівництвом психолога чи соціального працівника, які мають спільну мету міжособистісного дослідження, особистісного зростання та саморозкриття.

Це групи, в яких відбувається цілісний глибинний розвиток особистості та самоактуалізація здорової людини, прискорюється процес її психічного дозрівання.

Залежно від загальної мети, група має відносно чітку ієрархічну структуру. Одне з членів психотерапевтичної групи виступає у ролі лідера, інші перебувають у ролі підлеглих. Ця структура може змінюватись в залежності від цілей психотерапії. Загальні цілі разом із потребами окремих

членів групи визначають групові норми, тобто. форми та стиль поведінки всіх учасників групи.

Варто, на думку Лемкуля, відрізнити груповий тренінг та роботу з групою від власне групової психотерапії. Ремшмідт пояснює це так: «Груповий тренінг сконцентрований на подоланні певних порушень поведінки та вимагає високої структурованості (цілеспрямовані вправи, жорсткий терапевтичний план), при груповій психотерапії йдеться про набуття емоційного досвіду та досягнення інтрапсихічних змін, при цьому ступінь структурування малий» [58]

Усі форми групової терапії застосовують переважно вербальні методи, і навіть методи, орієнтовані дію чи біхевіоральні методи. Останнім часом все більшого значення набувають підходи, орієнтовані на діяльність. Вони містять терапевтичні елементи та основні принципи обох зазначених вище методів, але відрізняються від них акцентом на активну діяльність та проведення групових вправ.

Успішність групової психокорекції та психотерапії багато в чому залежить від особистості керівника (тренера групи). Керівник групи виконує, як правило, чотири ролі: експерта, каталізатора, диригента та зразкового учасника. Тобто він коментує групові процеси, допомагає учасникам об'єктивно оцінювати свою поведінку та її вплив на ситуацію; сприяє розвитку подій; вирівнює внески кожного учасника групової взаємодії; відкритий та автентичний.

*Психодинамічний напрямок психотерапії*, за О.Ф.Бондаренком, базується на принципі визначального впливу минулого досвіду на формування світовідчуття, певної манери поведінки людини, її внутрішніх та зовнішніх проблем. Психотерапевт вирішує питання, пов'язані з динамічними аспектами психіки клієнта (мотивами, внутрішніми конфліктами, протиріччями), існування та розвиток яких забезпечують функціонування та розвиток особистісного «Я» [9].

Основною метою психологічної допомоги у класичному психоаналізі є:

- 1) усвідомлення неусвідомленого (мотивів, захисних механізмів, способів поведінки) та прийняття адекватної та реалістичної його інтерпретації;
- 2) посилення Ego-свідомості для вироблення більш реалістичної поведінки.

Позиція та роль психотерапевта у класичному психоаналізі досить жорстко фіксована. О.Ф.Бондаренко виділяє такі основні вимоги до нього: невторчання, відстороненість, нейтралітет та особистісна закритість, уміння та здатність витримувати перенесення та працювати з контрпереносом; тонка спостережливість та здатність до адекватних інтерпретацій [9]. Одна з найважливіших вимог до консультанта - усвідомлення власних проблем, реакцій та їхнього можливого впливу на клієнта. Недарма проходження тривалого та детального курсу психоаналізу є неодмінною умовою професійної підготовки психоаналітика.

Класичний психоаналіз включає 5 базових психотехнік [14]:

- 1) Метод вільних асоціацій, що передбачає породження мимовільних, таких, які випадково спадають на думку, висловлювань, зміст яких може відобразити будь-які переживання клієнта. Для психотерапевта важливі зміст та послідовність висловлювань;
- 2) Тлумачення сновидінь. У сновидіннях відрізняється маніфестований і латентний зміст (останній включає витіснені і неусвідомлювані, втілені в алегоричну форму, переживання). Враховується те, що під час сну послаблюються Ego-захисні механізми та виявляються приховані від свідомості переживання, а також те, що сновидіння – це процес трансформації переживань у більш прийнятну для сприйняття та оволодіння форму;
- 3) Інтерпретація, тобто. тлумачення, пояснення, що включає три процедури: ідентифікацію (позначення, роз'яснення); власне тлумачення та переклад на мову повсякденного життя клієнта;

4) Аналіз опору, що забезпечує усвідомлення клієнтом своїх Ego-захисних механізмів та прийняття необхідності конфронтації за ними;

5) Аналіз перенесення (трансферу). Перенесення є неодмінним атрибутом психотерапії у психоаналізі. Аналіз перенесення сприяє усвідомленню фіксацій, що визначають поведінку та переживання клієнта.

В аналітичній психотерапії Карла Юнга центральне місце посідають такі ідеї: 1) подолання будь-якої односторонності у розвитку особистості, особливо пов'язаної зі схильністю до відстоювання свідомих патернів та ідеалів та заперечення «темної сторони» особистого та суспільного життя; 2) індивідуації як всебічного, повного розвитку самості, що синтезує свідоме та несвідоме.

Сам К. Юнг наголошував на емпіричному, досвідченому характері психотерапії, яку розглядав як різновид освітнього процесу. Він говорив про «загальний невроз віку», а не про хворобу клієнта. Мета психотерапевтичної допомоги - навчити розуміння внутрішнього світу та самопізнання через переживання всієї повноти свого буття, що у перспективі веде до поглиблення повноти гармонійного буття [45].

У цьому напрямі психотерапії відсутня будь-яка фіксація позиції психотерапевта. Він будує свої психотерапевтичні відносини з клієнтом через використання переносу та контрперенесення, прийняття клієнта у роботі з його внутрішнім світом. Важливим моментом є допомога клієнту у розмежуванні усвідомлюваних та неусвідомлюваних інстанцій та встановлення комунікацій між ними.

*Індивідуальна психотерапія Альфреда Адлера (за А. Ф. Бондаренком)* відстоює необхідність сприйняття світу з позиції «системи відліку» клієнта, при цьому не заперечується об'єктивне визначення поведінки, але він вважається менш важливим, ніж цінності, цілі, уявлення, висновки, якими керується людина. Особистість виступає неподільною цілісністю, є інтегральною частиною соціуму. Звідси і велика увага до міжособистісних проблем, і твердження, що вся людська поведінка має цілеспрямований



характер. Почуття неповноцінності, його компенсація та соціальне середовище - ось ті три змінні, результативна сила впливу яких сприяє формуванню в особистості прагнення до значущості та переваги [9].

Адлерівська психотерапія виходить із переконання, що задоволеність життям багато в чому залежить від «соціального інтересу». Здорова особистість - це особистість, здатна до продуктивної активності, яка передбачає соціальні, особистісні почуття та когнітивні припущення.

У Адлерівській психотерапевтичній моделі цілі психологічної допомоги - це зниження почуття неповноцінності, розвиток соціального інтересу, корекція цілей та мотивів з перспективою зміни способу життя [9].

Психологи, які працюють у рамках цього напрямку, прагнуть, перш за все, знайти одну з чотирьох типів помилок у «картині світу» клієнта: недовіру, себелюбство, нереалістичні амбіції та нестачу впевненості. Вихідна позиція психотерапевта - діагностика. Важливе значення для неї має інформація про «сімейне сузір'я» клієнта та його «ранні спогади». Відносини з клієнтом будуються за принципом "контракту"

Техніка психотерапевтичної роботи цього напрямку включає такі процедури: встановлення правильних психотерапевтичних відносин, аналіз та вироблення особистісної динаміки клієнта, заохочення саморозуміння та допомога у переорієнтації.

*Біхевіоральна або поведінкова психотерапія* основною метою має створення нових умов для навчання людини, завдяки чому вона може опанувати свої дії та змінити поведінку

Сьогодні в біхевіоральній психотерапії існують три головні течії: класичне приречення, оперантне приречення і «мультимодальне програмування».

Як зазначає А. Ф. Бондаренко, обумовлення - поняття, що охоплює всю сукупність стимулів поведінки. Розрізняють два види зумовлення: класичне (Павлівське), коли навчання відбувається лише за допомогою поєднання стимулів, та оперантного (скіннерівського), коли навчання проводиться

шляхом вибору стимулу, який супроводжується позитивним (на противагу негативному) підкріпленням [9].

Розрізняють також безумовне навчання, яке відбувається поза спеціально організованими стимулами.

Головна мета біхевіоральної психотерапії - забезпечити нові умови для навчання, виробити нову систему стимулів і на цій основі допомогти опанувати нову поведінку в процесі тренінгу. Людина сприймається як продукт і творець довкілля. Психолог виступає у чітко окресленій ролі вчителя, наставника чи лікаря, який служить соціально-психологічної моделі, взірцем для наслідування, яким він виступає в очах клієнта.

Техніка психотерапевтичної роботи цього напрямку будується на твердженні, що певна поведінка є наслідком певного впливу. Це означає, що невротична (дезадаптивна) поведінка - це результат неправильного навчання. Тому в основу поведінкової психотерапії покладено сукупність прийомів формування нової поведінки (переучування), встановлених шляхом експериментальних досліджень та теоретичних припущень біхевіоризму.

*Гуманістичний напрямок психотерапії* базується на цінності актуальної ситуації, відчуттів та досвіду клієнта, з вірою у його конструктивні сили. Як зазначає Г.Оніщенко, у центрі гуманістичного підходу є людина, її особистість. Але увага приділяється її справжньому, вірі клієнта у свої сили [58].

У рамках цього напрямку розрізняють три основні течії: власне екзистенційну («переживаючу»), центровану на клієнті (роджеріанську) та гештальт-терапію.

Головною метою екзистенційної психотерапії є допомога клієнту у пошуку сенсу життя, усвідомленні своєї особистісної свободи та відповідальності та у розкритті своїх потенцій як особистості у повноцінному спілкуванні. Одночасно завданням екзистенційної психотерапії виступає безумовне визнання особистості клієнта та його долі найважливішим, унікальним явищем, існування якого є самоцінним.

Позиція психотерапевта відзначається розумінням клієнта в семантиці його внутрішнього світу, образу «Я» і реальності. Головна увага приділяється поточному моменту життя клієнта та його актуальним переживанням, як зазначає А. Ф. Бондаренко. Складність позиції психотерапевта у тому, що психолог має вміти поєднувати своє розуміння клієнта із здатністю до конфронтації про те, що називається «обмеженим існуванням» у клієнті [9].

Представники європейської та американської екзистенційної психології заперечують значення будь-яких психотехнік у психотерапії, лише підкреслюють значення процесів розуміння, усвідомлення і прийняття рішень, тобто. тих особистісних дій, які заперечують «методику» психотерапії, не вимагаючи нічого, крім уміння вислуховувати та співпереживати.

К. Роджерс у центр своєї психотерапевтичної практики поставив особистість клієнта, яка відчуває свою безпорадність, закритість для справжнього спілкування тощо. Основною гіпотезою К. Роджерса стало те, що відносини між клієнтом та психотерапевтом є каталізатором, умовою позитивних особистісних змін Роджерс визначає головну мету психологічної допомоги як забезпечення становлення «повністю чинної особистості», допомога особистісному зростанню, завдяки якому людина сама вирішує свої проблеми, а друга мета - створити відповідний «психологічний клімат», терапевтичні відносини. Увага концентрується не так на проблемах людини, але в його особистості [47].

Основна вимога до психотерапевта при цьому - відмовитися від відтворення будь-яких ролей і намагатися бути самим собою.

Структура психотерапевтичного процесу складається із семи етапів [50]:

- 1) заблокованість внутрішньої комунікації, заперечення наявних проблем, відсутність бажання змін;
- 2) самовираження, коли клієнт у атмосфері прийняття починає потроху відкривати свої проблеми, чувства;

3) розвивається саморозкриття та прийняття себе клієнтом у всій своїй складності та суперечливості, обмеженості та незавершеності;

4) розвивається процес ставлення до свого феноменологічного світу як до свого, тобто. долається відчуженість від свого «Я» і, як наслідок, зростає потреба бути самим собою;

5) розвиток конгруентності, самоприйняття та відповідальності, встановлення внутрішньої комунікації, поведінка та самовідчуття «Я» стають органічними, спонтанними. Відбувається інтегрування особистісного досвіду у єдине ціле;

6) особистісні зміни, відкритість собі та світу, клієнт стає конгруентним зі світом і собою, відкритий власним досвідом

Роджеріанський підхід знайшов широке застосування у вирішенні конфліктів, у роботі із підлітками.

Гештальт-психотерапія спрямована на посилення психологічних позицій особистості, розширення особистісної самосвідомості та має яскраво виражену функціональну спрямованість.

Головною метою Гештальт-терапії є допомога людині у повній реалізації свого потенціалу. У ній виділяються допоміжні цілі:

- 1) забезпечення повноцінної роботи актуальної самосвідомості;
- 2) усунення фокусу контролю всередину, заохочення незалежності та самодостатності;
- 3) виявлення психологічних блоків, які заважають зростанню та їх подолання.

А. Ф. Бондаренко зазначає, що у Гештальт-терапії психотерапевт розглядається як «каталізатор», «помічник» та співавтор інтегрованої в єдине ціле, у «Гештальт» особистості клієнта. Психотерапевт намагається уникати безпосереднього втручання у інтимні почуття клієнта, намагається полегшити виявлення цих почуттів [9].

*Когнітивний напрямок психотерапії* почав виділятися в останні десятиліття ХХ століття. Воно пов'язане з розвитком когнітивної психології,

яка приділяє основну увагу пізнавальним структурам психіки, займається особистісними конструктами та логічними здібностями. Когнітивна психотерапія, на думку А.Ф. Бондаренка, поєднує три основні підходи: раціонально-емотивну терапію (РЕТ) А. Елліс, когнітивну терапію А. Бека, реалістичну терапію В. Глассер.

Раціонально-емотивна терапія (РЕТ) передбачає, що джерело психологічних порушень при всій їх різноманітності - система ірраціональних уявлень про світ, засвоюється зазвичай у дитинстві від значних дорослих. Серцевиною емоційних порушень є, як правило, самозвинувачення [18].

Центральним поняттям у РЕТ є поняття «пастка», тобто всі ті когнітивні утворення, які викликають необґрунтовану (невротичну) тривогу, роздратування тощо.

Головною метою психотерапевта є допомога у перегляді системи переконань, норм та уявлень. Окрема мета - звільнитися від ідеї самозвинувачення, формування соціального інтересу, інтересу себе, саморегулювання, толерантності, гнучкості, самоприйняття, здатність до ризику, реалізму тощо.

Позиція психотерапевта – директивна. Він пояснює, переконує. Він - авторитет, який спростовує помилкові судження, вказуючи на їхню неточність, довільність тощо.

Цей психотерапевтичний напрямок знаходить широке застосування серед соціальних працівників, у сімейному консультуванні та на промислових підприємствах.

Когнітивна психотерапія Л.Бека головну увагу приділяє емоційним розладам, зокрема, депресіям. Мета, прийоми роботи та вихідні передумови, на думку А. Ф. Бондаренка, загалом збігаються з РЕТ. Процедура психотерапії полягає у спеціальній організації спілкування з психологом, коли порушуються питання: «Що ти втрачаєш, якщо?..» або «Звідки ти знаєш, що безглуздо спробувати?» і тому подібне. Потім визначається

складніша програма дій, з урахуванням якої встановлюється співробітництво з психологом. Вживаються заходів для зниження рівня самокритики та самозвинувачення, вироблення альтернативних рішень та способів дій. Велике значення має гумор, іронія, за допомогою яких досягається когнітивне зрушення у сприйнятті ситуації [18].

Реалістична терапія призначалася для психокорекційної роботи з молодими правопорушниками з метою навчання відповідальної та реалістичної поведінки у конкретних ситуаціях. Може використовуватися у випадках, коли потрібне нетривале психологічне втручання: у суїцидологічних центрах, у сімейному консультуванні, під час підготовки менеджерів та у різних центрах психологічної допомоги.

Головною метою психотерапії, як зазначає О.Ф. Бондаренко, є допомогти клієнту стати розважливим та емоційно стійким, досягти особистісної незалежності, підвищення рівня самосвідомості та розробити план особистісного вдосконалення [9].

Позиція психотерапевта близька до позиції вчителя. Потрібні такі певні професійні якості: сензитивність, емпатичність, здатність бути вимогливим і виступати моделлю поведінки

Головний інструмент практичної роботи полягає у послідовній реалізації семи кроків спільної з клієнтом роботи, які в сукупності забезпечують досягнення психопедагогічних цілей [9]:

- 1) встановлення відносин з клієнтом (подружитися, прийняти, вміти вислухати та виявити щиру турботу)
- 2) забути про минуле та головну увагу приділяти справжньому поведінці;
- 3) заохочувати клієнта до оцінки своєї поведінки;
- 4) допомогти клієнту у пошуку альтернативних способів дії та виробленні плану, який має бути простим, ясным, конкретним;
- 5) зобов'язати виконати план;
- 6) відмовитися вибачитися;

7) бути жорстким, але не застосовувати покарання

Вибір однієї з психотерапевтичних моделей визначається не лише характером психологічної проблеми, специфікою замовлень клієнта, а й можливостями психотерапевта, часу та місця проведення психотерапії.

## 1.2. Основні напрями раціональної психотерапії

Роз'яснювальну, логічно обґрунтовану терапію важко виділити самостійний метод. Швидше - це зведення загальних принципів взаємовідносин лікаря та хворого. Важко уявити лікаря, який у процесі психотерапії не звертався до розуму хворого, не пояснював у тому чи іншою мірою сутності та можливих причин хворобливого стану, не вказував шляху подолання хвороби. У нашій країні цей метод активно застосовували і пропагували В. М. Бехтерєв, Б. Н. Бірман, В. А. Гіляровський, Ю. В. Каннабіх, С. І. Консторум, А. І. Яроцький та багато інших. ін.

Визнаним основоположником раціональної психотерапії є швейцарський невропатолог Р. Dubois, який вважав, що неврози виникають унаслідок слабкості інтелекту та помилок судження. Природно, що в даний час ці теоретичні побудови не можуть бути прийняті беззастережно. У той же час багато спостережень, висновків і рекомендацій Дюбуа, зроблені ним у напрочуд образній і зрозумілій для хворого формі, мають безперечну практичну цінність. Як приклад можна взяти опис бесіди Дюбуа з хворим, що страждає на безсоння, яке А. М. Свядощ наводить у третьому виданні своєї монографії «Неврози» (1982): «Не думайте про сон,—він летить, як птах, коли за ним женуть ; знищуйте здоровим роздумам ваші порожні турботи і закінчіть день на якійсь простій думці, яка дасть вам спокійно заснути». Інтелектуальна багаторівнева психокорекційна робота лікаря, спрямована на зміну неадекватних відносин хворого до ситуації або ситуації, що викликали захворювання, становить сутність раціональної терапії. Найчастіше

раціональна терапія здійснюється у формі діалогу між лікарем та пацієнтом [23].

Розглядаючи питання про відносини раціональної терапії та інших психотерапевтичних прийомів, Р. Dubois протиставляв «навіювання» і «переконання», вважаючи, що якщо останнє адресується до критики, до розуму хворого, то перше діє в обхід і навіть всупереч їм. У цьому питанні автори схильні певною мірою погодитися з А. П. Слободяником (1978), який вважає, що «в самому переконанні та роз'ясненні вже приховано навіювання» — пряме чи опосередковане [22]. Однак це особливе, усвідомлене навіювання, що спирається на доказ і апелює до логіки хворого.

Основні принципи раціональної психотерапії, детально розроблені Дюбуа, поза сумнівом, повинні входити до структури будь-якого методу лікування. У той же час активна роль інтелектуального (розумного) впливу може істотно змінюватися в залежності як від застосовуваних методів лікування, так і від захворювання, що курується. У будь-якому випадку з самого початку між лікарем та пацієнтом має встановитися надійний зв'язок, заснований на довірі та взаємній симпатії. Якщо РБ будь-яких причин цього зв'язку не виникає, краще відразу знайти делікатний привід для передачі патгішта іншому фахівцю. Вже від результатів першої зустрічі лікарем значною мірою залежить, чи хворий прагнучим до наступних зустрічей, чи повірить у одужання, чи стане свідомо і неухильно виконувати всі призначення та рекомендації, чи перетвориться він на активного помічника лікаря у боротьбі зі своєю недугою.

У процесі систематичного спілкування з хворим лікар послідовно роз'яснює сутність хворобливих симптомів та станів, цим формує критичне ставлення до них. У цих поясненнях необхідно дотримуватися простоти та ясності викладу, доступної для розуміння хворого аргументації, уникаючи ефектних оборотів та спеціальної термінології, а тим більше заяв на кшталт того, що наявні відхилення — «лише плід фантазії». Величезне значення під час проведення раціональної психотерапії мають особистість



лікаря, його авторитет чи, як образно зазначає А. А. Портнов, «ореол, яким оточено його ім'я». З першого відвідування хворий повинен відчувати, що в ньому бачать не «цікавий випадок» [58], а страждає людину, яка потребує допомоги. Особливу роль Дюбуа надавав навіювання хворому впевненості у одужанні, систематичному підкресленні будь-якого, малозначущого факту, що свідчить про позитивну динаміку захворювання. Скарги хворого, хоч би якими численними вони були, потрібно вислуховувати з найбільшим терпінням. "Дати хворому висловитися" - це теж дуже суттєвий терапевтичний прийом. Помилкові і часто помилкові уявлення пацієнта про своє захворювання потрібно критикувати вкрай делікатно, паралельно відзначаючи і правильність окремих суджень, навіть у тому випадку, якщо вони далекі від цього. Дуже важливо помічати сильні сторони особистості та характеру хворого, які, безумовно, можна знайти у кожній людині. Не менш важливо зробити ці сильні сторони надбанням хворого та активно використовувати їх у психотерапевтичному процесі.

Хворі, як правило, схильні розповідати близьким, знайомим, а часом і мало знайомим людям про свій стан та переживання. Психологічне зміст такої «відкритості» полягає у пошуках співчуття та обнадійливої (але не зверхньої) відповіді, що наявне захворювання безпечне. На жаль, таке міжособистісне спілкування в клініці і поза нею не завжди дає позитивні результати, тому потрібно роз'яснювати пацієнтові, що про свою хворобу йому краще всього розмовляти тільки з лікарем. Іноді доцільно залучати при цьому асистентів у складі медичних психологів. Позитивний ефект має і опосередкований раціональний вплив через членів сім'ї та осіб із найближчого оточення. У процесі терапії та одужання необхідно поступово, ступінчасто «віддаляти» від себе хворого, стимулюючи у ньому почуття незалежності від лікаря та впевненості у своєму майбутньому.

Терапевтична ефективність зміни неадекватного ставлення хворого до навколишнього середовища, позитивний вплив стеничної реакції на подолання захворювання, його результат, доцільність функціонального

тренування при роз'яснювальній і переконливій ролі лікаря неодноразово підкреслювалися В. Н. Мясичева, М. С. Лебедінський, К. І. Платоновим, Н. В. Івановим та іншими видними радянськими психотерапевтами. Відомий фахівець та ентузіаст аутогенного тренування А. М. Свядощ (1982) зазначав: «Яким би способом лікар не лікував хворого на невроз, метод переконання завжди матиме значення не тільки для усунення хворобливого симптому, але і для профілактики рецидиву захворювання» [50]. Терапія переконанням і роз'ясненням є складовою сучасної системи аутогенного тренування, граючи у ній більшу чи меншу роль залежно від застосовуваних модифікацій. Незалежно від групового чи індивідуального застосування методу, йому завжди передує співбесіду, спрямовану вивчення особистості хворого та її відносин. У зміст цієї розмови органічно входить вплив роз'ясненням та переконанням, основу якого становить формування критичного ставлення хворого до себе та своїх відчуттів без їхньої переоцінки.

Ретельне об'єктивне неврологічне дослідження хворого, який страждає на невроз, служить фундаментом для авторитетного роз'яснення, що не соматичні (органічні) порушення лежать в основі патологічних симптомів, а емоційна напруга і перенапруга, слідові впливи раніше перенесених психічних травм і переживань. Доцільно в доступній формі пояснити хворому відмінності «органічного» та «функціонального», логічно обґрунтовуючи зв'язки понять «нервово – функціональне – виліковне» [48].

При об'єктивному обстеженні хворого на невроз оцінка стану м'язового тонуусу має не тільки діагностичне, але і психотерапевтичне значення. Важливо вже при першій бесіді звернути увагу пацієнта на часті при таких хворобах напруженість лицьової мускулатури, стислість дихання та уривчастість мови, зміни загального м'язового тонуусу, що виражаються у пожвавленні чи зниженні рефлексів. На цьому тлі пояснення взаємозв'язку нервово-емоційного стану та тонуусу скелетної мускулатури знаходить конкретне (очевидне і для хворого) підкріплення у проявах хвороби у досліджуваної особи. Усвідомлення цього факту сприяє кращому розумінню

пацієнтом терапевтичної значущості тренування розслаблення м'язів та вправ у регуляції м'язового тону. Людині, яка має достатню підготовку, можна навести аналогії з відомих у кібернетиці механізмів прямого та зворотного зв'язку.

Доступне роз'яснення причин невротичних розладів і психофізіологічних процесів, що лежать в їх основі, можна проводити і за допомогою спільного, у тому числі групового, обговорення популярних видань, раніше рекомендованих лікарем до прочитання. Певна духовна зрілість та наявність необхідного мінімуму знань, підготовленість хворого до свідомого сприйняття методики аутогенного тренування становить запоруку успіху терапії, формуючи у пацієнта активне ставлення до лікування та роблячи його співучасником терапевтичного процесу. У свою чергу, активна позиція хворого відкриває перспективи до самовпливу, до розбудови власної особистості, самовпевненості та оптимізації психічних процесів.

Наш досвід показує, що на відміну від чистих форм аутосугестії в методиці аутогенного тренування головну роль відіграє самовпевненість (ауто-дидактика) на основі рефлексивної функції свідомості, що цілеспрямовано розвивається. Це становище обґрунтовується тим, що «зовнішнім» для свідомості, тобто тим, на що воно може активно і перетворююче впливати, є не лише зовнішній світ, а й внутрішнє середовище організму загалом (К. К. Платонов). Основна ж суть рефлексивної функції свідомості полягає у можливості на себе. При повному збереженні ініціативи та самоконтролю цей самовплив робить аутогенне тренування інтелектуальним і вольовим, надзвичайно специфічним у своїй суті процесом, що веде до раціональної розбудови особистості.

Засновником раціональної психотерапії є французький психіатр Поль Дюбуа. Виникла вона на початку ХХ століття, в 1912 році, після виходу його книги «Психоневрози та їх психічне лікування».

Головним принципом раціональної психотерапії є твердження, що для того, щоб позбавити людину захворювання, фахівець повинен

використовувати метод роз'яснення. Логіка та аргументованість висловлювання лікаря є ключовими факторами лікування.

Раціональна психотерапія складається з кількох послідовних кроків, яких слідує лікар, та пацієнт, для найбільш результативного лікування. Ці кроки включають: Вивчення людини і генезу її захворювання; Аргументоване пояснення думки про причину виникнення проблеми, патогенез хвороби та способи позбавлення від неї; Створення індивідуального режиму лікування та зміна відносин; Активування та тренування людини; Закріплення та підтримка вироблених нових відносин та перспективних планів життєдіяльності.

До основних форм і методів раціональної психотерапії відносяться: Переорієнтація – досягнення найбільш стабільних змін в установках людини, що найбільше стосуються її ставлення до захворювання, пов'язаних із змінами в системі її цінностей та виводять її за межі хвороби.

Пояснення та роз'яснення – вони включають пояснення причин виникнення захворювання, його особливостей, які не враховувалися пацієнтом та вважалися незначними. В результаті застосування цього методу картина хвороби стає більш ясна і чітка, що знижує ймовірність впливу додаткових джерел тривоги і відкриває людині можливість більш активно самому контролювати хворобу.

Переконання — корекція як когнітивного, а й емоційного компонента ставлення до хвороби, сприяє переходу до модифікації особистісних установок людини.

Психогогіка - переорієнтація ширшого плану, що створює позитивні перспективи для людини поза хворобою.

Часто люди страждають від впливу на їхнє життя негативних емоцій. Для того, щоб їх позбутися, необхідно застосовувати техніки раціональної психотерапії. Часто раціональна психотерапія також використовується на лікування багатьох видів неврозів і психозів, оскільки причинами цих захворювань є накопичені негативні емоції.

Техніки раціональної психології також показані при образах, спричинених невинуватими очікуваннями. Техніками раціональної психотерапії є [59]:

- Відволікання;
- Рольовий аутотренінг;
- М'язова релаксація.

Багато людей використовують техніку відволікання абсолютно несвідомо. Часто поле травмуючої ситуації вони намагаються забути про неї хоча б на якийсь час, хоч часом зробити це дуже непросто. Метод відволікання дозволяє отримати максимальний ефект при несильних, але негативних подразниках, що постійно впливають. У цьому випадку негативні емоції можуть накопичуватися поступово, що часто призводить до нервових зривів та неврозів.

Для того, щоб відволіктися від неприємної ситуації, фахівці рекомендують [48]:

- Фізичну активність - біг, футбол, стрибки;
- Естетотерапію - відвідування художніх виставок, читання класичної літератури, похід до театру;
- Відвідування рідних та близьких;
- Відпочинок на природі – прогулянка лісом, риболовля, відпочинок біля моря.

Якщо вплив негативних факторів був надто тривалим, рекомендується зміна обстановки, по можливості потрібно взяти відпустку та виїхати у подорож. Під час застосування рольового аутотренінгу, людина має приміряти на себе роль спокійної та веселої людини, яку нічого не турбує. Дана техніка добре допомагає як профілактика майбутніх конфліктних та стресових ситуацій. Однак її результат може відчути лише людина, яка має артистизм. Для того, щоб увійти в роль, необхідно вибрати собі підходящий ідеал. Зразком може стати чи реальна людина, чи герой якогось фільму.

Однак не варто забувати, що для того, щоб за допомогою цього методу залишатися спокійним у різних ситуаціях, необхідне попереднє тренування.

М'язова релаксація – це техніка, яка також називається аутогенним тренуванням. Вона має особливу популярність у психотерапевтів. Часто люди використовують цю техніку самостійно під час вирішення своїх проблем [21].

Головне завдання цієї техніки полягає в максимальному розслабленні з одночасним навіюванням тих чи інших відчуттів, а також навчання управління функціонування внутрішніх органів. Миттєва м'язова релаксація дозволяє швидко позбавлятися нервової напруги.

### **1.3. Критерії ефективного використання раціональної психотерапії в комплексному лікуванні**

Наростаюча тенденція інтеграції психотерапії в загальну медицину і перетворення її на загальномедичну спеціальність загострює питання ефективності психотерапії — передумови, критерії та методи її оцінки.

Вимога розробки критеріїв та методів Ефективного використання психотерапії стає дедалі актуальнішим у зв'язку з випереджаючим розвитком методів, організаційних форм психотерапії, збільшенням числа фахівців-психотерапевтів у системі охорони здоров'я. Організатори психотерапевтичної служби, зазначає Шкода (Skoda Z., 1979), дедалі частіше трапляються із проблемою оцінки корисності, доцільності та ефективності коштів, виділених із фондів охорони здоров'я для охорони психічного здоров'я. Цікаво відзначити, що ця проблема стає дуже значущою і за кордоном. Так, Хайн та ін. (Hine F. et al., 1982) у статті, присвяченій проблемам ефективності психотерапії, посилається на рішення фінансової комісії Конгресу США змінити порядок фінансування психотерапевтичного

обслуговування населення шляхом заохочення лише тих напрямів психотерапії, що базуються на наукових оцінках її ефективності [52].

Щоб показати всю складність цієї проблеми, наведемо основні передумови для її вирішення за даними різних авторів (Карвасарський Б. Д., 1985; Stokvis B., 1959; Kratochvil S., 1976; Leder S. et al., 1982).

1. Щоб оцінити ефективність психотерапії, потрібно передусім чітко визначити метод, з допомогою якого здійснюється. У практичній же роботі найчастіше йдеться про психотерапію взагалі, не про один, а про групу методів, різні їх комбінації — раціональну психотерапію і гіпноз, гіпноз і аутогенне тренування і т. д., оскільки твердження в практиці роботи психотерапевта «комплексного» підходу сприяє все ширшому застосуванню поєднань різних методів.

2. При кваліфікованому використанні того чи іншого методу має бути дотримана певна техніка. Очевидно, що це одночасно вимога до якості підготовки, досвіду, кваліфікації психотерапевта, що не завжди враховується. І метод аутогенного тренування, і метод групової психотерапії «в руках» психотерапевтів з різним ступенем кваліфікації, звичайно, дадуть різні результати.

3. Кількість пацієнтів, лікованих за допомогою даного методу, має статистично значущою. У той самий час під час використання деяких систем психотерапії йдеться частіше про окремих пацієнтів, які піддавалися багатомісячному і навіть багаторічному впливу психотерапії.

4. Вивчення ефективності слід проводити на гомогенному матеріалі. Зазвичай маються на увазі групи хворих, які включають первинних пацієнтів і тих, кому до цього часу не допомагали ніякі інші методи лікування, хворих на амбулаторні та госпіталізовані, з гострим та затяжним перебігом тощо.

5. Група пацієнтів, створювана для Ефективного використання психотерапії, має формуватися методом випадкової вибірки. З етичної точки зору це можливо в тому випадку, коли кількість хворих наперед перевищує реальні можливості забезпечити їх психотерапевтичною допомогою.

6. Ефективного використання психотерапії не повинна проводитися тією особою, яка здійснює лікування, тут потрібний незалежний спостерігач. Ця вимога дуже важлива, тому що при цьому елімінується вплив на оцінку ставлення пацієнта до лікаря; можна припускати, що хворий більш широко оцінюватиме ефективність лікування.

7. Доцільно, щоб незалежний спостерігач не знав про психотерапевтичний метод, що застосовувався, щоб його власне ставлення до цього методу не впливало на оцінку. Використання магнітофонних записів психотерапевтичних розмов дозволило б також виключити впливом геть оцінку типу поведінки пацієнта під час психотерапії тощо.

8. Повинна враховуватися особистісна структура психотерапевта, ступінь виразності в нього якостей, які використовуються прогнозування успішності психотерапії (за даними літератури).

9. Необхідно враховувати особистість хворого, ступінь виразності в нього рис, особливостей, відомих як прогностично сприятливі чи несприятливі щодо психотерапії.

10. Має значення установка хворого на той чи інший вид психотерапії, сформована у нього, зокрема, попередніми зустрічами з психотерапевтами та тими чи іншими методами психотерапії.

11. З метою об'єктивності необхідне порівняння безпосередніх та віддалених результатів лікування. Ця умова особливо важлива, коли йдеться про оцінку ефективності застосування особистісно-орієнтованої (реконструктивної) психотерапії Карвасарського, Ісуріної, Ташликова.

12. Число повторно досліджених хворих у катамнезі має бути репрезентативним по відношенню до всього контингенту тих, хто лікувався; таких хворих має бути не менше 90% від загальної кількості.

13. Оцінка в катамнезі повинна виходити не тільки від лікаря, бажано незалежного оцінювача (так звані об'єктивні дані), а й від хворого (суб'єктивні показники).



14. Необхідно враховувати особливості життя хворого після закінчення лікування, можливі впливи (позитивні чи негативні) на результат терапії найближчого оточення пацієнта (родина, виробництво тощо).

15. Для об'єктивного катамнезу необхідна своя контрольна група хворих, оскільки зміни у стані пацієнтів, лікованих за допомогою психотерапії, могли з часом відбуватися і поза лікуванням.

16. Повинні бути враховані ті цілі та завдання, зумовлені клінічною специфікою захворювання та теоретичними передумовами, які прагнуть реалізувати психотерапевт за допомогою методу, що ним застосовується. [52]

Перелік можливих передумов, необхідних для об'єктивного Ефективного використання психотерапії, можна було б продовжити. Наприклад, при створенні гомогенних порівнюваних груп важливо враховувати місцевість, з якої прибув лікування хворий (ступінь інтеграції у ній психотерапії, популярності психотерапевтів тощо. буд.).

У психотерапевтичній практиці облік всіх цих моментів скрутний, проте психотерапевт повинен пам'ятати про значення їх під час вирішення завдань, що з об'єктивною оцінкою ефективності цієї чи іншої психотерапевтичного методу.

У міру дедалі більшого використання методу групової психотерапії здавалося, що вже сам собою зовнішній, більш «відкритий» характер лікування в групі, що передбачає взаємодію щодо великої кількості учасників, на відміну від «камерності» діадного контакту «лікар-хворий», надає можливості спостереження, наслідки якого впливають протягом психотерапевтичного процесу значно меншою мірою, ніж за індивідуальної психотерапії.

У той же час у плані Ефективного використання психотерапії зазначені переваги стосовно групової психотерапії значною мірою нейтралізуються тим, що розширення діапазону інтерперсональної взаємодії в умовах групи серйозно ускладнює можливості контролю над змінними, що вивчаються. Ще важливіша та обставина, що включення до цього процесу

групи як соціально-психологічної цілісності тягне у себе необхідність урахування низки якісно нових змінних, іманентних групі як і відсутніх у діадному контакті. Додаткові труднощі обумовлені тим, що групова психотерапія є в першу чергу лікувальним процесом, отже, оцінка його кінцевих результатів має завжди індивідуалізований характер, нерозривно пов'язана з клінічними аспектами оцінки змін, що відбуваються в людині, і внаслідок цього вимагає постійного співвіднесення трьох дослідницьких площин — клінічної, індивідуально-психологічної та соціально-психологічної.

Визнання цього нерозривного зв'язку ставить під сумнів обґрунтованість та доцільність прийнятого поділу робіт у цій галузі на дослідження процесу та ефективності психотерапії. Аналіз літератури останніх років, переважно зарубіжної, присвяченої вивченню груповий психотерапії, показує, що здебільшого результати, отримані дослідниками, непорівнянні між собою. Причиною цього є не лише відмінності в теоретичних підходах авторів до розуміння ними цілей, завдань і механізмів терапевтичного процесу, а й, насамперед, недостатньо чітке визначення критеріїв ефективності, а отже, недостатньо обґрунтований вибір змінних, що вивчаються. Цей розрив між процесуальною та результативною сторонами групової психотерапії веде до того, що дослідженню піддаються або параметри, довільно встановлені авторами відповідно до їхньої теоретичної орієнтації, або феномени, які є об'єктом традиційного аналізу в соціальній психології, терапевтична значущість яких, проте, спеціально не вивчається. Як найпростіший приклад можна вказати на проблему чисельності та складу психотерапевтичної групи. Прийнято вважати (відповідно до даних соціальної психології малих груп), що оптимальною кількістю є 10-12 осіб і що група має бути гетерогенною в усіх відношеннях, крім нозологічного складу. Однак у літературі відсутні вказівки, чи для кожного пацієнта такі умови є оптимальними. Те ж саме можна сказати про тематику групових дискусій, тип активності, характер інтеракції та ін.

Не підлягає сумніву, що вибір критеріїв ефективності психотерапії безпосередньо визначається її цілями, що в свою чергу впливають з прийнятої теоретичної концепції. Більшою мірою це стосується оцінки ефективності особистісно-орієнтованих систем психотерапії, у тому числі особистісно-орієнтованої (реконструктивної) психотерапії Карвасарського, Ісуріної, Ташликова.

На переконання переважної більшості фахівців, лише критерій симптоматичного поліпшення не є надійним при визначенні безпосередньої ефективності і стійкості психотерапії, хоча суб'єктивно переживається хворим (і при можливості об'єктивно реєструється) клінічне симптоматичне поліпшення є, безсумнівно, важливим критерієм Ефективного використання психотерапії. Клінічний досвід із застосуванням широких катамнестичних даних переконливо свідчить про необхідність залучення для Ефективного використання психотерапії певних соціально-психологічних критеріїв. До них належать: ступінь розуміння пацієнтом психологічних механізмів хвороби та власної ролі у виникненні конфліктних та травмуючих ситуацій, у тому числі у розвитку своїх неадаптивних реакцій; зміни у відносинах та установках; поліпшення соціального функціонування та ін.

Критерії ефективності психотерапії повинні відповідати таким умовам. По-перше, досить повно характеризувати зміни в клінічній картині та адаптації пацієнта з урахуванням трьох площин розгляду терапевтичної динаміки [18]:

- 1) соматичної,
- 2) психологічної,
- 3) соціальним.

По-друге, вони повинні не тільки дозволяти проводити оцінку з погляду об'єктивного спостереження, а й включати суб'єктивну оцінку з позиції самого пацієнта. І по-третє, ці критерії мають бути досить незалежними один від одного [18].

Для оцінки ефективності особистісно-орієнтованої (реконструктивної) психотерапії Карвасарського, Ісуріної, Ташликова при неврозах можна використовувати кілька критеріїв, які певною мірою можуть розглядатися і як показники глибини лікування. При проведенні психотерапії на першому етапі досягається певний ступінь розуміння хворим зв'язку між наявною симптоматикою та невротичним конфліктом, між симптоматикою та власними проблемами. Зміни (в очікуваному напрямку) ступеня розуміння хворим на психологічні механізми його захворювання прийняті як перший з додаткових соціально-психологічних критеріїв оцінки ефективності лікування. На наступному етапі психотерапії перебудовуються відносини хворого, внаслідок чого він набуває більшої здатності до сприйняття нового реального досвіду та більш адекватних способів реагування. Зазвичай ця перебудова захоплює сферу як міжособистісних відносин, а й відносин хворого себе, призводячи до зменшення розриву між ідеальними і реальними уявленнями себе. Об'єктивно реєстровані (спостерігаються оточенням) параметри, що характеризують ступінь відновлення порушених відносин особистості, т. е. зміни у поведінці, контакти з людьми, життєвих планах, цілях, розглядаються як другий критерій. На останньому етапі психотерапії відбувається реалізація хворим на новий досвід, нових стереотипів поведінки, перебудованих відносин. Це призводить до нормалізації соціального функціонування хворого на роботі, у суспільстві, у сім'ї. Як третій критерій використовується суб'єктивно і об'єктивно (у тому числі катамнестично) визначається ступінь нормалізації соціального функціонування в різних сферах діяльності.

Зростає інтерес до розробки критеріїв та методів Ефективного використання психотерапії при низці інших захворювань. Так, Б. М. Гузіков (1982) пропонує оцінювати ефективність психотерапії (зокрема, у груповій формі) при алкоголізмі за допомогою наступних чотирьох критеріїв: ступінь подолання пацієнтом анозогнозії: це і нездатність визнати себе хворим на алкоголізм, і небажання лікуватися тощо. .; ступінь об'єктивності оцінки

хворим своїх особистісних особливостей, здатність до відновлення самоповаги та ін; ступінь соціально-психологічної реадaptaції, що визначається характером відновлення порушених сімейних, виробничих та інших відносин пацієнта; тривалість ремісії. Автором підкреслюється велика надійність Ефективного використання психотерапії при алкоголізмі з урахуванням використання всіх зазначених критеріїв [25].

У дослідженнях В. М. Воловика (1979) та його колег аналізуються питання ефективності психотерапії у системі лікувально-реабілітаційних впливів у хворих з малопрогредієнтними формами шизофренії. На додаток до клінічного тут також виступають психологічний та соціальний критерії, змістовні аспекти яких, природно, визначаються цілями індивідуальної та групової психотерапії. Основними напрямками психотерапевтичного втручання тут є [10]:

- 1) суб'єктивна оцінка хвороби та ставлення до лікування;
- 2) наявність труднощів та конфліктів у інших значних сферах відносин особистості та рівень їх усвідомлення;
- 3) спотворення соціальної перцепції, самооцінки та рівня домагань;
- 4) недолік індивідуального досвіду та наявність вдруге засвоєних форм поведінки, що дезадаптує хворого.

Значно ускладнилося поняття ефективності психотерапії при соматичних захворюваннях. Серед критеріїв психотерапії та реабілітації цих хворих виділяються: медичний (що включає фізичний), психологічний, професійний та соціально-економічний.

Методи дослідження ефективності психотерапії повинні давати можливість отримання чисельних показників аналізованих критеріїв, реєстрації змін, що відбуваються в процесі лікування, за кожним із них, статистичного аналізу отриманих з їх допомогою результатів.

Наводимо як приклад комплекс методик, розроблених з урахуванням прийнятої та описаної вище системи з чотирьох критеріїв для Ефективного використання психотерапії при неврозах (Карвасарській Б. Д., Ледер С.,

1990). Основою для Ефективного використання психотерапії хворих на неврози служила клінічна шкала, представлена в чотирьох градаціях і відображає динаміку поліпшення щодо кожного із зазначених вище критеріїв. Ця шкала може бути використана як за звичайної клінічної оцінки лікарем результатів проведеної терапії, так і в різних клініко-психологічних методиках.

Поряд із клінічною шкалою для обліку ступеня симптоматичного поліпшення можуть застосовуватись різні оціночні шкали. Так, опитувальник Олександровича (Aleksandrowicz J. W., 1977) включає пункти, що належать до різноманітних невротичних розладів. Ступінь вираженості симптоматики оцінюють у балах (від 0 до 3). Для кожного пацієнта отримані оцінки підсумовуються та підраховується кількість відповідей у кожному з чотирьох розрядів (1 – симптоматика проявляється часто або характеризується вираженою інтенсивністю, 2 – симптоматика проявляється досить часто або характеризується значною інтенсивністю, 3 – симптоматика проявляється рідко або характеризується слабкою інтенсивністю, 4 – симптоматика Відсутнє) [35]. Дослідження проводять на початку та наприкінці лікування. Порівняння отриманих величин дозволяє віднести зміни у симптоматиці до таких категорій оцінки ефективності, як значне покращення, незначне поліпшення, без змін, погіршення. Цікавим є питання про те, які групи симптомів спочатку домінують у клінічній картині хворого і які зазнають змін у процесі лікування. Опитувальник дозволяє оцінити наявність та динаміку п'яти симптомокомплексів: obsesивно-фобічних розладів, емоційних порушень, соматичних розладів, перцептивно-гностичних та особистісних порушень.

Для визначення динаміки усвідомлення психологічних механізмів хвороби у процесі психотерапії хворих на неврози на додаток до клінічного методу використовуються клініко-психологічні шкали та проєктивні методики. Ступінь усвідомлення та розуміння хворим на психологічні механізми свого захворювання може оцінюватися за допомогою

опитувальника, що складається з трьох частин, розробленого в клініці неврозів Інституту психіатрії та неврології у Варшаві. Перша частина - це шкала для вимірювання ступеня розуміння пацієнтом зв'язку між вираженістю наявних у нього розладів, ситуацією та способом переживання: пацієнт повинен вибрати з переліку пропонованих висловлювань те, що відображає його розуміння причин періодичного посилення симптоматики. Кожна відповідь має певну вагу, що враховує ступінь усвідомлення, представлену у зазначених вище пунктах опитувальника. У процесі лікування відбувається зміна частоти вибору відповідей, що відбиває ступінь усвідомлення. Якщо до початку лікування переважають відповіді типу: «симптоматика посилюється внаслідок зміни погоди», «без видимих причин», то до кінця лікування найчастіше називаються такі: «у деяких важких для мене ситуаціях», «внаслідок переживання мною таких почуттів, як невпевненість, образа, агресивність тощо». Друга частина опитувальника є шкалою, призначеною для вимірювання ступеня розуміння пацієнтом зв'язку між виникненням невротичних порушень і різними факторами. Пацієнт має обрати висловлювання, що відбивають його розуміння виникнення невротичних порушень. У процесі лікування відбувається зміна ступеня усвідомлення хворим психологічних механізмів свого захворювання - від нерозуміння ролі психогенних факторів у виникненні неврозу (у кращому випадку визнається зв'язок між його симптомами і неспецифічною напругою) до усвідомлення специфічного змістовного або адаптивного характеру симптомів, повного усвідомлення ролі власних особистісних проблем у виникненні типових для хворого конфліктних ситуацій та розуміння їхнього генезу. Третя частина опитувальника є переліком основних емоційно-особистісних проблем при неврозах. Найчастішими з них, що відзначаються самими хворими, є: конфлікт між потребою підпорядковуватися і домінувати, конфлікт між залежністю та незалежністю, конфлікт між потребою досягнення і страхом невдач і розбіжність між рівнем домагань та рівнем досягнень, а також конфлікти, пов'язані з неадекватною

нормативністю. У процесі лікування пацієнти повніше ідентифікують свою конфліктну проблематику і надають їй все більшого значення причиною виникнення невротичних розладів. Виділені до кінця лікування хворим проблеми порівнюються з даними про ці проблеми, отриманими від лікаря. Таке зіставлення дає змогу визначити рівень усвідомлення пацієнтом своїх невротичних проблем. Правильне ж розуміння ним своєї проблематики сприяє її конструктивній інтелектуальній та емоційній переробці, що призводить до зниження рівня нервово-психічної напруги та, як наслідок цього, до редукування симптоматики.

Встановлення ступеня реконструкції порушених особистісних відносин хворого у процесі психотерапії може здійснюватися з допомогою проєктивних методів (незакінчених пропозицій та інших.), семантичного диференціала Осгуда, методу Люшера, методики Q-сортування, міжособистісної методики Лірі. Динаміка самооцінки (ідеальні та реальні уявлення про себе), ставлення до інших, до свого захворювання відбивають процес реконструкції особистості. Для вивчення ставлення до лікування може бути використаний опитувальник, що містить 22 висловлювання, що характеризують різноманітну мотивацію до лікування: установка на досягнення усвідомлення, на зміну поведінки, на досягнення симптоматичного поліпшення, «вторинного виграшу» від хвороби, інша мотивація (наприклад, власна концепція хвороби, бажання лікуватися сучасними методами та ін.). Якщо початку лікування в хворих переважає установка досягнення симптоматичного поліпшення, на пасивне отримання допомоги, то процесі психотерапії спостерігається істотна динаміка, саме формуються установки, створені задля досягнення усвідомлення і зміна поведінки. Будучи первинними результатами психотерапії, такі установки надалі забезпечують її ефективність.

Про ступінь відновлення повноцінного соціального функціонування хворого можна побічно судити зі зміни його поведінки у відділенні (виконання обов'язків із самообслуговування, участь у трудовій терапії,



позитивний вплив на інших хворих), а також, що більш показово, у катамнезі, оцінюючи динаміку його виробничих показників, соціальних зв'язків та інших життєвих характеристик. Додаткову інформацію може представляти спеціальна анкета, що відображає ступінь задоволеності пацієнта своїм функціонуванням у різних сферах життя (родина, робота та суспільство).

Використання цієї системи оцінок дозволяє не тільки отримувати цілісне уявлення про результати лікування пацієнта, а й прогнозувати їхню стійкість, а також визначати реальні терапевтичні завдання та оптимальні психотерапевтичні методи для різних категорій хворих на неврози.

Зрозуміло, для оцінки змін у стані хворих на неврози та інші захворювання за критеріями симптоматичного поліпшення, психологічним та соціально-психологічним критеріям може застосовуватися широкий спектр методик, спеціально розроблених з урахуванням даного захворювання, його природи та механізмів, — клінічні шкали, психологічні, соціально-психологічні, психофізіологічні, фізіологічні методики тощо.

Необхідно лише підкреслити, що виявлення динаміки в стані хворого за допомогою психологічних методів вимагає застосування при повторних дослідженнях подібних методик, які за змістом і формою пред'явлення відрізняються, однак, від початкових, щоб зменшити (якщо не виключити) спотворення, викликані набуттям навичок у виконанні завдань.

У випадках застосування експериментально-психологічних методик для ефективного використання виходять із звичайного для психодіагностики принципу відмінності вибірки хворих від нормальної вибірки, а також з того, що в міру поліпшення стану пацієнтів психологічні показники наближаються їх до показників норми. Тому основна увага акцентується на різниці середніх показників психологічних методик, отриманих на початку, у процесі та наприкінці лікування. Багатьма авторами, особливо за тривалої (протягом місяців, котрий іноді років) терапії, динамічно вивчаються з допомогою тих

самих психологічних методик і контрольні групи хворих, які піддавалися лікувальному впливу.

При Ефективного використання психотерапії хворих на неврози, психічні та інші захворювання можуть використовуватися відносно більш об'єктивні психофізіологічні методи (Мягер В. К., 1971; Карвасарський Б. Д., 1990). Встановлено, що поліпшення стану хворого супроводжує нормалізація (або тенденція до неї) психофізіологічної реактивності, обумовлена перебудовою його ставлення до передусім патогенних умов та впливів. Для визначення ефективності переважно симптоматичних психотерапевтичних методів реєструються зміни вегетативно-соматичних, фізіологічних та психічних функцій (Платонов К. І., 1962; Буль П. І., 1974; Свядош А. М., 1976; Чугунов В. С., Васильєв В. Н., 1984; Вассерман Л. І., 1989; Гаренкова Н. І., 1995, та ін).

Очевидно, що необхідність урахування зазначених вище передумов, критеріїв, результатів досліджень за допомогою адекватних цим критеріям методів (а в кінцевому рахунку - безлічі найрізноманітніших змінних) для Ефективного використання психотерапії створює майже непереборні труднощі під час вирішення цієї проблеми. Певний вихід багато авторів бачать у можливостях, що відкриваються при використанні все більш складних програм багатовимірної статистики із застосуванням сучасної комп'ютерної техніки. У той самий час не припиняються спроби ретельного аналізу окремих спостережень, зокрема у процесі груповий психотерапії, розробки спеціальної методології такого аналізу, з використанням складних статистичних методів.

За всієї проблеми Про. п. подальша розробка теоретичних та практичних аспектів цієї проблеми завжди вимагатиме врахування своєрідності природи, клініки та механізмів розвитку хвороби, використовуваних методів лікування та тих цілей, які прагнуть реалізувати за їх допомогою.

При всій зазначеній вище складності об'єктивної оцінки ефективності психотерапії при прикордонних психічних розладах основним є облік своєрідності хвороби, співвідношення психогенного та фізіогенного у клінічних проявах та механізмах розвитку хвороби, використовуваних методів психотерапії та тих цілей, які прагнуть реалізувати за їх допомогою.

## РОЗДІЛ 2.

### ХАРАКТЕРИСТИКА КАРТИНИ ХВОРИХ ПОЛУШАРНОГО ІНСУЛЬТУ

#### 2.1. Фактори захворювання хворих полушарного інсульту

В останні роки кількість випадків такого небезпечного захворювання, як інсульт, значно зросла у всьому світі. Медики вважають, що однієї причини цього немає, шукати потрібно цілий комплекс проблем, який призводить до виникнення цієї хвороби, що часто стає причиною інвалідності та смерті. На рівень захворюваності впливають [31]:

- спосіб життя,
- наявність стресів,
- погана екологія,
- зайва вага,
- неправильне харчування,
- малорухливий спосіб життя,
- хронічне захворювання;
- численні шкідливі звички.

Для тих людей, кого хвилює проблема інсульту, причини та профілактика його, важливо зрозуміти, що захиститись від цієї хвороби можна! Але лише за комплексного дотримання всіх заходів профілактики.

Потрібно постаратися усунути максимум причин, що сприяють виникненню проблеми.

Інсульт - гостре порушення мозкового кровообігу, що характеризується раптовою (протягом декількох хвилин, годин) появою осередкової та/або загальномозкової неврологічної симптоматики, яка зберігається більше 24 годин [33].

До інсультів відносять інфаркт мозку, крововилив у мозок та субарахноїдальний крововилив, що мають етіопатогенетичні та клінічні відмінності. З урахуванням часу регресії неврологічного дефіциту особливо виділяють минуші порушення мозкового кровообігу (неврологічний дефіцит регресує протягом 24 годин, на відміну від власне інсульту) і малий інсульт (неврологічний дефіцит регресує протягом трьох тижнів після початку захворювання).

#### *Види інсульту*

Існує три основні види інсульту: ішемічний інсульт, внутрішньомозковий та субарахноїдальний крововилив. Внутрішньомозковий та (не у всіх класифікаціях) нетравматичні підболочкові крововиливи відносяться до геморагічного інсульту. За даними міжнародних багатоцентрових досліджень, співвідношення ішемічного та геморагічного інсультів становить у середньому 4:1-5:1 (80-85% та 15-20%).

- Ішемічний інсульт чи інфаркт мозку. Найчастіше виникає у хворих старше 60 років, які мають в анамнезі інфаркт міокарда, ревматичні вади серця, порушення серцевого ритму та провідності, цукровий діабет. Велику роль розвитку ішемічного інсульту грають порушення реологічних властивостей крові, патологія магістральних артерій. Характерно розвиток захворювання на нічний час без втрати свідомості.

- Геморагічний інсульт. У науковій літературі терміни «геморагічний інсульт» і «нетравматичний внутрішньомозковий крововилив» або вживаються як синоніми, або до геморагічних інсультів, поряд із внутрішньомозковим, також відносять нетравматичний субарахноїдальний крововилив.

- Внутрішньомозковий крововилив — найпоширеніший тип геморагічного інсульту, що найчастіше виникає у віці 45—60 років. В анамнезі у таких хворих — гіпертонічна хвороба, церебральний атеросклероз або поєднання цих захворювань, артеріальна симптоматична гіпертензія,

захворювання крові та ін. Зазвичай інсульт розвивається раптово, вдень, на тлі емоційного чи фізичного перенапруги [36].

Субарахноїдальний крововилив (крововиливи в субарахноїдальний простір). Найчастіше крововилив відбувається у віці 30-60 років. Серед факторів ризику розвитку субарахноїдального крововиливу називаються куріння, хронічний алкоголізм та одноразове вживання алкоголю у великих кількостях, артеріальна гіпертензія, надмірна маса тіла.

Це небезпечне захворювання має кілька причин. Їх усе можна розділити на великі групи – залежні від людини і обумовлені незалежними причинами.

Від волі людини не залежать такі фактори ризику [51]:

- Інсульт в анамнезі (чи кілька).
- Обтяжена спадковість.
- Стать – чоловіки у кілька разів частіше уражаються інсультом, ніж жінки.
- Раса - африканці більш схильні до цієї хвороби.
- Вік - у групі ризику люди старше 55 років.
- Причини, з якими людина може впоратися власними силами:
  - Високий тиск (показники вищі за 130 на 80), артеріальна гіпертензія.
  - Високий рівень «поганого» холестерину за низького «хорошого».
  - Цукровий діабет, що особливо не піддається медикаментозному впливу.
  - Порушення дихання під час сну – апное.
  - Хвороби серця, у тому числі й інфекційної природи, вроджені та набуті вади, аритмії, ішемії.
  - Зайва вага та ожиріння.
  - Гормональні препарати, що містять естрогени.

- Шкідливі звички – куріння, у тому числі пасивне, алкоголізм, наркоманія, зловживання лікарськими препаратами.

Небезпечними можуть бути як окремі причини, так і відразу їх кілька разом. Зазвичай одна з них буває пов'язана з іншими, наприклад, з ожирінням пов'язаний високий тиск, цукровий діабет, хвороби серця та багато іншого. Не можна усунути лише одну з можливих причин виникнення захворювання та сподіватися, що цього буде достатньо. Саме тому підхід до лікування та профілактики інсульту має бути обов'язково комплексним.

Інсульт може виявлятися загальномозковими та осередковими неврологічними симптомами.

Загальномозкові симптоми інсульту бувають різні. Цей симптом може виникати у вигляді порушення свідомості, оглушеності, сонливості або, навпаки, збудження, може виникнути короткочасна втрата свідомості на кілька хвилин. Сильний головний біль може супроводжуватися нудотою або блюванням. Іноді виникає запаморочення. Людина може відчувати втрату орієнтування у часі та просторі [31].

З огляду на загальномозкових симптомів інсульту з'являються осередкові симптоми поразки мозку. Клінічна картина визначається тим, яка ділянка мозку постраждала через пошкодження судини, що кровопостачає його.

Якщо ділянка мозку забезпечує функцію руху, то розвивається слабкість у руці чи нозі до паралічу. Втрата сили в кінцівках може супроводжуватися зниженням чутливості, порушенням мови, зору. Подібні осередкові симптоми інсульту в основному пов'язані з пошкодженням ділянки мозку, що постачається кров'ю сонною артерією. Виникають слабкості в м'язах (геміпарез), порушення мови та вимови слів, характерне зниження зору на одне око та пульсації сонної артерії на шиї на боці ураження. Іноді з'являється хиткість ходи, втрата рівноваги, невгамовне блювання, запаморочення, особливо у випадках, коли страждають судини, кровопостачальні зони мозку, відповідальні за координацію рухів і почуття

положення тіла в просторі. Спостерігаються напади запаморочення у будь-який бік, коли предмети обертаються довкола людини. На цьому фоні можуть бути зорові та окорухові порушення (косоокість, двоїння, зниження полів зору), хиткість і нестійкість, погіршення мови, рухів та чутливості.

Близько 90% всіх проблем із кровообігом у головному мозку посідає ішемічний інсульт (або інфаркт головного мозку). Він викликається закупоркою судин, які забезпечують мозок кров'ю, отже, і киснем. Причиною ішемічного інсульту є патологічне звуження судини, спричинене атеросклерозом або іншими проблемами із судинною системою. Відкладення холестерину, що надходять у кров із надмірно жирної або штучної їжі, поступово накопичуються на стінках судин. Якщо на певній ділянці струм крові уповільнений або щось перешкоджає, шар холестерину стає настільки великим, що просвіт судини сильно скорочується і зрештою закривається. Кров перестає надходити в мозок, настає кисневе голодування і оточуючі тканини починають омертвлювати.

Якщо вчасно розпочати лікування, процес вдається зупинити та припинити розширення зони ураження. Постраждалі тканини повністю відновити не вдається, але припинення розвитку процесу може суттєво покращити стан пацієнта та забезпечить гарне самопочуття після одужання.

Тільки протягом 4,5 години після початку ішемічного інсульту можна провести тромболітичну терапію в умовах найближчого судинного відділення для лікування хворих з ОНМК.

Запідозрили інсульт? Терміново викликайте невідкладну допомогу. Втрачені хвилини можуть коштувати життя!

Ішемічний інсульт передбачає сприятливіший результат, ніж геморагічний, залежно від того, де знаходиться постраждала судина. Така форма хвороби легше піддається лікуванню за своєчасного початку.

Як тільки будуть відзначені симптоми можливого інсульту, необхідно терміново звертатися за медичною допомогою, викликати швидку допомогу та боротися за здоров'я та життя пацієнта. Своєчасно вжиті заходи



перешкоджають розширенню вогнища інсульту та допоможуть набагато швидше та ефективніше відновити здоров'я хворого.

Масивний (полушарний) ішемічний інсульт (МІ) - інфаркт головного мозку на площі понад 50% басейну кровопостачання середньої мозкової артерії (СМА) з можливим включенням басейнів передньої мозкової (ПМА) та задньої мозкової артерій (ЗМА). Частота розвитку МІ у структурі ІІ становить 5% [32].

Одними з основних причин МІ є гемодинамічно значущі стенози екстра- та інтракраніальних артерій, що ускладнилися тромбоемболією та тромбозом, а також кардіогенна тромбоемболія, причому емболія із серця при МІ зустрічається значно частіше, ніж при інших видах ішемічного інсульту. Аутопсійні дослідження з вивчення судинної системи головного мозку осіб, загиблих від МІ, продемонстрували часту поширеність різних судинних аномалій, що виступають як причини МІ (роз'єднане артеріальне коло великого мозку, гіпоплазія або оклюзія іпсилатеральних венозних колекторів).

У половині випадків МІ має доброякісний характер, клінічно виявляючись різко вираженим неврологічним дефіцитом з наступним поступовим його частковим регресом. Однак крім деструкції великої області головного мозку півкульний ІІ може викликати виражений (іноді - фатальний) напівкульний набряк, що супроводжується мас-ефектом, підйомом внутрішньочерепного тиску (ВЧД), і призводити до зміщення головного мозку з розвитком транстенторіального вклинення, тобто. до дислокації головного мозку із порушенням вітальних функцій. Такий ускладнений перебіг МІ є злякисним і відзначається при кожному другому півкульному інсульті [36].

До злякисних відносять півкульні ІІ з великою територією паренхіматозної ішемії з постішемічним набряком та латеральним та/або аксіальним зміщенням стовбура головного мозку. Незважаючи на

комплексне консервативне лікування, смертність цієї категорії хворих становить до 80%.

Клінічна картина при злоякісній формі МП характеризується грубою осередковою півкульною симптоматикою та включає геміплегію, геміанестезію, геміанопсію, афазію (переважно при ураженні лівої півкулі), девіацію голови та очей, зіниці розлади, анозогноз. Протягом 24 годин (іноді на 2 - 3 добу) після появи перших симптомів П розвивається півкульний набряк, а в клінічній картині починає превалювати дислокаційний синдром у вигляді прогредієнтного пригнічення рівня свідомості, появи двостороннього патологічного рефлексу Бабинського, анізокорії з порушенням системної гемодинаміки (експериментальні та клінічні спостереження показали, що набряк мозку починає розвиватися вже через кілька годин від початку ішемічного інсульту, досягає максимуму на 2 – 4 добу, а потім регресує протягом 1 – 2 тижнів) [63].

Клінічними ознаками швидко наростаючої (обширно) мозкової ішемії є поява та наростання в ранні терміни після інсульту загально мозкової симптоматики у вигляді нудоти або блювання, прогресуючого зниження ступеня неспання (рівня свідомості) пацієнта, а також поява ознак дислокації стовбура мозку, парез (або тахікардія) та ін.

Відомо, що обсяг ураження головного мозку визначає прогноз захворювання у хворих на П. У структурі летальності в гострому періоді інсульту випадки МП займають основне місце (через вторинне ушкодження стовбура головного мозку внаслідок дислокаційного синдрому). Внаслідок великого ураження головного мозку даний вид П характеризується високою летальністю (до 80%) та грубою інвалідизацією тих, хто вижив (до 80%).

Факторами ризику розвитку злоякісної форми МП в перші 24 години від початку захворювання є: [61] обсяг ішемічного вогнища за даними КТ більше 70% лобової, тім'яної часткою та більше 80% скроневої частки (У дослідженні С. Орпенгейм, встановлено, що у пацієнтів з МП злоякісний перебіг спостерігається при об'ємі ураження більше 145 см<sup>3</sup>, який

визначений на дифузно-зваженій МРТ [чутливість 100%, специфічність 94%]), [62] посилення сигналу від стовбура СМА та [63] деформація шлуночкової системи Даним КТ, [64] пригнічення рівня неспанья, фіксація погляду у бік інсульту, геміплегія (груба осередкова напівкуля симптоматика по гемитипу). У низці досліджень встановлено, що пацієнти зі злоякісним перебігом МП в середньому на 10 років молодші, ніж пацієнти зі звичайним перебігом П.

Фактором ризику летального результату при злоякісному перебігу МП є латеральна дислокація, що перевищує 7 мм. При латеральній дислокації більше 7 мм доцільно розглядати можливість включення до комплексу лікування проведення декомпресивної краніотомії (див. далі), оскільки вона спрямована на усунення компресії стовбура головного мозку та дислокаційного синдрому. За наслідками дослідження, проведеного Р.А. Barber та співавт. у 2003 р. предикторами летального результату є: зміщення серединних структур головного мозку більше 5 мм на рівні прозорої перегородки і більше 2 мм на рівні шишковидного тіла, інфаркт скроневої частки, а також дислокаційна асиметрична гідроцефалія.

Раннє визначення типу ішемічного інсульту може бути здійснене на підставі правильної інтерпретації результатів обстеження. Основним інструментальним методом діагностики злоякісної форми МП є нейровізуалізація. Слід проте враховувати обмежені можливості нативної КТ та МРТ у ранній діагностиці МП. Діагноз на підставі КТ в найгострішому періоді П (до 8 годин) може бути поставлений тільки за непрямими ознаками: відсутність субарахноїдальних щілин на стороні ураження, підвищення щільності стовбура середньої мозкової артерії, розмитість меж лентиформного ядра, згасання кордонів між сірою та білою речовиною. При МРТ визначається стискання субарахноїдальних щілин у режимі T1, зникнення нормальної порожнечі потоку від великого артеріального стовбура. Через 8 годин від початку захворювання на нативних КТ та МРТ можна визначити зони інфаркту, межі якого візуалізуються до кінця першої

доби. У міру наростання набряку на томограмах з'являється картина мас-ефекту ураженої півкулі: деформація шлуночкової системи, усунення серединних структур, здавлення іпсилатерального крила цистерни, що охоплює. Особливі методи нейровізуалізації в гострому періоді півкульного ІІ здатні діагностувати його подальшу злякисну течію. До таких методів відносять дифузно-зважену МРТ, однофотонно-емісійну КТ (ОФЕКТ), позитронно-емісійну томографію (ПЕТ) [51].

#### *Підтипи ішемічного інсульту*

TOAST and Baltimor-Washington Cooperative Young Stroke Study criteria 1993-1995

- атеротромботичний 14-66%
- кардіоемболічний 20%
- лакунарний (оклюзія малої артерії) 10-29%
- гострий інсульт з іншою, певною етіологією 6-16%
- інсульт неясної етіології 1-8 – 29-40%

#### *Стадії з RG Gonzalez*

- Найгостріша - до 6 годин

можливі інтервенції

- гостра 6-24 години

інсульт може бути не бачимо на КТ/МРТ

- підгостра - 24 години-6 тижнів

стадія накопичення розмаїття

ефект затуманювання

- хронічна більше 6 тижнів
- резорбція та рубцювання [90].

Доведеними предикторами злякисності перебігу ІІ є: гіподенсність більше 50% мозкової речовини в басейні СМА, гіподенсність у понад 70% лобової та тім'яної часткою та більше 80% скроневої частки, обсяг ішемічного вогнища понад 145 см<sup>3</sup>, поперечна дислокація серединних структур понад 7 - 10 мм наявність аксіальної дислокації 2-го та більшого

ступеня за В.М. Корнієнко, розвиток асиметричної оклюзійної гідроцефалії, зменшення конвексимальних лікворних просторів, згладжування кортикальних борозен, деформація бічних шлуночків, компресія базальних цистерн, зниження церебральної перфузії більш ніж на 66%, відсутність накопичення препарату при П03 зоні. Лабораторні маркери злужкісної течії МП: [1] астрогліальний протеїн S100B > 0,4 мкг/л (норма < 0,105 мкг/л), [2] матриксна металопротеїназа-9 (ММП-9) > 140 нг/мл (норма < 2 /мл), [3] клітинний фібронектин (с-Fn) 16,6 мг/мл (норма 0,4 мг/мл) [70].

## **2.2. Етапи лікування хворих полушарного інсульту**

Негайне лікування ішемічного інсульту спрямоване на розчинення тромбу. Пацієнтам, які надходять на швидку допомогу з ознаками гострого ішемічного інсульту, зазвичай призначають аспірин, щоб він допоміг розріджувати кров. Аспірин може бути смертельно небезпечним для пацієнтів, які страждають на геморагічний інсульт, так що краще не приймати аспірин самостійно вдома, поки лікар вирішить, який інсульт стався.

Якщо хворий надходить до лікарні протягом 3-4 годин після інсульту (коли тільки з'являються симптоми), то він може бути кандидатом на тромболітичну (згусток Бастера) лікарську терапію. Тромболітичні препарати використовуються для того, щоб зруйнувати згустки крові. Стандартні тромболітичні препарати – це активатори тканини Плазміноген (Т-ООПТ). Вони включають: Альтеплазу (Активазу) і Ретеплазу (Ретавазу) [71].

Наступні кроки мають вирішальне значення перед ін'єкцією згустку Бастера: перед тромболітичною терапією проводиться КТ – лікар спочатку має переконатися, що інсульт не геморагічний інсульт. Якщо він ішемічний і якщо травма дуже велика, це може вплинути на використання тромболітиків. Тромболітики зазвичай повинні бути введені протягом 3-4 годин після

інсульту, інакше вони не матимуть ефекту. Найкращі результати досягаються, якщо пацієнтам вводили тромболітики протягом 90 хвилин після інсульту.

Деякі пацієнти можуть відчутти користь лікування тромболітичною терапією через 4,5 години після появи симптомів інсульту. Ці пацієнти відносяться до тих, хто молодший за 80 років, у кого менш тяжкий інсульт, у кого є історія інсульту або діабету і хто не приймає препарати крові (тонкі антикоагулянти). Пацієнтам, які не відповідають цим критеріям, не слід користуватися тромболітичною терапією після 3 годин [70].

Тромболітики небезпечні ризиком кровотечі, тому вони не можуть підійти для пацієнтів із існуючими факторами ризику кровотеч.

Існуючі нині рекомендації з консервативному лікуванню великого ішемічного інсульту спрямовані переважно зниження ВЧД і зменшення дислокації мозку. Вони передбачають проведення седації з використанням барбітуратів або пропофолу, використання режиму гіпервентиляції, осмотичну терапію гліцеролом, манітол, гіпертонічним або ХЕС-розчинами (розчини синтетичних колоїдів; ХЕС - від англ. HES - гідроксиетильований крохмаль [пентакрахмал]). Однак немає жодного дослідження, яке довело ефективність такої терапевтичної тактики. Необхідність виміру ВЧД при ішемічному інсульті також не доведена. Моніторинг ВЧД допомагає коригувати терапію та уникати ятрогенних ускладнень, але марний при тривалому лікуванні.

Незважаючи на відомі недоліки, гіпервентиляцію, осмотерапію та моніторинг ВЧД рекомендують до використання при великих ішемічних інсультах. ДК є останнім методом інтенсивної терапії зляканої форми МП, який використовують при неефективності консервативних заходів протягом 6 – 12 годин з моменту розвитку внутрішньочерепної гіпертензії. Зверніть увагу: МП є протипоказанням до проведення тромболізу (інфаркт, що охоплює більше 1/3 території кровопостачання СМА, виключає проведення тромболітичної терапії [ТЛТ]) [69].

У зв'язку з обмеженими можливостями консервативної терапії в комплексі лікування МП, що супроводжуються дислокацією (злякисна форма МП), одним із методів, що дозволяють зберегти життя та покращити функціональний результат, є декомпресивна трепанація черепа (краніотомія). Використання декомпресивної краніотомії (ДК) пояснюється можливістю усунення дислокації мозку, нормалізації ВЧД та кровообігу головного мозку, попередження вторинного ушкодження мозкової тканини. За даними більшості проведених досліджень при виконанні ДК при МП достовірно зменшується летальність та покращуються функціональні наслідки лікування, особливо у молодих пацієнтів. Технічно декомпресивна трепанація черепа є нескладною операцією, і її проведення можливе у будь-якому нейрохірургічному стаціонарі [32].

ДК спрямована на переривання патофізіологічного каскаду реакцій доктрини Монро-Келлі, основні принципи якої свідчать, що внутрішньочерепний об'єм крові, головного мозку, спинно-мозкової рідини та інших компонентів є постійним. При збільшенні однієї з компонентів внутрішньочерепного простору обов'язково відбувається зменшення іншого компонента, що у результаті призводить до підвищення ВЧД.

Європейською організацією інсульту у 2008 році рекомендовано наступні критерії включення хворих із МП для розгляду питання щодо можливості проведення хірургічного лікування (ДК) [33]:

- 1 – вік 18 – 60 років;
- 2 - ознаки інфаркту СМА на КТ 50% або більше або  $> 145$  см<sup>3</sup> по дифузно зваженим зображенням МРТ;
- 3 – неврологічний статус за шкалою NIHSS  $> 15$  балів;
- 4 - пригнічення рівня свідомості на 1 бал і вище за пунктом 1а за NIHSS (відповідає оглушенню та глибше);
- 5 - проведення операції пізніше 48 год від початку захворювання.

Також наводяться такі показання до ДК при ішемічному інсульті, при якій можливий сприятливий функціональний результат: інфаркт мозку в

басейні СМА, що відбувся не більше ніж за 96 годин до планованого хірургічного втручання; [2] кількість балів за шкалою NIHSS  $\geq 16$  для правопівкульного інсульту та  $\geq 21$  для лівопівкульного інсульту; [3] рівень неспання за шкалою коми Глазго  $\leq 13$  балів для правопівкульного інсульту та  $\leq 9$  (зорова та моторна шкала) для лівопівкульного інсульту; [4] гіподенсивна зона на КТ включає 2/3 або більше території кровопостачання СМА з формуванням зони набряку та/або дислокацією мозку; [5] Вік хворого від 18 до 60 років.

Факторами несприятливого результату при проведенні ДК у пацієнтів з МП є: усунення серединних структур понад 10 мм, вік старше 60 років, анізокорія, порушення рівня свідомості до коми, наявність тяжкої соматичної патології. У ряді випадків фактором поганого результату є інфаркт по всій території кровопостачання внутрішньої сонної артерії. Досі не визначено, чи впливає залучення до зони інфаркту басейнів передньої та задньої мозкових артерій на результат захворювання у оперованих хворих.

Операція (ДК) має бути превентивною та випереджати розвиток дислокації головного мозку. Хірургічне лікування найкраще проводити в перші 48 годин від дебюту захворювання, проте її ефективність можлива і до 96 годин. Надраннє виконання оперативного втручання (протягом 6 годин після появи симптомів) дає ще більший ефект. Тому всі хворих із МП давністю захворювання менше 48 годин мають оглядатися нейрохірургом з метою оцінки можливості оперативного лікування [32].

Значна соціально-економічна шкода внаслідок мозкового ішемічного інсульту зумовлений не тільки руховими, а й немоторними порушеннями, серед яких слід відзначити постінсультну деменцію та постінсультну депресію. Сьогодні доведено: постінсультна депресія підвищує ризик розвитку повторного інсульту, інфаркту міокарда та самогубства, збільшує період госпіталізації, погіршує когнітивні функції та якість життя як самих пацієнтів, так і членів їх сім'ї та доглядаючих за ними осіб, ускладнює відновлення порушених функцій, знижує соціальну активність та посилює



інвалідність, що в сукупності погіршує результат відновного періоду мозкового ішемічного інсульту та диктує необхідність своєчасного виявлення осіб з високим ризиком розвитку постінсультної депресії, а також пошуку нових методів її корекції для підвищення ефективності комплексних реабілітаційних заходів хворих.

Незважаючи на те, що зараз експерти єдині на думці про користь від застосування немедикаментозних засобів для корекції емоційного фону у хворих, які перенесли мозковий ішемічний інсульт, методологічні аспекти реалізації зазначених підходів не конкретизовано. У доступній літературі не виявлено досліджень, присвячених використанню раціональної психотерапії у комплексному лікуванні хворих у ранньому відновлювальному періоді мозкового ішемічного полушарного інсульту [44].

### РОЗДІЛ 3.

## ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВИКОРИСТАННЯ РАЦІОНАЛЬНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ПОЛУШАРНОГО ІНСУЛЬТУ

### 3.1. Методи, методика та процедура дослідження

Мета дослідження полягав в наступних етапах:

Оптимізації лікування хворих у ранньому відновному періоді мозкового ішемічного полушарного інсульту шляхом включення психотерапії до структури комплексних реабілітаційних заходів.

Проведенні порівняльного аналізу динаміки рівня депресії та реактивної тривожності у хворих у ранньому відновлювальний період мозкового ішемічного полушарного інсульту залежно від наявності/відсутності у структурі комплексних реабілітаційних заходів раціональної психотерапії

Вивченні динаміки рівня неврологічного дефіциту, функціональної незалежності та інвалідизації у хворих у ранньому відновлювальному періоді мозкового ішемічного полушарного інсульту на тлі застосування раціональної психотерапії у структурі комплексних реабілітаційних заходів у порівнянні з пацієнтами, у яких раціональна психотерапія не була використана.

Оцінці ефективності та обґрунтуванні доцільності застосування раціональної психотерапії у структурі комплексних реабілітаційних заходів у хворих у ранньому відновлювальному періоді мозкового ішемічного полушарного інсульту.

Для досягнення мети у клініці нервових хвороб Запорізького державного медичного університету на базі Запорізького ангіоневрологічного центру проведено комплексне динамічне клініко-

параклінічне дослідження 62 пацієнтів (28 чоловіків та 34 жінки, середній вік –  $58,0 \pm 0,7$  років) у ранньому відновному періоді лівопівкульної (23) та правопівкульної (29 пацієнтів) ішемічної супратенторіального інсульту, які перебували на лікуванні у відділенні нейрореабілітації 6 міської клінічної лікарні м. Запоріжжя.

Діагноз мозкового ішемічного полушарного інсульту встановлювали на підставі клініко-неврологічного дослідження та результатів комп'ютерної томографії головного мозку з використанням комп'ютерного томографа Siemens Somatom Spirit (ФРН) [44].

Критерії включення до дослідження:

1. Чоловіки або жінки віком від 40 до 70 років з вперше виникли мозковий ішемічний інсульт у каротидному басейні, підтвердженому за результатами клініко-комп'ютерно-томографічного дослідження;
2. Підписана форма поінформованої згоди на участь у дослідженні.

Критерії виключення:

1. Наявність в анамнезі гострих порушень мозкового кровообігу;
2. Декомпенсована соматична патологія.
3. Онкологічна патологія;
4. Афатичні порушення, що перешкоджають нейропсихологічному тестуванню;
5. Преддементні та дементні когнітивні порушення;
6. Значення  $>3$  балів за модифікованою шкалою Ренкіна на 10 добу захворювання.

У всіх хворих на 10 та 30 добу оцінювали рівень неврологічного дефіциту за шкалою інсульту Національного інституту здоров'я США, функціональної незалежності за індексом Бартела, інвалідизації по

модифікованій шкалі Ренкіна, депресії за шкалою Бека, реактивної тривожності за шкалою самооцінки Спілбергера-Ханіна та якості життя за шкалою EQ-5D (EuroQoL).

У всіх пацієнтів у структурі комплексних реабілітаційних заходів були присутні фізіотерапія, масаж, кінезотерапія, лікувальна фізкультура та медика ментозна терапія, яка включала ноотропні та нею роторфічні препарати, а також засоби вторинної профілактики (антиагреганти, гіполіпідемічні та гіпотензивні препарати).

Основну клінічну групу склали 32 пацієнти (15 чоловіків та 17 жінок, середній вік –  $57,9 \pm 1,0$  року), яким у складі комплексних реабілітаційних заходів проведено 15 сеансів раціональної психотерапії за спеціально розробленим протоколом.

Заняття проводив психолог у групі із 5–6 пацієнтів.

Тривалість кожного заняття – 60 хвилин.

Перед психологом були поставлені такі завдання:

- Встановлення емоційно-позитивної атмосфери, яка сприяє розвитку групової згуртованості, а також розкриття свого творчого потенціалу;
- Формування адекватного сприйняття власних можливостей та потенціалу для реалізації мети;
- Формування адекватного самосприйняття, а також розвиток уміння бачити власні позитивні та негативні якості;
- Формування уявлення про конструктивне побудові життєвої позиції та розширення уявлень про функцію мети в процесі діяльності;
- Формування вміння конструювати плани на майбутнє;
- Формування уявлення про ефективну стратегію досягнення мети.

Контрольну групу становили 30 пацієнтів (13 чоловіків та 17 жінок, середній вік –  $56,5 \pm 0,9$  року), яким реабілітаційні заходи проводили без використання психотерапії. Групи достовірно не відрізнялися за віком, гендерною структурою, вихідним рівням неврологічного дефіциту, депресії,

реактивної тривожності, якості життя, функціонального самообслуговування та інвалідації.

Результати дослідження статистично обробляли за допомогою програми SPSS 21.0. Для перевірки нормальності розподілу досліджуваних величин проводили тест Шапіро-Вилка, в залежності від результатів якого описову статистику показали як  $M \pm m$ , де:

$M$  – середня арифметична величина,

$m$  – середня помилка середньої арифметичної величини,

або  $Me$  [Q1-Q3], де:

$Me$  – медіана,

Q1 – нижній кuartиль,

Q3 - Верхній кuartиль.

Для встановлення міжгрупових відмінностей застосовували критерій Манна-Уїтні (для двох непов'язаних вибірок) або критерій Вілкоксону (для двох пов'язаних вибірок) [44].

Нульову гіпотезу про відсутність міжгрупових відмінностей відхиляли за рівня значимості зазначених критеріїв  $p < 0,05$ .

### **3.2. Результати дослідження та їх інтерпретація**

За результатами отриманих в ході дослідження, ми бачимо наступне:

**Рівні депресії, реактивної тривожності, якості життя, неврологічного дефіциту, функціональної незалежності та інвалідизації у обстежених хворих у динаміці лікувальних заходів з урахуванням наявності/відсутності у їх структурі раціональної психотерапії**

Шкали	Група, час оцінки, Ме [Q1-Q3]			
	Основная група (n=32)		Контрольна група (n=30)	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
Шкала депресії Бека	21 [17,75-24]	14 [10,75-17] §	20 [17-22]	19 [16-21] *§
Шкала реактивної тривожності Спілбергера-Ханіна	32 [28,75-34,25]	25 [21-28] §	31,5 [28,25-34]	29 [26-31,75] *§
EQ-5D (EuroQoL)	34 [27-41]	71,5 [62,75-80,25] §	32 [25-40]	48,5 [39,5-57,5] *§
Шкала інсульту NIH	6,5 [6-7]	4 [4-5] §	6,5 [6-7]	5,5 [5-6] *§
Індекс Бартела	70 [70-80]	90 [88,75-95] §	72,5 [65-80]	85 [80-95] *§
Модифікована шкала Ренкіна	3 [2-3]	2 [2-3] §	3 [2-3]	2 [2-3] §

Примітки: \* – достовірність відмінностей із параметрами основної групи на підставі коефіцієнта Манна-Уїтні  $p < 0,01$ ;

§ – достовірність відмінностей із параметрами до лікування на підставі коефіцієнта Вілкоксону  $p < 0,01$ ; NIH - National Institute of Health; Ме – медіана; Q1 – нижній кватиль; Q3 – верхній кватиль.

В основній групі на тлі проведених комплексних реабілітаційних заходів із включенням психотерапії зареєстровано статистично значуще зменшення рівня депресії за шкалою Бека ( $\Delta\% -33,3$ ,  $p < 0,01$ ) та реактивною тривожністю за шкалою Спілбергера-Ханіна ( $\Delta\% -21,9$ ,  $p < 0,01$ ) (табл. 1).

У групі контролю зміни за шкалою Бека ( $\Delta\% -5,0$ ) та шкалою реактивної тривожності Спілбергера-Ханіна ( $\Delta\% -7,9$ ) мали недостовірний характер. Медіани сумарного бала за вказаними шкалами в основній групі після лікування склали 14 [10,75–17] та 25 [21–28], що було нижче за аналогічні показники контрольної групи в 1,4 ( $p < 0,01$ ) та 1,2 рази ( $p < 0,01$ ) відповідно.

Зниження рівня депресії та реактивної тривожності супроводжувалося більш вираженою редукцією неврологічного дефіциту за шкалою інсульту NIH ( $\Delta\% -38,5$  ( $p < 0,01$ ) в основній групі проти  $\Delta\% -15,4$  ( $p < 0,01$ ) – у контрольній), а також істотнішим підвищенням функціональної незалежності за індексом Бартела ( $\Delta\% +28,6$  ( $p < 0,01$ ) в основній групі проти  $\Delta\% +17,2$  ( $p < 0,01$ ) – у контрольній) та якості життя за шкалою EQ-5D (EuroQoL) ( $\Delta\% +110,3$  ( $p < 0,01$ ) в основній групі проти  $\Delta\% +51,6$  ( $p < 0,01$ ) – у контрольній). Медіани сумарного бала за вказаними шкалами після лікування склали 3 [2–3], 90 [88,75–95] та 71,5 [62,75–80,25], що порівняно з аналогічними показниками контрольної групи було нижче 1,8 ( $p < 0,01$ ), а також вище в 1,1 рази ( $p < 0,01$ ) та 1,5 ( $p < 0,01$ ) відповідно. В обох групах зареєстровано статистично значуще зниження рівня інвалідизації за шкалою Ренкіна на 33,3% ( $p < 0,01$ ).

Після проведеного комплексного аналізу, ми можемо сказати, що в основній групі вираженість редукції неврологічного дефіциту за шкалою інсульту NIH, елевації функціональної незалежності за індексом Бартела та підвищення якості життя за шкалою EQ-5D (EuroQoL) була відповідно у 2,5, 1,7 та 2,1 рази вище порівняно з контрольною групою. Отримані результати, на нашу думку, можуть бути обумовлені адитивним підвищенням мотиваційних установок за рахунок зниження рівня депресії та реактивної

тривожності у групі хворих, у яких у структурі комплексних реабілітаційних заходів була використана раціональна психотерапія.

1. Застосування раціональної психотерапії у комплексному лікуванні хворих у ранньому відновлювальному періоді мозкового ішемічного півкульного інсульту забезпечує зниження рівня депресії за шкалою Бека ( $\Delta\% - 33,3$ ,  $p < 0,01$ ) та реактивною тривожністю за шкалою Спілбергера-Ханіна ( $\Delta\% - 21,9$ ,  $p < 0,01$ ).

2. Редукція депресивно-тривожних порушень на фоні застосування раціональної психотерапії в комплексному лікуванні хворих у ранньому відновлювальному періоді мозкового ішемічного півкульного інсульту супроводжується більш істотним зниженням неврологічного дефіциту за шкалою інсульту NIH у поєднанні з більш вираженим підвищенням ступеня функціональної якості життя за шкалою EQ-5D (EuroQoL).

3. Доцільно включення раціональної психотерапії до комплексного лікування хворих у ранньому відновлювальному періоді мозкового ішемічного півкульного інсульту для підвищення ефективності реабілітаційних заходів



## ВИСНОВКИ

Психотерапія - це такий вид лікування, при якому фахівець використовує слово як інструмент впливу на психіку людини. Іншими словами, це спілкування пацієнта із психотерапевтом з метою вирішення проблем першого. Насамперед необхідно налагодити контакт між двома сторонами, оскільки, коли людина приходить до лікаря, вона неминуче починає з нею спілкуватися, і будь-який лікар надає на пацієнта психологічний вплив. Також важливим є індивідуальний підхід до кожного пацієнта, облік його особистих особливостей та якостей, а також навичок міжособистісної комунікації. Головною перевагою раціональної психотерапії є усунення проявів захворювання шляхом зміни ставлення людини до себе, до свого стану і до всього, що його оточує.

Раціональна психотерапія - метод психотерапії, запропонований Полем Дюбуа, для лікування психічних розладів шляхом роз'яснення та логічного переконання. Пацієнтам пояснюються причини хвороби, закони формальної та діалектичної логіки, проводиться корекція помилкових суджень, життєвих установок, а також використовуються прийоми психології.

Інсульт - раптове порушення кровообігу мозку, при якому починають гинути нервові клітини та тканини мозку. Ризик виникнення інсульту залежить від спадковості, віку, статі та способу життя людини, хронічних захворювань. Інсульти поділяють на два типи за механізмом та ступенем впливу на організм.

Ішемічний інсульт трапляється у 80% випадків. Найчастішими причинами ішемічного інсульту головного мозку вважаються атеросклероз та попадання тромбу в артерії головного мозку. Коли клітинам не вистачає кисню, вони починають гинути. Іноді артерії закупорюються бульбашками повітря або здавлюються внаслідок пухлини чи травми.

Як правило, інсульт цього типу схильні люди старше 60 років. Більшість таких пацієнтів страждають на цукровий діабет, порушення серцевого ритму, вади серця. Його викликають «атеротромботичні бляшки», тромби в мозковій артерії, що закривають кровотік у судині. Порушення кровообігу також може статися на тлі проблем зі згортанням крові або тривалого та інтенсивного стресу. Куріння, надмірна вага, відсутність фізичних навантажень – найважливіші фактори ризику.

Після обширного ішемічного інсульту 15-25% хворих помирають протягом місяця. У 18% випадків настає повторний інсульт у наступні 5 років життя, якщо хворий припинив прийом профілактичних препаратів. Шанси вижити та зберегти функції організму залежать від якості екстреної медичної допомоги, лікування та подальшої реабілітації.

Важлива проблема сучасної ангіоневрології та психології – діагностика та лікування мозкового інсульту. Одним із стратегічних напрямів у боротьбі з ним є реабілітаційні заходи, особливо у ранньому відновлювальному періоді.

Тому в експериментальній частині нашої роботи був проведений комплексне дослідження використання раціональної терапії в комплексному лікуванні хворих полушарного інсульту.

У результаті проведеного дослідження, ми отримали наступні результати:

1. Застосування раціональної психотерапії у комплексному лікуванні хворих у ранньому відновлювальному періоді мозкового ішемічного півкульного інсульту забезпечує зниження рівня депресії за шкалою Бека ( $\Delta\%$ –33,3,  $p<0,01$ ) та реактивною тривожністю за шкалою Спілбергера-Ханіна ( $\Delta\%$ –21,9,  $p <0,01$ ).

2. Редукція депресивно-тривожних порушень на фоні застосування раціональної психотерапії в комплексному лікуванні хворих у ранньому відновлювальному періоді мозкового ішемічного півкульного інсульту супроводжується більш істотним зниженням неврологічного дефіциту за

шкалою інсульту NIH у поєднанні з більш вираженим підвищенням ступеня функціональної якості життя за шкалою EQ-5D (EuroQoL).

3. Доцільно включення раціональної психотерапії до комплексного лікування хворих у ранньому відновлювальному періоді мозкового ішемічного півкульного інсульту для підвищення ефективності реабілітаційних заходів

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абрамова Г. С. Введение в практическую психологию. Москва: Изд. центр «ACADEMIA», 1996. 224 с.
2. Абрамова Г. С. Практикум по психологическому консультированию. Екатеринбург: Деловая книга, Москва: Изд. центр «ACADEMIA» 1995. 128 с.
3. Аминов Н.А., Молоканов М.В. Социально-психологические предпосылки специальных способностей школьных психологов. *Вопросы психологии*. №1. 1992. С. 74-83.
4. Ананьев Б. Г. О проблемах современного человекознания. Москва: Наука, 1977. С. 17-39.
5. Ананьев Б. Г. Человек как предмет познания. Избранные психологические труды: В 2-х т. Москва: Педагогика, 1980. Т. 1. С.16-178.
6. Андреева Г. М. Актуальные проблемы социальной психологии. Москва: Изд-во МГУ, 1988. С. 91-109.
7. Бажутина С.Б., Воронина Г.Г., Булах И.П. Практическая психология в вузе и школе. Луганск: Янтарь, 2000. 113 с.
8. Блейхер В. М., Крук И.В. / Под ред. канд. мед. наук С.Н. Бокова. Толковый словарь психиатрических терминов. Воронеж : изд. НПО «МОДЭК». 1995. С. 640 с.
9. Бондаренко О. Ф. Психологическая помощь: теория и практика: Учеб. пособие. Киев: Укртехпрес, 1997. 216 с.
10. Бурно М. Е. Клиническая психотерапия. Изд. 2-е, доп. и перераб. Москва: Академический Проект; Деловая книга. 2006. 800 с.
11. Вернадский В. И. Химическое строение биосферы Земли и её окружение. Москва: Прогресс, 1965.
12. Годфруа Ж. Что такое психология. В 2-х кн. Т.1. Москва: Мир, 1996. С. 64-128.

13. Головин С.Ю. Словарь практического психолога. Харвест, 1998. С. 660.
14. Государственные образовательные стандарты высшего профессионального образования: 540000. Педагогические науки. СПб.: Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена, 2000. 412 с.
15. Дежерин И., Гокклер Е. Функциональные проявления психоневрозов, их лечение психотерапией / И. Дежерин, проф. Клиники болезней нерв. системы Париж. мед. фак. и Е. Гокклер, д-р мед. ...; Пер. Вл. Сербского, б. проф. Моск. ун-та. Москва : Космос, 1912. VIII, 517 с.
16. Демьянов Ю. Г. Основы психопрофилактики и психотерапии: Пособие для студентов психол. ф-тов ун-тов. Санкт-Петербург: Паритет, 1999. 244 с.
17. Дерманова И. Б., Сидоренко Е.В. Психологический практикум: Межличностные отношения: Метод. рекомендации. Санкт-Петербург: Речь, 2001. 40 с.
18. Дуткевич Т.В, Савицкая О.В. Практическая психология. Введение в специальность. Киев, 2010
19. Дудьев В.П. Психомоторика: словарь-справочник. Москва : Владос. 2008. 366 с.
20. Дюбуа П. О влиянии духа на тело: Публ. лекция / П. Дюбуа, проф. Берн. ун-та; Авториз. пер. Л. Б. Хавкиной-Гамбургер. Санкт-Петербург: тип. Б. М. Вольфа, 1911. 42 с.
21. Дюбуа П. Воображение как причина болезни / Prof. dr. P. Dubois; Авториз. пер. д-ра М. Б. Шапиро; Предисл.: О. Фельцман. Москва: Наука, 1912. 76 с.
22. Дюбуа П. О психотерапии / P. Dubois, предисл.: О. Фельцман. Москва: Наука, 1911. VI, 131 с. (Психотерапевтическая библиотека / Под ред. д-ров Н. Е. Осипова и О. Б. Фельцмана; Вып 2.

23. Дюбуа П. Самовоспитание / Д-р Поль Дюбуа; Пер. с 3-го фр. изд. 1909 г. Н. Пальчинской. Санкт-Петербург: тип. т-ва «Обществ. польза», 1911. 234 с.
24. Жмуров В.А. Большая энциклопедия по психиатрии. 2-е изд. Москва: Джан-гар. 2012.
25. *Егоров Б.Е.* Рациональная психотерапия: теория и практика : (Пособие для врачей). М-во здравоохранения Рос. Федерации. Рос. мед. акад. последиплом. образования. Москва: Рос. мед. акад. последиплом. образования. 2003. 57 с.
26. Забродин Ю.М. Становление психологии и проблемы психологической службы. Тенденции развития психологической науки / Отв. ред. Б. Ф. Ломов, Л. И. Анцыферова. Москва: Наука, 1989. С. 255-269.
27. Кабаченко Т.С. Психология в управлении человеческими ресурсами: Учебн. пособие. Санкт-Петербург: Питер, 2003. 400 с.
28. Кащенко В.П. Педагогическая коррекция: Испр. недостатков характера у детей и подростков: Кн. для учителя. 2-е изд. Москва: Просвещение. 1994. 223 с.
29. Климов Е. А. Введение в психологию труда. Москва: Изд-во МГУ, 1988. С. 175-186.
30. Клиническая психология. Словарь / Под ред. Н. Д. Твороговой. (Психологический лексикон. Энциклопедический словарь : в 6 т. / Ред.-сост. Л. А. Карпенко. Под общ. ред. А. В. Петровского ; т. 5). Москва: ПЕР СЭ,. 2006. С. 237.
31. Клинические рекомендации диагностика и лечение злокачественных форм ишемического инсульта в бассейне средней мозговой артерии» Ассоциация нейрохирургов России, Москва, 2015 (клинические рекомендации обсуждены и утверждены на Пленуме Правления Ассоциации нейрохирургов России г. Красноярск, 14.10.2015)
32. Клинический протокол оперативного и диагностического вмешательства декомпрессивная трепанация черепа при ишемическом

инсульте»; рекомендовано Экспертным советом РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от «30» октября 2015 года Протокол № 14

33. книга «Хирургия массивного ишемического инсульта» Крылов В.В, А.С. Никитин и др., 136 стр., издательство «ГЭОТАР-Медиа», 2016

34. Кондаков И. М. Психология. Иллюстрированный словарь : свыше 2500 статей и иллюстраций по основным направлениям психологии. Полная и объективная картина современного состояния мировой психологической мысли. 2-е изд., доп. и перераб. Санкт-Петербург : Прайм-ЕВРОЗНАК. 2007. С. 783.

35. Кондрашенко В.Т., Донской Д.И., Игумнов С.А. Общая психотерапия. Москва: Изд-во Института психотерапии. 2001. С. 187—195.

36. лекция «Декомпрессивная краниотомия в лечении инфарктов больших полушарий головного мозга» В.Г. Дашьян, А.Э. Талыпов, НИИ скорой помощи имени Н.В. Склифосовского и Московский государственный медико-стоматологический университет (журнал «Нейрохирургия» №4, 2011

37. Ломов Б. Ф. Система наук о человеке. Вопросы общей, педагогической и инженерной психологии. Москва: Педагогика, 1991. С. 30-50.

38. Ломов Б. Ф. Человеческий фактор и прикладная психология. Вопросы общей, педагогической и инженерной психологии. Москва: Педагогика, 1991. С. 51-61

39. Лоос В. Г. Промышленная психология. Киев: Техника, 1980. 184 с.

40. Марциновский Я. Нервность и мирозерцание: очерки психического лечения нервнобольных / соч. Dr. J. Marcinowsk'ого; пер. с нем. В. Н. Линд. Москва : Наука, 1913. IX, С. 17 [4]

41. Мей Р. Искусство психологического консультирования. Москва: КЛАСС, 1994. 144 с.
42. Немов Р. С. Основы психологического консультирования. Москва: Владос, 1999. 528 с.
43. Немов Р. С. Психология. В 3 кн. Москва: Владос, 2001. Кн. 2: Психология образования. 608 с.
44. Нерянова Ю. М. Ефективність раціональної психотерапії в комплексному лікуванні хворих у ранньому відновному періоді мозкового ішемічного півкульового інсульту. Оригінальні дослідження. Патологія. 2014. №3 (32). С. 64–67
45. Общая психология / Под ред. А. В. Петровского. 3-е изд., перераб. и доп. Москва: Просвещение, 1986. 464 с.
46. Панков Д.В. Рациональная психотерапия / Под ред. проф. В.Е. Рожнова. М-во здравоохранения СССР. Центр ин-т усовершенствования врачей. Учеб. телевидение. Москва, ЦОЛИУВ. 1975. 26 с.
47. Перейти обратно:<sup>1 2 3</sup> Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б. Д. Карвасарского. Психотерапевтическая энциклопедия. 3-е изд. Санкт-Петербург: Питер. 2006. С. 944 с.
48. Дюбуа, Поль. Психоневрозы и их психическое лечение / Dr. Dubois, "Les psychonévroses et leur traitement moral". Санкт-Петербург: К.Л. Риккер. 1912. 397 с.
49. Права человека: Сборник универсальных и региональных международных документов / Сост. Л. Н. Шестаков. Москва: Изд-во МГУ, 1990. 202 с.
50. Простомолотов В. Ф. Истоки и развитие современной мультимодальной познавательного-поведенческой психотерапии. *Журнал практикующего психолога*. Киевский нац. лингвистический ун-т. Киев: 2013. [1]



51. Протоколы интенсивной терапии инсульта» Департамент здравоохранения Томской области; ОГАУЗ Томская областная клиническая больница, отделение анестезиологии-реанимации Регионального сосудистого центра; Научно-исследовательский институт нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко, г. Москва; ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, 2013
52. Психотерапевтическая энциклопедия. Санкт-Петербург: Питер. Б. Д. Карвасарский. 2000.
53. Психотерапия детей и подростков / Под ред. Х.Ремшмидта: Пер. с нем. Москва: Мир, 2000. 656 с.
54. Рабочая книга школьного психолога / Под ред. И.В.Дубровиной. Москва: Международная педагогическая академия, 1995. 376 с.
55. Рамуль К. А. О психологии ученого и, в частности, о психологии ученого-психолога. Вопросы психологии. 1965. № 6. С. 6-9
56. Рубинштейн С. Л. Вопросы психологической теории. Вопросы психологии. 1955. № 1. С. 5-17.
57. Рубинштейн С.Л. Проблемы общей психологии. Москва: Педагогика, 1973. 396 с.
58. Руководство по психотерапии / В. Е. Рожнов и др. ; Под ред. В. Е. Рожнова. 3-е изд., доп. и перераб. Ташкент : Медицина, 1985. 719 с. [2]
59. Семке В. Я., Харитонов С. В. Сравнительная оценка эффективности когнитивно-поведенческой, рациональной и комбинированной (когнитивно-поведенческой и рациональной) психотерапии у больных личностными расстройствами. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2011. № 2 (65). С. 49—52. ISSN 1810-3111.
60. статья (презентация) «Декомпрессионная краниотомия у пациентов с ишемическим инсультом» Грицан А.И., Курносов Д.А., Грицан Г.В., Довбыш Н.Ю., Газенкамф А.А. (КГБУЗ «Краевая Клиническая

Больница»; Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Россия), 2014

61. статья «Возможности декомпрессивной краниотомии в лечении злокачественных форм массивного ишемического инсульта» С.А. Буров (Московский государственный медико-стоматологический университет), А.С. Никитин (12-я городская клиническая больница, Москва); *Журнал «Нейрохирургия»*, №3, 2011

62. статья «Декомпрессивная краниотомия в комплексной интенсивной терапии злокачественных форм массивного ишемического инсульта» В.В. Крылов, С.А. Буров, С.С. Петриков, (Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова), А.С. Никитин, С.А. Асратян, А.Ю. Аверин, Е.В. Кольяк (Городская клиническая больница №12, Москва); *Журнал неврологии и психиатрии*, №1, 2013

63. статья «Декомпрессивная краниотомия у больных со злокачественным течением массивного ишемического инсульта» С.С. Петриков, В.В. Крылов. Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова; ГБУЗ «НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского» Департамента здравоохранения Москвы, А.С. Никитин, С.А. Асратян (ГБУЗ «ГКБ №12» Департамента здравоохранения Москвы) С.А. Буров (ФГКУ «ЦКВГ ФСБ России»), Е.Е. Завалишин (ГБУЗ «ГКБ №20» Департамента здравоохранения Москвы); *Журнал «Нейрохирургия»*, №3, 2014

64. статья «Декомпрессивная краниотомия, как метод лечения полушарного ишемического инсульта» С.А. Асратян, А.С. Никитин. Городская клиническая больница № 12, Москва

65. статья «Декомпрессивная краниоэктомия при массивном ишемическом инсульте полушарий головного мозга» А.В. Яриков, А.В. Морев, ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия». *Журнал «МедиАль»*, № 1 (18), апрель 2016

66. статья «Декомпрессивная трепанация черепа в лечении злокачественного ишемического инсульта полушарий головного мозга (обзор)» А.В. Яриков, А.Н. Лавренюк, А.В. Балябин; Городская клиническая больница №39, Н. Новгород; Нижегородская государственная медицинская академия, Н. Новгород; Приволжский федеральный медицинский исследовательский центр Минздрава России, Н. Новгород. *Журнал «Современные технологии в медицине»*, №3, 2016

67. статья «Динамика внутричерепного давления у больных с массивным ишемическим инсультом после выполнения декомпрессивной краниотомии» А.С. Никитин, С.А. Буров, С.С. Петриков, С.А. Асратян, К.М. Горшков, В.В. Крылов (Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва; НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, Москва; 12-я городская клиническая больница, Москва; Центральный военный клинический госпиталь ФСБ РФ, Москва); *Журнал «Анестезиология и реаниматология»* № 4, 2013 \

68. статья «Дислокационный синдром у больных со злокачественным течением массивного ишемического инсульта» А.С. Никитин, ГБУЗ «Городская клиническая больница №12»; В.В. Крылов, ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова»; ГБУЗ «НИИ Скорой помощи им. Н.В. Склифосовского»; С.А. Буров, ФГКУ «Центральный клинический военный госпиталь ФСБ России»; С.С. Петриков, ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова»; ГБУЗ «НИИ Скорой помощи им. Н.В. Склифосовского»; С.А. Асратян, ГБУЗ «Городская клиническая больница №12»; П.Р. Камчатнов, ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова»; Ю.В. Кебез, ГБУЗ «Городская клиническая больница №12»; М.В. Белков, ГБУЗ «Городская клиническая больница №12», Е.Е. Завалишин, ГБУЗ «Городская клиническая больница №20», Москва. *Журнал неврологии и психиатрии*, №3, 2015; Вып. 2

69. статья «Компьютерная томография в прогнозировании течения массивного ишемического инсульта» Урванцева О.М., Асратян С.А., Кемеж Ю.В., Никитин А.С.; ГБУЗ «ГКБ №12 ДЗМ», Москва, Россия (Russian electronic journal of radiology; www.rejr.ru, Том 5, №1, 2015)

70. статья «Лечение злокачественного ишемического инсульта (клиническое наблюдение)» И.В. Султанова, А.Р. Зайцева, ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Казани. *Вестник современной клинической медицины*, 2015, Том 8, приложение 1

71. статья «Факторы риска развития злокачественного течения массивного ишемического инсульта» С.А. Буров, В.В. Крылов (Московский государственный медико-стоматологический университет; НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, Москва), А.С. Никитин, С.А. Асратян (12-я городская клиническая больница, Москва); *Журнал «Нейрохирургия»*, №3, 2012

72. статья «Эффективная декомпрессивная краниотомия у молодого пациента с массивным ишемическим инсультом» А.С. Никитин, С.А. Асратян, А.Ю. Аверин (Городская клиническая больница №12, Москва), П.Р. Камчатнов (Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва); *Журнал неврологии и психиатрии*, №12, 2013, Вып. 2

73. Тейяр де Шарден П. Феномен человека: пер. с франц. Москва: Наука, 1987. 240 с.

74. Франкл В. Человек в поисках смысла: Пер. с англ. Москва: Прогресс 1990. 368 с.

75. Харитонов С. В., Семке В. Я. Оценка когнитивно-поведенческой и рациональной психотерапии врачами и пациентами с личностными расстройствами // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2010. № 6 (63). С. 70—73.

76. Buchmayer, F., Pleiner, J., Elmlinger, M. W., Lauer, G., Nell, G., Sitte, H. H. (2011). Actovegin®: a biological drug for more than 5 decades. *The Wiener Medizinische Wochenschrift*, 161, 80–88.

77. Capaldi V. Emerging strategies in the treatment of post-stroke depression and psychiatric distress in patients / V. Capaldi, I. Wynn // *Psychol Res Behav Manag*. 2010. Vol. 3. P. 109–118.
78. Daniel, K., Wolfe, C. D., Busch, M. A., & McKeivitt, Ch. (2009). What are the social consequences of stroke for working-aged adults? A systematic Review. *Stroke*, 40, 431–440. doi: 10.1161/STROKEAHA.108.534487.
79. Dávalos, A., Alvarez-Sabín, J., Castillo, J., Díez-Tejedor, E., Ferro, J., Martínez-Vila, E., et al. (2012). Citicoline in the treatment of acute ischaemic stroke: an international, randomised, multicentre, placebo-controlled study (ICTUS trial). *Lancet*, 380(9839), 349–357. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60813-7.
80. Dworzynski, K., Ritchie, G., Fenu, E., MacDermott, K., Playford, E. D. (2013). Guideline Development Group. Rehabilitation after stroke: summary of NICE guidance. *British Medical Journal*, 366, 346–361. doi: 10.1136/bmj.f3615.
81. Early depressed mood after stroke predicts long-term disability. The Northern Manhattan stroke study (NOMASS) / J.Z. Willey, N. Disla, Y.P. Moon et al. *Stroke*. 2010. Vol. 41. P. 1896–1900.
82. Frequency depression after stroke: a systematical review of observational studies / M.L. Hackett, C. Yapa, V. Parag et al. // *Stroke*. 2005. Vol. 36. P. 1330–1340.
83. Gaete J.M. Post-stroke depression / J.M. Gaete, J. Bogousslavsky // *Exp Rev Neurother*. 2008. Vol. 8. P. 75–92.
84. Gilhus N.E. *European Handbook of Neurological Management: Volume 1, 2nd Edition* / N.E. Gilhus, M.R. Barnes, M. Brainin. Blackwell Publishing Ltd, 2011. 672 p.
85. Grieb, P. (2014) Neuroprotective properties of citicoline: facts, doubts and unresolved issues. *CNS Drugs*, 28(3), 185–193. doi: 10.1007/s40263-014-0144-8.
86. Hommel, M., Trabucco-Miguel, S., Joray, S., Naegele, B., Gonnet, N., & Jaillard, A. (2009). Social dysfunctioning after mild to moderate first-ever stroke

at vocational age. *Journal Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 80, 371–375. doi: 10.1136/jnnp.2008.157875.

87. Hurtado, O., Hernández-Jiménez, M., Zarruk, J. G., Cuartero, M. I., Ballesteros, I., Camarero, G., et al. (2013) Citicoline (CDP-choline) increases Sirtuin1 expression concomitant to neuroprotection in experimental stroke. *Journal of Neurochemistry*, 126(6), 819–826. doi: 10.1111/jnc.12269.

88. Interventions for Preventing Depression After Stroke / M.L. Hackett, C.S. Anderson, A.O. House et al. // *Stroke*. 2009. Vol. 40. P. 485–486.

89. Kanner A.M. Depression in neurological disorders ner. Lundbec Inst., 2005. – 161 p.

90. Laura M. Allen, Anton N. Hasso, Jason Handwerker, Hamed Farid, *RadioGraphics* 2012; 32:1285–1297; doi: 10.1148/rg.325115760

91. Machicao, F., Muresanu, D. F., Hundsberger, H., Pflüger, M., & Guekht, A. (2012). Pleiotropic neuroprotective and metabolic effects of Actovegin's mode of action. *Journal of the neurological sciences*, 322, 222–227. doi: 10.1016/j.jns.2012.07.069.

92. Mitta, M., Goel, D., Bansal, K. K., & Puri P. (2012). Edaravone - citicoline comparative study in acute ischemic stroke (ECCS-AIS). *Journal of the Association of Physicians of India*, 60, 36–38.

93. Mukherjee D. Epidemiology and the global burden of stroke / D. Mukherjee, C.G. Patil // *World Neurosurg*. 2011. Vol. 76(6). P. 85–90.

94. Overgaard, K. (2014) The effects of citicoline on acute ischemic stroke: a review. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 23(7), 1764–1769. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2014.01.020.

95. Williams L.S. Depression and other mental health diagnoses increase mortality risk after ischemic stroke / L.S. Williams, S. Shoma Ghose, R.W. Swindle // *Am J Psychiatry*. 2004. Vol. 161. P. 1090–1095.