

На правах рукописи

МИХНЕВА Ирина Сергеевна

**ДИНАМИКА МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ БОЛЬНЫХ
ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ИНСУЛЬТОМ И ИХ РОДСТВЕННИКОВ
В ПЕРИОД РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

Специальность: 19.00.05 – социальная психология

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Ярославль – 2011

Работа выполнена на кафедре социальной и политической психологии
ГФБОУ ВПО «Ярославский государственный университет им. П.Г. Демидова».

Научный руководитель – доктор психологических наук, профессор
Козлов Владимир Васильевич

Официальные оппоненты: доктор психологических наук, профессор
Кашапов Мергалияс Мергалимович

кандидат психологических наук, доктор
медицинских наук, профессор
Гордеев Михаил Николаевич

Ведущая организация – Московский городской психолого-
педагогический университет

Защита состоится « 8 » декабря 2011 года в 12.00 часов на заседании дис-
сертационного совета Д 212.002.02 в ФГБОУ ВПО «Ярославский государствен-
ный университет им. П.Г. Демидова» по адресу: 150057, г. Ярославль, проезд
Матросова, д. 9.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке ГОУ ВПО
«Ярославский государственный университет им. П.Г. Демидова» по адресу:
150000, Ярославль, Полушкина роща, 1а. Автореферат диссертации представ-
лен на официальном сайте университета: <http://www.uniyar.ac.ru/>.

Автореферат разослан «_____» ноября 2011 года.

Ученый секретарь
диссертационного Совета

Клюева Н.В.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. Проблема межличностных отношений в малой группе является одной из разрабатываемых задач социальной психологии. Рассматривая семью как пример естественной малой группы, исследователи уделяют внимание тому, как общие закономерности общения и взаимодействия реализуются в семейной системе; как семья и внутрисемейные отношения влияют на личность каждого отдельного члена семьи и каково обратное влияние; как меняются структура и функции семьи в зависимости от этапов ее жизнедеятельности. Вместе с тем, малоизученной остается проблема деформации межличностных отношений при появлении в семье родственника, страдающего тяжелым соматическим заболеванием.

В связи с тяжелым заболеванием одного из членов семьи возникают изменения функционирования всей семейной системы, что требует установления новой системы отношений больного человека с его ближайшим социальным окружением. Таким образом, исследование закономерностей построения внутрисемейных отношений в новых социально-психологических условиях; выявление факторов, детерминирующих наиболее эффективное развитие этих отношений на разных этапах течения заболевания, и определение путей повышения эффективности реабилитации и ресоциализации за счет оптимизации системы межличностных отношений в семье, приобретают высокую теоретическую и практическую актуальность.

В настоящее время основной причиной длительной инвалидизации взрослого населения является церебральный инсульт (А.Н. Бойко и др., 2004; Б.С. Виленский, 2002; Е.И. Гусев и др., 2007; А.С. Кадыков и др., 2007; В.И. Скворцова, М.А. Евзельман, 2006; А.А. Скоромец и др., 2007; A. Culebras, 2007; V. Nachinski, 2007; O'Grady, 2007), что и определило актуальность исследования межличностных отношений в семьях таких больных. Значимым фактором, влияющим на личность больного инсультом и его адаптацию в новых социально-психологических условиях, является характер межличностных отношений в семье (О.А. Балунов, Т.Д. Демиденко, 2000; R.L. Evans и др., 1991; M. Dennis et al., 1998; M.S. Clark., 1999; Ч.П. Варлоу и др., 1998). Тем не менее, несмотря на важность семейного фактора в восстановлении постинсультных больных, исследованию социально-психологических аспектов функционирования семей на разных этапах реабилитации и улучшению внутрисемейных отношений уделяется недостаточно внимания. Существующие работы в данной области касаются преимущественно поздних этапов реабилитации и не затрагивают острый период инсульта, когда больные особенно нуждаются в благоприятном психологическом климате в семье. Таким образом, возникает необходимость исследования межличностных отношений больных инсультом и их родственников уже на ранних сроках реабилитации с целью выявления нарушений и построения системы социально-психологической помощи семьям постинсультных больных с опорой на выявленные закономерности.

Цель исследования – исследовать особенности межличностных отношений и их динамику у больных церебральным инсультом и их родственников в

остром периоде заболевания во время традиционного восстановительного лечения и при включении в раннюю реабилитацию социально-психологической работы с семьей.

Для достижения цели были поставлены следующие **задачи**:

1. Проанализировать отечественную и зарубежную литературу как по проблеме межличностных отношений в целом, так и проблеме взаимоотношений в семьях больных церебральным инсультом.

2. Провести анализ теоретических и прикладных исследований по проблеме включения в реабилитацию больных инсультом социально-психологической работы с семьей.

3. Определить особенности межличностных отношений больных инсультом и их родственников в остром периоде заболевания на эмоциональном, когнитивном и поведенческом уровнях.

4. На основе теоретического анализа и выявленных особенностей межличностных отношений в семье определить задачи для проведения социально-психологической работы с больными инсультом и их родственниками в остром периоде заболевания.

5. Исследовать динамику межличностных отношений больных инсультом и их родственников в остром периоде заболевания без включения в реабилитацию социально-психологической работы с семьей.

6. Исследовать динамику межличностных отношений больных инсультом и их родственников в остром периоде заболевания при включении в реабилитацию социально-психологической работы с семьей.

7. По результатам сравнительного анализа сделать выводы относительно влияния, которое оказывает социально-психологическая работа с больными инсультом и ухаживающими за ними родственниками на динамику межличностных отношений в семье в остром периоде инсульта.

Объект исследования – межличностные отношения больных церебральным инсультом и их родственников.

Предмет исследования – закономерности динамики межличностных отношений больных церебральным инсультом и их родственников в остром периоде заболевания.

Основная гипотеза исследования – в межличностных отношениях больных церебральным инсультом и ухаживающих за ними родственников в остром периоде заболевания имеются нарушения на эмоциональном, когнитивном и поведенческом уровнях, доступные для социально-психологической коррекции уже на ранних стадиях реабилитации.

Основная гипотеза дополняется следующими **частными гипотезами**:

1. Качество психологического климата в семье в начале реабилитационных мероприятий детерминирует дальнейшее развитие межличностных отношений больных инсультом и ухаживающих за ними родственников в процессе реабилитации.

2. Улучшение межличностных отношений больных инсультом и их родственников к концу острой стадии заболевания после включения в раннюю реабилитацию социально-психологической работы с семьей значимо более вы-

ражено по сравнению с динамикой межличностных отношений во время традиционного лечения.

Теоретико-методологическую основу исследования составили концептуальные подходы и теоретические положения отечественных и зарубежных психологов: концепция отношений личности В.Н. Мясищева; концептуальные подходы к исследованию межличностных отношений в малой группе (Г.М. Андреева, А.А. Бодалев, А.И. Донцов, А.Л. Журавлев, А.Г. Ковалев, Р.Л. Кричевский, В.Н. Куницына, В.В. Новиков, Н.Н. Обозов, А.В. Петровский, А.Л. Свенцицкий, Р.Х. Шакуров и др.); системный подход в теории и практике оказания психологической помощи семье (Н. Аккерман, Ю.Е. Алешина, А.Я. Варга, Б.Ф. Ломов, С. Минухин, В. Сатир, В.В. Столин, М. Уорден, Дж. Хейли, А.В. Черников, Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкий и др.); теория кризисов развития личности (Ф.В. Василюк, В.В. Козлов); концептуальные основы исследования здоровья и болезни в социальной психологии (И.Б. Бовина; И.Н. Гурвич; Г.С. Никифоров); биопсихосоциальная модель реабилитации (М.М. Кабанов, G. Engel) и современные концепции реабилитации больных инсультом (Е.И. Гусев, Т.Д. Демиденко, Е.Н. Ермакова, А.С. Кадыков, В.И. Скворцова).

Методы исследования. Для решения поставленных задач использовался следующий комплекс методов:

1. Теоретико-методологический анализ отечественных и зарубежных литературных источников по исследуемой проблеме.

2. Анализ медицинской документации больных, перенесших церебральный инсульт (изучение анамнеза, локализации очага поражения и степени выраженности нарушений, оценка функционального состояния по «Шкале неспособности Рэнкина»).

3. Батарея психодиагностических методик: 1) Гиссенский личностный опросник в адаптации Е.А. Голынкиной (Е.А. Голынкина, Г.Л. Исурин, 1993); 2) Экспресс-диагностика социальной изолированности личности (Д. Рассел, М. Фергюссон); 3) Шкала дифференциальной оценки отношений (А.Н. Волкова); 4) методика «Адаптивность в микросоциальных отношениях» (В.С. Торхтий, 2006); 5) Многомерная шкала восприятия социальной поддержки (Г. Зимет, 1988); 6) Цветовой тест отношений (Е.Ф. Бажин, А.М. Эткинд, 1985).

4. Клинико-психологические методы (клиническая беседа, наблюдение).

5. Методы социально-психологической работы, включающие методики рациональной, когнитивно-поведенческой терапии, арттерапии, семейного консультирования.

6. Методы математико-статистической обработки данных: критерий χ^2 , двухфакторный дисперсионный анализ ANOVA, критерий Ньюмана-Кейлса, критерий Фишера, коэффициент корреляции Пирсона.

Надежность и достоверность результатов исследования обеспечивается разносторонним анализом; опорой на методолого-теоретические подходы и принципы психологической науки; использованием методов, адекватных природе изучаемого явления и соответствующих целям и задачам исследования; применением апробированных статистических методов обработки эмпирических данных, качественной и количественной оценкой полученных результа-

тов. Математико-статистическая обработка экспериментальных данных проводилась с использованием статистического пакета STATISTICA 8.0. и прикладного пакета программ Microsoft Excel.

Всего в результате исследования на протяжении 2006-2009 гг. приняло участие 90 больных церебральным инсультом в острой стадии заболевания, находящихся на реабилитации в неврологическом отделении 31 ГКБ г. Москвы, и 90 родственников, непосредственно осуществляющих уход за больными. Общая численность испытуемых составила 180 человек.

Научная новизна исследования. Впервые проведено исследование развития межличностных отношений больных инсультом и их родственников в острой стадии заболевания с целью изучения возможностей оказания необходимой социально-психологической помощи пациентам и их близким уже на ранних стадиях инсульта. Выявлены нарушения социально-психологического содержания межличностных отношений больных и их родственников непосредственно в остром периоде инсульта. Исследуя закономерности развития внутрисемейных отношений в период ранней реабилитации, установлена взаимосвязь между качеством психологического климата в семье в начале реабилитационных мероприятий и последующей динамикой межличностных отношений постинсультных больных и их родственников. Впервые на основе выделенных нарушений межличностных отношений в семьях больных инсультом и их динамики на эмоционально-чувственном, когнитивном и поведенческом уровнях сформулированы задачи для социально-психологической работы с пациентами и их родственниками уже в остром периоде инсульта.

Впервые проведен сравнительный анализ динамики межличностных отношений больных инсультом и их родственников в период ранней реабилитации в процессе традиционного лечения и после проведения социально-психологической работы с семьей. Эмпирически обоснована эффективность проведения социально-психологической работы с семьями больных инсультом непосредственно в остром периоде заболевания, что расширяет научные представления о возможностях раннего включения социально-психологической помощи больным инсультом и их родственникам в систему комплексной реабилитации с целью улучшения межличностных отношений и повышения социально-психологической адаптации данной категории населения.

Теоретическая значимость исследования определяется вкладом в разработку социально-психологических аспектов функционирования малых групп в трудных жизненных ситуациях, методов их исследования и социально-психологической коррекции. Раскрыты нарушения социально-психологического содержания межличностных отношений больных инсультом и их родственников непосредственно в острой стадии заболевания, что расширяет научное понимание проблемы деформации межличностных отношений при возникновении в семье родственника, имеющего инвалидизирующее заболевание. Результаты исследования расширяют теоретические представления о роли семьи и внутрисемейных отношений в процессе реабилитации больных церебральным инсультом и возможностях социально-психологической помощи не только па-

циентам, но и родственникам больных непосредственно в острой стадии заболевания.

Различия в динамике семейных отношений во время традиционного восстановительного лечения и после проведения социально-психологической работы с семьей в период ранней реабилитации подтверждают предположение о возможностях улучшения эмоционального, когнитивного и поведенческого компонентов межличностных отношений больных инсультом и их родственников уже в остром периоде заболевания. Полученные результаты исследования могут быть использованы в научном процессе для дальнейшего изучения теоретических, методологических и практических проблем развития межличностных отношений в семьях больных инсультом на разных этапах реабилитации и разработки комплексной программы социально-психологической реабилитации больных инсультом и их родственников с учетом выявленной динамики.

Практическая значимость результатов исследования. Выделенные в работе нарушения и закономерности развития межличностных отношений у больных инсультом и их родственников в острой стадии заболевания и сформулированные на их основе задачи для социально-психологической работы с семьей на ранних этапах реабилитации могут быть использованы в целях повышения эффективности профилактических и коррекционных мероприятий в работе с данными пациентами. Совокупность психодиагностических методик для изучения их межличностных отношений в остром периоде могут быть введены в инструментарий практического психолога и использованы для выявления приоритетных целей и задач социально-психологической работы, планирования и оценки ее эффективности.

Эмпирически доказана возможность включения в реабилитацию в острый период инсульта социально-психологической работы с больными и ухаживающими за ними родственниками, направленной на улучшение межличностных отношений в семье. Используемый в работе комплекс техник и приемов может помочь психологам и социальным работникам, занимающимся с такими больными, в разработке стратегии социально-психологической работы с больными инсультом и их родственниками на разных этапах реабилитации.

В результате исследования обоснована эффективность применения социально-психологической работы с больными и ухаживающими за ними родственниками непосредственно в остром периоде заболевания. Включение социально-психологической работы с семьями постинсультных больных в систему комплексной реабилитации уже на ранних ее этапах позволит улучшить межличностные отношения в семье, повысить социально-психологическую адаптацию больных инсультом и их родственников, расширить реабилитационные возможности пациентов и повысить качество системы реабилитационных мероприятий.

Результаты исследования в настоящий момент используются в учебном процессе – в обучении студентов психолого-социального факультета Российского Государственного Медицинского Университета (РГМУ); в обучающих программах постдипломного образования РГМУ; для повышения квалификации клинических психологов и врачей в рамках Ведомственной целевой про-

граммы «Снижение смертности и инвалидности от сосудистых заболеваний головного мозга в Российской Федерации», являющейся компонентом национального проекта «Здоровье». В рамках комплексной реабилитации больных церебральным инсультом в неврологическом отделении 31 ГКБ г. Москвы проводится психологическая работа, частью которой является социально-психологическая работа с семьей больного, в процессе которой широко используются научно-практические разработки данного исследования.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. В межличностных отношениях больных церебральным инсультом и их родственников в острой стадии заболевания вне зависимости от тяжести функционального состояния пациента выявлен ряд общих нарушений на эмоциональном, когнитивном и поведенческом уровнях, включающих: переживание социальной изолированности; отсутствие понимания последствий заболевания и неопределенность в построении взаимоотношений в новых социально-психологических условиях; социально-психологическая депривация, замкнутость и отстраненность от других людей; низкий уровень самоконтроля, коммуникативная индифферентность, пассивность поведения со стороны пациентов; возникновение стиля гиперопеки в стиле общения, чрезмерный контроль над собой и действиями больного со стороны ухаживающих родственников.

2. По ходу реабилитации у больных инсультом и их родственников снижается интенсивность негативных переживаний, уменьшается страх и растерянность перед ситуацией болезни; улучшается отношение к своему настоящему и будущему; снижается уровень социально-психологической депривации и изолированности; однако, увеличения эмоциональной близости в межличностных отношениях, улучшения взаимопонимания и поведенческого взаимодействия в семье к концу острого периода заболевания не происходит, а в ряде случаев даже, наоборот, отмечается ухудшение показателей, что обусловлено нарастанием у больных инсультом и их родственников нереализованных аффективных реакций и их неадекватным проявлением в процессе общения и взаимодействия друг с другом вследствие сохранения в острой стадии инсульта избыточного уровня контроля со стороны ухаживающих родных, препятствующего своевременному отреагированию неприятных эмоций и возникновению у пациентов активной позиции в лечении и построении благоприятного психологического климата в семье в новых социально-психологических условиях.

3. Психологический климат в семье больных церебральным инсультом оказывает значимое влияние на динамику межличностных отношений пациентов и их родственников в процессе ранней реабилитации и является существенным фактором в повышении уровня социально-психологической адаптации больных и их родственников. Чем лучше качество психологического климата в семье в начале реабилитационных мероприятий, тем более выражено снижение показателей социальной изолированности к концу острой стадии инсульта у пациентов и ухаживающих за ними родственников и тем лучше способность восприятия и оценки поддержки со стороны членов семьи.

4. Включение в раннюю реабилитацию социально-психологической работы с больными инсультом и их родственниками достоверно улучшает дина-

мику показателей межличностных отношений, наблюдаемых в острой стадии заболевания во время традиционного восстановительного лечения, а также способствует увеличению эмоциональной близости и открытости в отношениях пациентов и ухаживающих за ними родственников; росту взаимопонимания, взаимоподдержки и удовлетворенности взаимоотношениями; снижению избыточного контроля со стороны родственников; увеличению уровня самоконтроля и личностной активности со стороны пациентов. Полученные результаты указывают на доступность нарушенных межличностных отношений для социально-психологической коррекции уже в острой стадии заболевания.

Апробация результатов исследования

Основные положения и результаты диссертационного исследования были представлены на Международном съезде нейропсихологов в рамках российско-британского партнерства в области неврологии (г. Москва, июнь 2007 г.); на Межрегиональной научно-практической конференции «Современные клинические проблемы в неврологии и психоневрологии» (г. Ставрополь, ноябрь 2007 г.); на I Международном конгрессе «Нейрореабилитация-2009» (г. Москва, июнь 2009 г.); на Международном русско-французском конгрессе «Les langages de l'être quand l'esprit parle au corps» (г. Москва, июнь 2009 г.); на заседании кафедры психотерапии психолого-социального факультета Российского Государственного Медицинского Университета (г. Москва, июнь 2009 г.); на Международной научно-методической конференции «Интегративная психология: теория и практика» (г. Ярославль, апрель 2010 г.); на II Международном конгрессе «Нейрореабилитация-2010» (г. Москва, июнь 2010 г.); на заседании кафедры социальной и политической психологии Ярославского государственного университета им. П.Г. Демидова (г. Ярославль, апрель 2011 г.).

Структура и объем диссертации. Работа состоит из введения, трех глав, выводов после каждой главы, заключения, библиографии и приложений. Общий объем работы составляет 202 страницы. Диссертация содержит 27 таблиц и 7 рисунков. Список литературы включает 174 библиографических источников, из которых 131 – отечественных, 43 – зарубежных авторов.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во **введении** обосновывается выбор темы диссертации, ее актуальность, определяются цели, задачи, объект, предмет исследования, обозначены научная новизна, теоретическая и практическая значимость работы, сформулированы гипотеза диссертационного исследования и основные положения, выносимые на защиту.

В **первой главе «Феноменология межличностных отношений в семьях с тяжелобольным родственником в процессе комплексной реабилитации (на примере семей постинсультных больных)»** представлен анализ отечественных и зарубежных исследований как в целом по проблеме межличностных отношений, так и по проблеме построения взаимоотношений в семьях

больных инсультом и оказания социально-психологической помощи пациентам и их родственникам в процессе комплексной реабилитации.

В параграфе 1.1. «Социально-психологические характеристики межличностных отношений в семье» раскрывается понятие «межличностные отношения», рассматриваются когнитивный (гностический, информационный), эмоционально-чувственный (аффективный) и поведенческий (практический, регуляторный) компоненты. Подчеркивается, что межличностные отношения являются основой формирования психологического климата в семье. В работе рассматриваются характеристики семьи как социальной системы (А.А. Бодалев, А.Я. Варга, Б.Ф. Ломов, С. Минухин, В. Сатир, В.В. Столин, Д. Уолсон, Д. Хейли, А.В. Черников, Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкий и др.) и характеристики, присущие ей как малой группе (Г.М. Андреева, Т.В. Андреева, С.И. Голлод, А.И. Донцов, М. Земская, Р.Л. Кричевский, Н.Н. Обозов, А.Л. Свенцицкий и др.). Для *благоприятного психологического климата в семье* характерны следующие признаки: открытость в проявлении чувств, сплоченность, доброжелательность друг к другу, чувство защищенности и эмоциональной удовлетворенности, гибкость взаимоотношений между членами семьи, поддержка при столкновении с трудностями, возможность всестороннего развития личности каждого члена семьи, гордость за принадлежность к своей семье, ответственность. *Неблагоприятный психологический климат* проявляется в виде эмоционального дискомфорта у членов семьи, наличия тревоги, отчуждения, что препятствует эффективной реализации функций жизнедеятельности семьи.

В работе раскрываются особенности взаимоотношений в семье при столкновении с трудными жизненными ситуациями. С точки зрения теории кризисов развития личности (Б.С. Братусь, Ф.В. Василюк, В.В. Козлов), возникновение дисбаланса в жизни человека в связи с последствиями тяжелого инвалидизирующего заболевания приводит его к новой социальной ситуации, когда возникает кризис. С одной стороны, возникновение серьезного заболевания затрагивает все уровни человеческого функционирования (физиологический, личностный, уровень межличностного и социального взаимодействия) не только у людей, непосредственно оказавшихся в ситуации болезни, но и у членов их семей (И.Г. Малкина-Пых, 2005). А с другой стороны – межличностные отношения в семье сами оказывают существенное влияние на возникновение, течение и исходы различного рода заболеваний, выступая или в роли источника поддержки, или в виде дополнительного стресса. В работе представлены результаты зарубежных и отечественных исследований, доказывающие важность для больного человека социальной поддержки со стороны родственников в процессе преодоления болезни.

В параграфе 1.2. «Особенности межличностных отношений в семьях больных церебральным инсультом» дано определение церебрального инсульта, описаны различные изменения эмоционально-личностной сферы больных в зависимости от локализации и обширности очага поражения, давности заболевания и имеющихся ранее инсультов, способствующие социально-психологической дезадаптации больного, и оказывающие влияние на построение взаимоотношений пациентов с другими людьми. Как показывает анализ научной лите-

ратуры, социально-психологические характеристики межличностных отношений больных инсультом и их родственников находятся в основном в поле зрения зарубежных исследователей. В работе представлены результаты, описывающие взаимосвязь изменений внутрисемейных отношений от психоэмоционального состояния пациента, половой принадлежности и степени родства ухаживающего родственника. Отмечается также, что для успешного преодоления последствий инсульта необходимо активное участие родственников пациентов в реабилитации с целью снижения у больного негативных реакций на болезнь и формирования установок на лечение и выздоровление (А. Colantonio, S.V. Kasl, A.M. Ostfeld et al., 1996; В. Lofgren, L. Nyberg, P.O. Osterling et al., 1997; Т.Д. Демиденко, О.А. Балунов).

В параграфе 1.3. «Психологическая работа с семьями больных инсультом в процессе комплексной реабилитации» раскрываются понятие и принципы комплексной реабилитации больных церебральным инсультом. Реабилитация, основанная на биопсихосоциальной модели (М.М. Кабанов, G. Engel), позволяет воздействовать не только на физическое состояние пациентов, но и на широкий диапазон социальных и психологических факторов, которые оказывают негативное влияние на восстановление больных инсультом и их адаптацию в новых социально-психологических условиях. При этом на всех этапах лечения необходимым является обращение к личности больного, т.к. полноценный комплекс реабилитационных мероприятий может осуществляться лишь при *активной позиции больного* в реабилитации (Т.Д. Демиденко, Н.Г. Ермакова, 2004; М.М. Кабанов, 1998; В.И. Скворцова, Г.Н. Голухов, Л.Л. Тутанцев, В.В. Гудков и др., 2004).

В работе представлено описание различных подходов зарубежных и отечественных авторов к оказанию психологической помощи семьям больных инсультом. Отмечается, что, не смотря на важность включения в реабилитацию психологической работы с семьей, проблема оказания специализированной социально-психологической помощи пациентам и их родственникам в острый и ранний восстановительный периоды заболевания, остается малоизученной.

В параграфе 1.4. подводятся итоги теоретического анализа литературы.

Во **второй главе «Характеристика эмпирического исследования межличностных отношений больных инсультом и их родственников»** дано описание экспериментальной и контрольной групп, модели исследования и методов, применяемых в работе, а также обозначены определенные ограничения при разработке и проведении эмпирического исследования.

В параграфе 2.1. «Характеристика выборки испытуемых» дано описание выборки, критериев включения и исключения больных из исследования.

Общий объем выборки составил 180 испытуемых (90 больных и 90 родственников). Все испытуемые были разделены на две эквивалентные группы – экспериментальную (гр. 1) и контрольную (гр. 2), в каждую из которых входили 45 больных с впервые развившимся ишемическим инсультом, доступных психологическому обследованию, и 45 родственников, непосредственно осуществляющих уход в больнице и планирующих продолжать ухаживать за пациентом после выписки. В обеих группах с больными инсультом проводилось традици-

онное восстановительное лечение, а в экспериментальной группе с пациентами и их родственниками помимо традиционного лечения осуществлялась социально-психологическая работа, направленная на улучшение межличностных отношений в семье.

В гр. 1 вошли 22 женщины (49%) и 23 мужчины (51%), средний возраст которых составил $57,73 \pm 4,36$ лет. Из всех больных – 9 пациентов (20%) были способны к самообслуживанию (имели 1-2 степень инвалидизации по шкале Рэнкина), 36 пациентов (80%) были зависимы от посторонней помощи и нуждались в уходе (3-4 степень инвалидизации по шкале Рэнкина). Гр. 2 составили 18 женщин (40%) и 27 мужчин (60%), средний возраст которых составил $58,07 \pm 3,82$ лет. Из всех больных контрольной группы 14 пациентов (31%) были способны к самообслуживанию (имели 1-2 степень инвалидизации по шкале Рэнкина), 31 пациент (69%) были зависимы от посторонней помощи и нуждались в уходе (3-4 степень инвалидизации по шкале Рэнкина). Сравнительный статистический анализ контрольной и экспериментальной групп с помощью критерия χ^2 не выявил значимых различий ($p > 0,05$), что позволило подтвердить эквивалентность групп.

В параграфе 2.2. «Описание этапов эмпирического исследования» обозначено, что исследование межличностных отношений больных церебральным инсультом и их родственников проводилось в остром периоде заболевания, когда больные находились на реабилитации в неврологическом отделении 31 ГКБ г. Москвы, и состояло из трех последовательных этапов. *Первый этап* – проведение первичной психологической диагностики межличностных отношений больных инсультом и их родственников в обеих группах испытуемых на 7-8 сутки инсульта. *Второй этап* – проведение социально-психологической работы с экспериментальной группой больных инсультом и их родственников, направленной на улучшение межличностных отношений в семье. *Третий этап* заключался в осуществлении повторной диагностики межличностных отношений больных и их родственников в обеих группах на 28 сутки инсульта перед выпиской пациентов из стационара.

Стоит отметить определенные сложности и ограничения при разработке и проведении эмпирического исследования. Во-первых, тяжесть соматического состояния и нарушения психической сферы у больных инсультом в острой стадии заболевания обуславливает строгий отбор участников исследования. Во-вторых, функциональное состояние пациентов в острой стадии заболевания ограничивает выбор валидных, репрезентативных психодиагностических методик. В-третьих, срок пребывания больного в неврологическом отделении не превышает трех недель, что сказывается на выборе техник психологического консультирования и возможностях проведения социально-психологических мероприятий. В-четвертых, после выписки пациентов из стационара связь с ними теряется, что не позволяет проводить отсроченное наблюдение за последующей динамикой межличностных отношений в семьях этих больных.

В параграфе 2.3. «Описание методов эмпирического исследования межличностных отношений в семьях постинсультных больных» представлен обзор методов, используемых в рамках данного диссертационного исследования. При

формировании групп испытуемых использовался анализ медицинских карт больных инсультом, чтобы определить локализацию очага поражения и тяжесть функционального состояния больного, а также применялась «Шкала неспособности Рэнкина» для оценки уровня инвалидизации пациента (степени зависимости от помощи окружающих).

При проведении психологической диагностики был использован комплекс валидных, репрезентативных, стандартизированных методик, возможных для применения у данного контингента больных. В «батарею» психодиагностических методик вошли многомерная межличностная методика «Гиссенский личностный опросник» (Е.А. Голынкина, Г.Л. Исурина, 1993), позволяющий определить картину социальных связей пациентов и их родственников и оценить степень риска социальной дезадаптации. «Экспресс-диагностика уровня социальной изолированности личности» (Д. Рассел, М. Фергюссон) применялась для определения уровня субъективного переживания одиночества в межличностных отношениях. Для оценки характера межличностных отношений в семье использовалась методика диагностики психологического здоровья семьи «Адаптивность в микросоциальных отношениях» (В.С. Торохтий, 2006). С целью определения эффективности восприятия социальной поддержки использовалась «Многомерная шкала восприятия социальной поддержки» (M.S.P.S.S., Г. Зимет, 1988). Для оценки отношений, сложившихся между больным инсультом и ухаживающим за ним родственником, использовалась «Шкала дифференциальной оценки отношений (ДОО)» (А.Н. Волкова) и «Цветовой тест отношений» (Е.Ф. Бажин, А.М. Эткинд, 1985) в кратком варианте. В процессе социально-психологической работы использовались методики когнитивно-поведенческой терапии, приемы рациональной терапии, элементы недирективной суггестии, арттерапии, приемы семейного консультирования.

Статистико-математическая обработка данных осуществлялась с помощью комплекса критериев: хи-квадрат (χ^2) для проверки эквивалентности групп испытуемых; критерий Фишера (ϕ) для выявления различий в частоте встречаемости признака; двухфакторный дисперсионный анализ ANOVA и критерий Ньюмана-Кейлса (q) для сравнения динамики показателей при первичной и повторной диагностике; коэффициент корреляции Пирсона (r) для описания взаимосвязей между признакам.

В параграфе 2.4. отражены основные выводы второй главы.

В третьей главе **«Оценка динамики межличностных отношений больных церебральным инсультом и их родственников в период ранней реабилитации»** в параграфе 3.1. «Анализ результатов первичной диагностики межличностных отношений больных инсультом и их родственников в острой стадии заболевания» представлено описание нарушений в межличностных отношениях в семье в острой стадии инсульта.

В результате анализа и обобщения данных первичной диагностики были выделены следующие показатели внутрисемейных отношений больных инсультом в остром периоде заболевания. На эмоциональном уровне у пациентов и их родственников преобладает состояние подавленности, растерянности перед ситуацией болезни, неопределенности в построении взаимоотношений в новых

социально-психологических условиях. Переживание социальной изолированности характерно и для пациентов, и для ухаживающих за ними родственников. Также было выявлено наличие низкого уровня самоконтроля у больных инсультом, проявляющееся трудностями управления эмоциями в процессе общения. Родственники же, наоборот, склонны чрезмерно контролировать свои переживания и скрывать их от окружающих.

На когнитивном уровне – представления пациентов и их родственников об инсульте характеризуются отсутствием понимания последствий заболевания на повседневный образ жизни и качество их межличностных отношений. Родственники в острой стадии инсульта в большинстве случаев воспринимают пациента неразрывно от его болезни. Больные и их родственники в этот период склонны идеализированно воспринимать свое прошлое по сравнению с безрадостным настоящим и неопределенным будущим. *На поведенческом уровне* – отмечается замкнутость и отстраненность от других людей, снижение способности эффективно взаимодействовать со своим социальным окружением. Не только у больных инсультом, но и у их родственников в острой стадии инсульта выявлена социальная изоляция средней и высокой степени выраженности. В качестве основного источника поддержки в сложившейся ситуации больные выделяют своих родных, в то время как родственники в большей степени склонны воспринимать поддержку от посторонних людей. Для больных инсультом в данный период характерно уступчивое, пассивное поведение. Родственники же вынуждены занимать более активную позицию как в процессе лечения, так и в налаживании межличностных отношений в семье.

Распределение показателей по шкалам *Гиссенского теста* представлено на рис. 1 и позволяет оценить картину социальных связей у больных инсультом и их родственников в начале острой стадии заболевания.

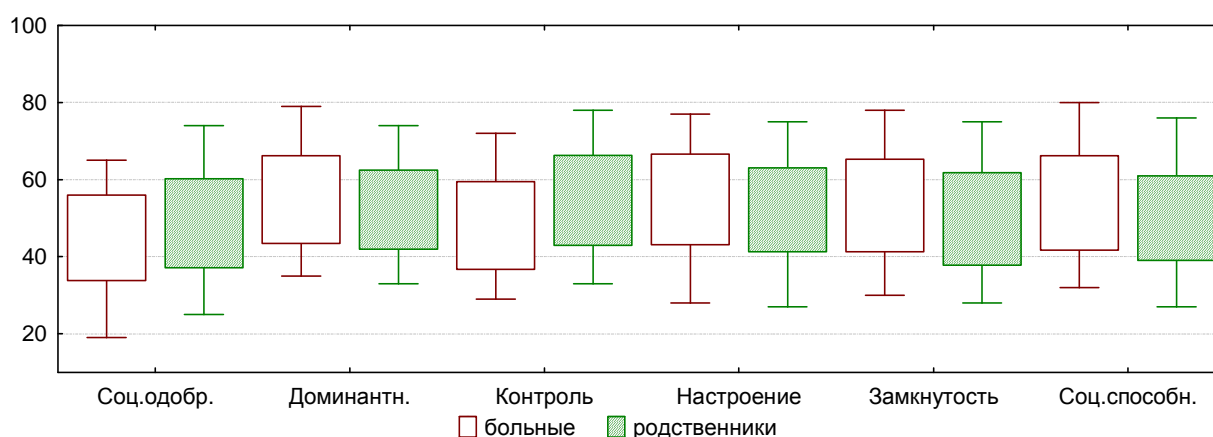


Рис. 1. Усредненный профиль по Гиссенскому тесту у больных инсультом и их родственников при первичном обследовании

Различия в распределении низких и высоких показателей по шкале социального одобрения (у больных – 34,4% против 8,9%, соответственно; у родственников – 24,4%, против 21,1%) указывают на то, что пациенты в большей

степени ощущают изменение своего социального статуса в связи с болезнью и субъективно воспринимают свое состояние, как более тяжелое. Однако большое количество низких значений по этой шкале у родственников означает, что в острой стадии инсульта у них также снижена способность эффективно взаимодействовать с окружающими людьми. Преобладание доли высоких значений над низкими по шкале открытости-замкнутости у больных инсультом и у родственников также указывает на социальную изоляцию.

Показатели по шкале доминатности указывают на то, что для пациентов в большей степени, чем для их родственников, характерно уступчивое, пассивное поведение (χ^2 ; $p=0,032$). Покладистость больных во многом обусловлена необходимостью беспрекословно выполнять требования лечащего врача на ранних этапах реабилитации даже при несогласии и неприятии ситуации. Однако избыточная склонность к подчинению, уступчивое поведение больных церебральным инсультом могут приводить в последующем к увеличению зависимости и несамостоятельности в поведении.

Распределение показателей по шкале контроля свидетельствует о низком уровне самоконтроля у больных инсультом, о склонности пациентов к эмоциональным вспышкам (количество низких значений преобладает над высокими – 24,4% против 12,2%, соответственно). Ухаживающие за больными родственники же, наоборот, в большей степени склонны контролировать свои переживания и скрывать их от окружающих, чрезмерно контролировать себя и происходящее вокруг (количество высоких значений преобладает над низкими – 36,7% против 13,3%). Такой высокий уровень контроля над собой, пренебрежение своими интересами со стороны родственников способны усиливать еще большую социальную изоляцию, а впоследствии приводить к эмоциональным срывам и межличностным конфликтам.

При анализе показателей шкал Гиссенского теста были выявлены значимые различия по гендерному параметру. Было обнаружено, что женщины-пациенты в большей степени склонны вести себя послушно и терпеливо в процессе ранней реабилитации по сравнению с мужчинами-пациентами (χ^2 ; $p=0,017$). Для них в большей степени характерно переживать случившееся внутри себя, скрывать свои эмоции от других, в то время как мужчины не стремились к глубокому анализу сложившейся ситуации, порой не сдерживали своего раздражения, старались в большей степени проявить свою независимость (χ^2 ; $p=0,098$).

Результаты *экспресс-диагностики уровня социальной изолированности* показывают, что у больных инсультом и их родственников в остром периоде заболевания в подавляющем большинстве случаев (82,7% и 79,9%, соответственно) наблюдается социальная изоляция средней и высокой степени выраженности. Стоит отметить, что между уровнем социальной изолированности и тяжестью заболевания значимых взаимосвязей выявлено не было ($r=0,152$, $p>0,05$), что свидетельствует о том, что вне зависимости от степени инвалидизации больные инсультом чувствуют себя социально изолированными от других людей и нуждаются в поддержке. Высокий уровень социальной изолиро-

ванности в большей степени характерен для женщин-пациентов, чем для мужчин (χ^2 ; $p=0,021$).

Сравнительный анализ показателей восприятия социальной поддержки («*M.S.P.S.S.*») у больных инсультом и их родственников показал, что родственники в сложившейся ситуации в большей степени, чем пациенты, склонны воспринимать необходимую поддержку со стороны друзей (q ; $p=0,034$), в то время, как для больных инсультом наиболее значимым является восприятие поддержки со стороны семьи (q ; $p=0,041$). Оценка психологической атмосферы в семье с помощью «*Шкалы дифференциальной оценки отношений (ДОО)*» показала, что в обеих группах большинство больных инсультом и их родственников удовлетворены своими межличностными отношениями (количество средних и высоких оценок в гр. 1 – 73,3%, в гр. 2 – 85,5%). Корреляционный анализ позволил выявить взаимосвязь между уровнем оценки внутрисемейных отношений и восприятием социальной поддержки по субшкале «семья». Полученные результаты показали, что, чем лучше психологический климат в семье, тем лучше восприятие больными инсультом и их родственниками социальной поддержки от членов семьи ($r=0,713$, $p<0,01$). Также взаимосвязь была обнаружена между существующей в семье психологической атмосферой и уровнем социальной изолированности личности ($r=-0,356$, $p<0,05$). Обратная корреляция указывает на то, что, чем лучше в семье психологическая атмосфера, тем ниже уровень социальной изолированности у пациентов и их родственников.

Интерпретация результатов «*Цветового теста отношений (ЦТО)*» включала в себя две процедуры: во-первых, сопоставление цветов, связанных с понятиями, с их местом в раскладке, и, во-вторых, анализ цветового предпочтения. Расположение таких понятий, как «Мое настроение», «Моя болезнь»/«Болезнь моего родственника», «Мое настоящее», «Мое будущее» во второй половине цветового ряда, а также выбор цветов для описания «Моего настроения» (предпочтение отдавалось серому, синему, коричневому и черному цветам, при практически полном отсутствии красного и желтого) указывает на угнетенное состояние пациентов и их родственников, пессимистическую оценку ими случившегося, неприятие происходящего и недостаток сил для преодоления кризисной ситуации. Цвета, ассоциирующиеся с понятием «Мой родственник», пациенты чаще располагали в первой половине раскладки (60,0%/40%), в то время как их родственники, наоборот, отдавали предпочтение позициям во второй половине раскладки (41,1%/58,9%). Такие результаты, скорее всего, обусловлены восприятием родными пациента неразрывно от его болезни, что подтверждается выбором преимущественно коричневого цвета (23,3%) для описания понятия «Мой родственник».

Соотношение доли основных цветов и дополнительных в выборе понятий у больных инсультом и их родственников в целом схожи между собой, за исключением описания понятий «Я» (ϕ ; $p=0,027$) и «Мое настоящее» (ϕ ; $p=0,03$). Характеризуя свое «Я», пациенты склонны чаще выбирать дополнительные цвета, среди которых основным является серый цвет (27,8%), что указывает на их растерянность, неуверенность в себе и пассивность в изменении сложившейся ситуации. У родственников по понятию «Я» доля основных цветов преобла-

дает над дополнительными (63,4%/36,6%), однако, цветовой выбор указывает на наличие печали, усталости, сосредоточенности на происходящем и потребности в анализе случившегося. Распределение цветовых предпочтений по понятиям «Мое прошлое», «Мое настоящее», «Мое будущее» свидетельствует об идеализации своего прошлого и больными, и их родственниками.

В параграфе 3.2. «Стратегия социально-психологической работы с больными церебральным инсультом и их родственниками в период ранней реабилитации» представлено описание проводимой нами поэтапной социально-психологической работы с семьей в острой стадии инсульта. В рамках данного исследования социально-психологическая работа была направлена на увеличение эмоциональной близости между пациентом и ухаживающим за ним родственником, рост взаимопонимания между ними, повышение эффективности их поведенческого взаимодействия, т.е. затрагивала эмоционально-чувственный, когнитивный и поведенческий уровни межличностных отношений.

Социально-психологическая работа с семьями постинсультных больных проводилась на протяжении трех недель пребывания больного в палате реабилитации (с 7 по 28 сутки инсульта) в виде очных сессий с пациентом и ухаживающим за ним родственником, продолжительностью от 20 до 40 минут в зависимости от тяжести состояния больного и этапа работы. Общее количество рабочих консультаций – 12, включая первичную и заключительную встречи. В связи с тяжестью соматического состояния и нарушениями психической сферы у больных инсультом в острой стадии заболевания, малым сроком пребывания в стационаре и отсутствием личного запроса на социально-психологическую работу, возможности применения целого ряда методик психологического консультирования были ограничены. Социально-психологическая работа состояла из нескольких последовательных этапов, на каждом из которых выделены свои задачи и подобраны наиболее эффективные методы решения.

1. *Первичная беседа* отдельно с больным инсультом и отдельно с его родственником на 7-8 сутки с целью установления контакта, создания атмосферы безопасности и доверия, оценки актуального психоэмоционального состояния, частичного проведения первичной психологической диагностики, объяснения родственникам важности их активного участия в реабилитации. Для достижения поставленных целей основным методом работы с больными инсультом и их родственниками была клиническая беседа с приемами эмпатического слушания и элементами рациональной терапии.

2. *Индивидуальная работа* отдельно с больным инсультом и ухаживающим родственником с целью первичного снижения психоэмоционального напряжения и подготовки к конструктивному взаимодействию в дальнейшем. На этом этапе выделяются два блока работы: информационный и личностный. *Цели информационного блока* – завершение первичной психологической диагностики и озвучивание полученных результатов; информирование родственников о психологическом состоянии больного в связи с инсультом; информирование и больного, и родственника о влиянии семьи и внутрисемейных отношений на эффективность реабилитации. Для достижения поставленных целей использовалась приемами рациональной терапии. *Личностный блок* охватывает эмоцио-

нальную, когнитивную и поведенческую сферы больного и ухаживающего родственника. Для отреагирования неприятных переживаний, переосмысления негативного опыта и активизации внутренних ресурсов использовались техники арттерапии, техники ободрения и успокоивания, беседа с элементами недирективной суггестии, эмпатическое слушание. Техники рациональной и когнитивно-поведенческой терапии использовались для выяснения и трансформации иррациональных установок, изменения отношения к болезни и перспективам лечения; коррекции дезадаптивных форм поведения.

3. *Совместная работа* с больным инсультом и ухаживающим родственником с целью увеличения сплоченности и взаимопонимания во взаимоотношениях; помощи в конструктивном решении конфликтных ситуаций в межличностном общении; помощи в перераспределении ролей в семье; увеличение открытости во взаимоотношениях, снижение уровня социальной изолированности. На данном этапе использовались техники рациональной и когнитивно-поведенческой терапии для поиска новых вариантов поведения, построения адекватного паттерна взаимоотношений в семье (лишенного гиперопеки или игнорирования). Создание совместных рисунков помогало налаживать взаимоотношения в семье, способствовало повышению эффективности взаимодействия. Приемы семейного консультирования позволили выявить сложности ролевого взаимодействия и найти оптимальный баланс между помощью и самостоятельностью больного.

4. *Заключительный этап*, включающий в себя проведение повторной диагностики, подведение итогов работы и формулирование рекомендаций для членов семьи к моменту выписки больного.

Вышепредставленная схема поэтапной социально-психологической работы не является универсальной и единственно верной, а представляет лишь один из возможных путей решения столь актуальной проблемы как улучшение межличностных отношений больных инсультом и их родственниками непосредственно в острой стадии заболевания.

В параграфе 3.3. «Сравнительный анализ динамики межличностных отношений больных инсультом и их родственников при включении в раннюю реабилитацию социально-психологической работы с семьей и без нее» представлено сравнение результатов первичной и повторной диагностики показателей межличностных отношений в обеих группах. Межгрупповое сравнение динамики значений позволяет оценить эффективность включения в раннюю реабилитацию социально-психологической работы с семьей.

Для больных инсультом в процессе лечения к концу острого периода заболевания характерно постепенное снижение количества негативных переживаний, активизация усилий для борьбы с болезнью, снижение уровня социальной изоляции, что отражается в положительной динамике показателей *Гиссенского теста* при повторном обследовании. Значимая положительная динамика показателей наблюдается по всем шкалам опросника (q ; $p < 0,01$) за исключением шкалы контроля в гр. 2 (q ; $p = 0,118$). Полученные данные указывают на то, что уровень самоконтроля у пациентов на данном этапе реабилитации по-прежнему остается низким. При этом включение социально-психологической

работы в раннюю реабилитацию позволяет увеличить у пациентов уровень самоконтроля уже в остром периоде заболевания ($q; p=0,002$) и значимо улучшить динамику остальных показателей – занять в процессе терапии более активную позицию; увеличить открытость во взаимодействии с другими людьми; увеличить личностную активность в реабилитации и построении взаимоотношений с ухаживающими за ними родственниками (см. табл. 1).

Таблица 1.

Сравнение динамики показателей ГТ у больных инсультом в экспериментальной и контрольной группах (среднее значение)

Название шкалы	Гр. 1		Гр. 2		q-критерий
	первичная диагностика	повторная диагностика	первичная диагностика	повторная диагностика	
1. Соц.одобр.	44,69±11,22	49,38±9,66	45,11±11,10	47,11±10,12	$p<0,001$
2. Доминантн.	54,62±11,48	51,58±10,62	55,04±11,37	53,22±10,81	$p=0,002$
3. Контроль	47,96±11,59	50,42±10,03	48,24±11,24*	48,73±10,55*	$p=0,002$
4. Настроение	55,11±11,67	50,64±9,61	54,64±11,94	52,71±10,84	$p<0,001$
5. Замкнутость	53,69±12,65	50,31±11,17	52,84±11,49	51,76±10,88	$p=0,003$
6. Соц.способ.	54,13±12,27	50,91±10,86	53,69±12,38	52,18±11,42	$p=0,004$

Примечание:

звездочкой (*) отмечены значения, статистически не различающиеся ($p>0,05$).

Как в экспериментальной, так и в контрольной группе наибольшие изменения по шкале социального одобрения и социальных способностей наблюдаются в семьях, высоко оценивающих психологический климат в семье при первичной диагностике ($q; p<0,05$). В процессе лечения такие больные в большей степени отмечают рост уверенности в себе, увеличение социальной активности и своей значимости в общении, не смотря на изменение социального статуса в связи с болезнью. Однако даже среди этих пациентов более значимое увеличение показателей наблюдается у больных, с которыми проводилась социально-психологическая работа.

У родственников больных в контрольной группе положительная динамика показателей затрагивает большинство шкал ГТ, за исключением шкалы контроля ($q; p=0,139$) и шкалы открытости-замкнутости ($q; p=0,537$). Полученные данные свидетельствуют о том, что во время традиционного лечения к концу острой стадии инсульта у родственников остается избыточный контроль над собой и действиями больного. Такое поведение препятствует возникновению у самих пациентов активной позиции, что подтверждает описанные ранее данные об отсутствии у больных контрольной группы положительной динамики по шкале контроля. К тому же, при повторной диагностике родственники, осуществляющие уход, отмечают снижение способности к непринужденному общению, к длительному поддержанию контакта с пациентами, что, по-видимому,

обусловлено увеличением усталости, напряжения от постоянного контроля, необходимости скрывать свои переживания и потребности, снижением уровня первичной мобилизации собственных сил. У родственников, с которыми проводилась социально-психологическая работа, значимая динамика показателей наблюдается во всех шкалах опросника ($q; p < 0,01$): увеличивается открытость во взаимоотношениях, снижается избыточный контроль над собой и действиями больного, увеличивается социальная активность.

При повторном обследовании испытуемых с помощью *экспресс-диагностики уровня социальной изолированности* в обеих группах наблюдается статистически достоверное снижение показателей ($q; p < 0,05$), однако, динамика значений в гр. 1 у пациентов и родственников более выражена и достоверно отличается от динамики в контрольной группе (см. табл. 2).

Таблица 2.

Динамика показателей социальной изолированности
в экспериментальной и контрольной группах (среднее значение)

	Первичная диагностика	Повторная диагностика	Достоверность различий (q-критерий)
Больные гр. 1	36,18±11,66	28,84±11,59	$p < 0,001$
Больные гр. 2	34,67±12,71	32,78±12,18	$p = 0,012$
<i>Достоверность межгрупповых различий (q)</i>			$p = 0,002$
Родственники гр. 1	29,47±11,52	24,89±11,79	$p < 0,001$
Родственники гр. 2	28,96±11,12	27,89±12,38	$p = 0,040$
<i>Достоверность межгрупповых различий (q)</i>			$p < 0,001$

Анализ результатов показал, что на снижение степени социальной изолированности как у больных инсультом, так и у их родственников влияет психологический климат в семье. В обеих группах наибольшая динамика наблюдается у больных и родственников, высоко оценивающих свои межличностные отношения при первичной диагностике ($q; p < 0,05$). При этом в гр. 1 к концу острого периода инсульта наблюдается более выраженное снижение переживания одиночества ($q; p < 0,01$). У больных, низко оценивающих взаимоотношения с родственниками при первичной диагностике, снижение показателей в контрольной группе не является статистически достоверным ($q; p = 0,335$), в то время как в группе, где проводилась социально-психологическая работа, наблюдается значимое снижение социальной изолированности ($q; p < 0,05$).

Повторное проведение *многомерной шкалы восприятия социальной поддержки* показало, что включение в раннюю реабилитацию социально-психологической работы достоверно улучшает способность восприятия больными поддержки со стороны семьи ($q; p = 0,043$). В контрольной группе больных положительная динамика показателей по субшкале «семья» наблюдается только у пациентов, высоко оценивающих отношения с родными при первичной диагностике ($q; p = 0,026$). Среди больных, низко оценивающих психологическую атмосферу в семье, увеличение показателей восприятия поддержки со

стороны родственников наблюдается только после проведения социально-психологической работы.

Сравнение динамики показателей восприятия социальной поддержки родственниками больных в контрольной и экспериментальной группе показало, что в группе, где проводилась социально-психологическая работа, изменения были более выраженными и достоверно отличались от показателей контрольной группы (q ; $p < 0,05$). Были выявлены значимые различия в динамике значений у женщин и мужчин, осуществляющих уход за больными (q ; $p < 0,05$). Для женщин в большей степени было характерно увеличение показателей восприятия социальной поддержки по субшкале «друзья» и «значимые другие», что свидетельствует об их большей открытости во взаимоотношениях с людьми и готовности принимать от них необходимую поддержку.

При повторной оценке психологической атмосферы в семье и качества межличностных отношений больных инсультом и их родственников с помощью *шкалы дифференциальной оценки отношений*, динамика показателей в гр. 1 значимо отличается от динамики в гр. 2 (q ; $p < 0,001$). В табл. 3 представлены различия в динамике оценок в обеих группах. Больные инсультом и их родственники, участвующие в социально-психологической работе, отмечают улучшение качества взаимоотношений в процессе ранней реабилитации. В контрольной группе положительной динамики в отношениях не наблюдается, и даже, наоборот, среди родственников с высоким уровнем социальной изолированности отмечается ухудшение межличностных отношений с больными (q , $p = 0,025$), проявляющееся в виде нарастания несдержанности со стороны родственников, увеличении конфликтности, взаимных претензий и упреков.

Таблица 3.

Динамика оценок межличностных отношений больными инсультом и их родственниками (среднее значение)

	Первичная диагностика	Повторная диагностика	Достоверность различий (q-критерий), p
Больные гр. 1	44,36±14,31	54,47±16,78	$p < 0,001$
Больные гр. 2	49,53±15,59	48,78±14,18	$p = 0,382$
<i>Достоверность межгрупповых различий (q)</i>			$p < 0,001$
Родственники гр. 1	45,14±15,21	53,88±15,59	$p < 0,001$
Родственники гр. 2	50,29±16,71	50,78±15,34	$p = 0,418$
<i>Достоверность межгрупповых различий (q)</i>			$p < 0,001$

Повторное проведение методики «*Адаптивность в микросоциальных отношениях*» позволило обнаружить, что в семьях, с которыми проводилась социально-психологическая работа, к концу острого периода заболевания наблюдается положительная динамика показателей во всех сферах внутрисемейной адаптивности (эмоциональной, интеллектуальной и поведенческой). В контрольной группе улучшения внутрисемейной адаптивности не происходит

($p > 0,1$). Стоит отметить, что даже высокая оценка психологической атмосферы в семье в начале реабилитации не способствует увеличению показателей внутрисемейной адаптивности к концу острого периода, т.к. статистически достоверных изменений между показателями первичной и повторной диагностики в этих семьях не выявлено ($q; p = 0,086$), а в некоторых случаях, даже наоборот, наблюдается отрицательная динамика. Так, у больных инсультом и их родственников, низко оценивающих свои взаимоотношения при первичной диагностике, к концу острой стадии инсульта наблюдается еще большее снижение эмоциональной близости, способности оказывать необходимую психологическую поддержку, увеличение вспыльчивости и несдержанности ($q; p = 0,008$). Также снижение показателей в таких семьях наблюдается в поведенческой сфере внутрисемейной адаптивности ($q; p = 0,021$), иллюстрируя, что больным инсультом и их родственникам по ходу реабилитации становится все сложнее находить общий язык друг с другом и конструктивно взаимодействовать.

Анализ динамики показателей «ЦТО» показал, что к концу острого периода инсульта в группе, где проводилась социально-психологическая работа, изменения в местоположении цвета и выборе цветовых предпочтений для большинства понятий, достоверно более выражены, чем в контрольной группе ($\varphi; p < 0,05$). Наиболее значимые различия между группами наблюдаются по понятиям «Взаимоотношения с родственником» ($\varphi; p < 0,01$) и «Мой родственник» ($\varphi; p < 0,01$). После социально-психологической работы больные чаще располагают цвета, ассоциирующиеся с этими понятиями, на первых четырех местах в цветовой раскладке, что показывает их большую удовлетворенность своими семейными взаимоотношениями, по сравнению с пациентами контрольной группы.

Межгрупповые различия касаются и перераспределения цветовых ассоциаций по этим понятиям. У пациентов контрольной группы, высоко оценивающих свои взаимоотношения с родными, к концу острого периода инсульта наблюдается увеличение доли красного и желтого цветов и уменьшение доли фиолетового цвета при описании взаимоотношений с родственниками ($\varphi; p < 0,05$). У больных инсультом, низко оценивающих свои взаимоотношения с родными, наоборот, наблюдается увеличение серого и уменьшение желтого цветов в выборе ($\varphi; p < 0,01$). Полученные результаты показывают, что, чем сложнее взаимоотношения в семьях больных инсультом в начале реабилитации, тем хуже их динамика в процессе лечения. Больные чаще склонны занимать пассивную позицию во взаимоотношениях, проявлять раздражительность в межличностных отношениях и перекладывать ответственность за возникающие конфликты на ухаживающих за ними родственников. Включение в реабилитацию социально-психологической работы позволяет улучшить взаимоотношения между ними и повысить готовность пациентов занять более активную позицию, что отражается в увеличении в выборе доли основных цветов ($\varphi; p < 0,001$).

Среди родственников больных наблюдается схожая с пациентами динамика показателей. Наибольшие различия между группами выражены в динамике доли серого цвета при характеристике понятия «Мой родственник»: в гр. 1 наблюдается снижение с 8,9% до 2,2%, в то время как в гр. 2, наоборот, увели-

чение – с 6,7% до 15,5%. По понятию «Взаимоотношения с родственником» было обнаружено значимое увеличение доли дополнительных цветов в выборе у родственников больных, низко оценивающих качество своих межличностных отношений с пациентами при первичной диагностике (φ ; $p=0,021$). Таким образом, полученные результаты указывают на наличие у родственников больных в контрольной группе эмоциональной отстраненности и сложностей в построении адекватных внутрисемейных отношений в новых социально-психологических условиях по сравнению с родственниками, с которыми проводилась социально-психологическая работа. Включение в раннюю реабилитацию социально-психологической работы способствует появлению у родственников, осуществляющих уход, отсутствующих при традиционном лечении положительных изменений по отношению к себе, больному, существующим между ними взаимоотношениям, появлению более четких лечебных и жизненных перспектив, увеличению активности в реабилитационных мероприятиях.

В параграфе 3.4. сформулированы выводы третьей главы.

В заключении подводятся итоги проделанной работы, дающие возможность сделать вывод о подтверждении выдвинутой нами гипотезы, и формулируются **основные выводы**:

1. Теоретический анализ литературы по проблеме построения межличностных отношений личностью, перенесшей церебральный инсульт, а также методологические основы социально-психологического подхода к исследованию межличностных отношений позволяют рассматривать взаимоотношения больных церебральным инсультом и их родственников как социально-психологические взаимосвязи, характеризующиеся эмоциональными переживаниями и системой установок, развивающиеся и проявляющиеся в межличностном взаимодействии, опосредованные содержанием совместной деятельности и общения, изменяющиеся по ходу реабилитации и оказывающее влияние на социально-психологическую адаптацию больного к новой жизненной ситуации.

2. Проведение первичной психологической диагностики позволило выявить нарушения социально-психологического содержания межличностных отношений больных инсультом и ухаживающих за ними родственников в начале острого периода заболевания. На эмоционально-чувственном уровне межличностных отношений у больных и их родственников отмечается состояние безысходности, растерянности в связи с изменением социального статуса больного и необходимостью построения отношений в новых социально-психологических условиях, переживание социальной изолированности. На когнитивном уровне – отсутствие понимания последствий заболевания и их влияния на свою жизнь, выраженная идеализация прошлого. Пациенты оценивают себя как неуверенных, социально слабых личностей, склонных к подчинению в межличностных отношениях; родственники больных – воспринимают пациента вне отрыва от ситуации болезни, рассматривают инсульт как угрозу своему социальному статусу. На поведенческом уровне – замкнутость и отстраненность от других людей, социально-психологическая депривация; наличие пассивного поведения и низкого уровня самоконтроля со стороны пациентов; возникнове-

ние стиля гиперопеки в общении, чрезмерный контроль над собой и действиями больного со стороны ухаживающих родственников.

3. Установлено, что во время традиционного восстановительного лечения на ранних сроках реабилитации в межличностных отношениях больных церебральным инсультом и их родственников не происходит значимого эмоционального сближения, нет улучшения взаимопонимания и поведенческого взаимодействия в семье. В связи с еще острой стадией заболевания у пациентов и их родственников остаются негативные переживания по поводу ситуации болезни, неудовлетворенность возникшими ограничениями, однако интенсивность этих переживаний снижается, улучшается настроение, отношение к своему настоящему и будущему, но сохраняется идеализированное восприятие прошлого; постепенно снижается уровень социальной изолированности. Однако у больных инсультом сохраняется низкий уровень самоконтроля, коммуникативная индифферентность, пассивность поведения. Сохранение у родственников избыточного контроля на протяжении всего острого периода инсульта приводит к нарастанию нереализованных аффективных реакций, увеличению усталости и раздражительности, семейным конфликтам, эмоциональной отстраненности в отношениях с больными; препятствует возникновению у пациентов более активной позиции в реабилитации и построению благоприятного климата в семье уже на ранних этапах реабилитации.

4. Определена взаимосвязь субъективной оценки психологического климата в семье в начале реабилитационных мероприятий и последующей динамики межличностных отношений постинсультных больных и их родственников. В семьях, где высоко оценивался психологический климат, в процессе реабилитации (без проведения социально-психологической работы с семьей) выявлен ряд статистически достоверных изменений, отсутствующих в семьях, низко оценивающих свои взаимоотношения. К ним относятся – увеличение у пациентов социальной активности и своей значимости в общении, не смотря на изменение социального статуса в связи с болезнью; снижение у больных и их родственников уровня социальной изолированности, коммуникативной депривации; увеличение восприятия и оценки социальной поддержки со стороны семьи; появление активной позиции в лечении и построении взаимоотношений в семье.

5. У больных инсультом и их родственников, низко оценивающих свои взаимоотношения при первичной диагностике, к концу острой стадии инсульта выявлено еще большее снижение степени удовлетворенности отношениями: еще больше уменьшается ощущение эмоциональной близости в семейных отношениях, снижается способность оказывать необходимую психологическую поддержку, отмечается увеличение вспыльчивости и несдержанности в межличностном взаимодействии, сохраняется переживание одиночества.

6. С целью улучшения межличностных отношений уже в острой стадии инсульта сформулированы следующие задачи социально-психологической работы с пациентами и их родственниками: снижение негативных переживаний, обусловленных изменением привычных социально-психологических условий функционирования; увеличение эмоциональной близости и открытости в отношениях; снижение уровня социальной изоляции; увеличение взаимопонимания

и взаимоподдержки; осознание своей позиции в межличностных отношениях в новых социально-психологических условиях; информирование родных о психологических особенностях, имеющих место у больных инсультом в связи с болезнью; формирование адекватного отношения к больному и его возможностям (без гиперопеки или, наоборот, игнорирования и обесценивания интересов пациента); повышение эффективности поведенческого взаимодействия; формулирование социально-психологических рекомендаций для членов семьи к моменту выписки больного.

7. Проведение социально-психологической работы с семьями больных инсультом достоверно улучшает социально-психологические характеристики межличностных отношений пациентов и их родственников к концу острого периода заболевания и способствует возникновению положительных изменений, отсутствующих во время традиционного лечения. К ним относятся: уменьшение напряжения и увеличение степени психологической близости в отношениях; увеличение взаимопонимания и взаимоподдержки; рост удовлетворенности взаимоотношениями и качеством психологического климата в семье; изменение позиции в отношениях – снижение избыточного контроля и гиперопеки со стороны родственников, рост самостоятельности и увеличение уровня самоконтроля со стороны пациентов, что позволяет им занять более активную позицию в процессе реабилитации и межличностном взаимодействии.

8. Сравнительный анализ результатов показал, что включение в раннюю реабилитацию социально-психологической работы с семьей больных инсультом достоверно улучшает межличностные отношения пациентов и их родственников на эмоционально-чувственном, когнитивном и поведенческом уровнях по сравнению с динамикой во время традиционного лечения, что доказывает выдвинутую нами гипотезу о доступности нарушенных внутрисемейных отношений для социально-психологической коррекции уже в острой стадии инсульта.

Материалы исследования отражены автором в 9 публикациях.

Публикации в изданиях, рекомендованных ВАК:

1. Михнева, И.С. Исследование межличностных отношений в семьях с инвалидизирующим заболеванием / И.С. Михнева // Вестник университета (Государственный университет управления). – М.: ГУУ, 2009. – № 24. – С. 67-68.

2. Михнева, И.С. Включение психологической коррекции межличностных отношений больных церебральным инсультом и их родственников в систему реабилитации в ранний восстановительный период / И.С. Михнева, М.Н. Гордеев // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова: научно-методический журнал. – Кострома, 2009-2010. – Т. 15. Серия: Акмеология образования. – № 4. – С. 88-90.

Другие научные публикации:

3. Тарасова*, И.С. Особенности взаимоотношений в семьях больных инсультом головного мозга в острый период и их влияние на процесс реабилитации / М.Н. Гордеев, С.В. Покровская, И.С. Тарасова // Современные клиниче-

ские проблемы в неврологии и психоневрологии. – Ставрополь, 2007. – С. 196-199.

4. Михнева, И.С. Динамика межличностных отношений больных церебральным инсультом и их родственников в период ранней реабилитации / М.Н. Гордеев, И.С. Михнева // Нейрореабилитация – 2009: материалы конгресса. – М., 2009.

5. Михнева, И.С. Психосоциальная работа с семьями больных церебральным инсультом на ранних этапах реабилитации / М.Н. Гордеев, И.С. Михнева // Седьмая волна психологии. – Ярославль, 2010. – Вып. 7. – С. 145-149.

6. Михнева, И.С. Психологическая работа с семьями больных церебральным инсультом в острый период / М.Н. Гордеев, И.С. Михнева // Нейрореабилитация – 2010: материалы конгресса. – М., 2010. – С. 83-85.

7. Михнева, И.С. Интегративный подход к реабилитации больных церебральным инсультом / М.Н. Гордеев, И.С. Михнева // Вестник интегративной психологии. – Ярославль, 2010. – Вып. 8. – С. 77-79.

* *Фамилия Тарасова изменена на Михневу в связи с вступлением в брак.*