

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
«Тольяттинский государственный университет»

Гуманитарно-педагогический институт

(наименование института полностью)

Кафедра

«Педагогика и психология»

(наименование)

37.04.01 Психология

(код и наименование направления подготовки)

Психология здоровья

(направленность (профиль))

## ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА (МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ)

на тему Коррекция эмоционального состояния взрослых с ишемическим инсультом

Обучающийся

П.Ю. Супакова

(Инициалы Фамилия)

(личная подпись)

Научный

руководитель

канд. психол. наук., Е.В. Некрасова

(ученая степень (при наличии), ученое звание (при наличии), Инициалы Фамилия)

Тольятти 2025

## Оглавление

Введение.....	3
Глава 1 Теоретическое изучение коррекции эмоционального состояния лиц с ишемическим инсультом периода взрослости.....	10
1.1 Понятие и специфика эмоционального состояния периода взрослости.....	10
1.2 Особенности влияния ишемического инсульта на эмоциональное состояние взрослого.....	24
1.3 Психологические методы и коррекция эмоционального состояния взрослых с ишемическим инсультом .....	36
Глава 2 Экспериментальная работа по коррекции эмоционального состояния взрослых с ишемическим инсультом .....	50
2.1 Организация и методы изучения особенностей эмоционального состояния лиц с ишемическим инсультом.....	50
2.2 Анализ результатов исследования эмоционального состояния лиц с ишемическим инсультом.....	53
2.3 Психологическая программа коррекции эмоционального состояния взрослых с ишемическим инсультом.....	68
Заключение .....	91
Список используемой литературы .....	93

## Введение

Актуальность исследования обусловлена тем, что проблема эмоционального состояния, психического и физического здоровья в настоящее время становится все более востребованной в научном поле [18]. Эмоциональное состояние влияет на здоровье, так как эмоции имеют прямую и обратную связь со всеми системами и органами [39]. Эмоциональные реакции влияют на самочувствие и общее состояние человека. Эмоциональное состояние – специфическая категория психических состояний, в которых преобладает эмоциональный ответ в зависимости от ситуации, действия, реакции другого человека [10].

Эмоциональное состояние является совокупностью психологических проявлений, продолжающихся в течение определенного времени. Состояние эмоций неотъемлемая часть жизни человека, которая может быть, в том числе связана с отношением к своему заболеванию и процессом реабилитации [12]. На сегодняшний день в нашей стране ишемический инсульт является распространенным заболеванием, представляющим собой одну из ведущих причин повышенной смертности среди населения. Данное заболевание оказывает значительное воздействие на жизнь человека. Он характеризуется острым нарушением кровообращения в мозге, что приводит к повреждению нервной ткани и, как следствие, к различным неврологическим дефицитам. Однако, помимо физических нарушений, ишемический инсульт также оказывает глубокое влияние на эмоциональное состояние [51].

Эмоциональная сфера играет ключевую роль в процессе реабилитации и восстановлении после инсульта, поэтому изучение ее особенностей и методов коррекции становится актуальной задачей.

К проведению реабилитации необходим системный подход, содержащий помимо физического и психологического восстановления [51]. Это подтверждает то, что в последние десятилетия наблюдается рост интереса к психоэмоциональным аспектам реабилитации лиц с инсультом.

Исследования показывают, что многие пациенты испытывают депрессивные и тревожные расстройства, что значительно затрудняет их восстановление и адаптацию к новым условиям жизни. Эмоциональные нарушения могут усугублять физические симптомы и препятствовать полноценному реабилитационному процессу, что требует разработки и внедрения эффективных программ коррекции эмоционального состояния.

Восстановление после инсульта включает медицинскую помощь, мероприятия по реабилитации [67]. Помимо этого, важный аспект – эмоциональное состояние человека. После инсульта эмоциональное состояние может характеризоваться тревожностью, депрессивностью, беспомощностью, страхом, неуверенностью в себе. Данные проявления могут препятствовать успешному восстановлению, ухудшить физическое состояние, снижать мотивацию к занятиям по реабилитации [55]. Оказание психологической помощи может способствовать улучшению эмоционального состояния человека после инсульта [56, 57]. Психологическое воздействие на взрослого после инсульта, положительно сказывается на всем процессе реабилитационных мероприятий, повышая их мотивацию к восстановлению [54]. Актуальность психологического подхода к проблеме инсульта определяется такими психологическими факторами данного заболевания как хронический стресс, повышенная тревога, переживание негативных эмоциональных состояний. Поэтому необходимо восстановление эмоциональной стабильности и улучшение адаптации к новой реальности после инсульта. Все это указывает на необходимость организации программ по психологической реабилитации переживших инсульт взрослых, направленных на коррекцию их эмоционального состояния.

Таким образом анализ исследований позволил выявить противоречие между необходимостью коррекции эмоционального состояния взрослых с ишемическим инсультом и недостаточной разработанностью программ и методов для осуществления данного процесса.

Данное противоречие позволило обозначить проблему исследования, состоящую в выявлении эффективных способов и методов коррекции эмоционального состояния взрослых с ишемическим инсультом.

Цель исследования: выявление особенностей эмоционального состояния взрослых с ишемическим инсультом; разработка программы, направленной на коррекцию эмоционального состояния взрослых с ишемическим инсультом и определение ее эффективности.

Объект исследования: эмоциональное состояние взрослых с ишемическим инсультом.

Предмет исследования: коррекция эмоционального состояния взрослых с ишемическим инсультом.

Гипотеза исследования состоит в предположении, что применение дополнительной программы коррекции эмоционального состояния, включающей интеграцию музыкотерапии и арт-терапии, у взрослых с ишемическим инсультом с минимальными функциональными нарушениями будет способствовать снижению уровня тревожности, депрессии и апатии, а также улучшению общего эмоционального благополучия.

Задачи исследования:

- провести обзор научной литературы по теме эмоционального состояния взрослых;
- выявить особенности эмоционального состояния взрослых с ишемическим инсультом;
- изучить методические подходы коррекционных программ для работы с эмоциональным состоянием взрослых с ишемическим инсультом;
- разработать программу для коррекции эмоционального состояния взрослых с ишемическим инсультом;
- проверить эффективность разработанной программы.

Теоретико-методологической основой исследования явились подходы к изучению эмоциональных состояний (П.К. Анохин [3], В.К. Вилюнас, Е.П. Ильин, Н.Д. Левитов, А.Н. Леонтьев). Изучением эмоциональных

состояний в период взрослости занимались Т.И. Афанасьева, Ю.А. Бутузова, Е.О. Ермолова, Д.С. Цвигун. Изучение эмоционального состояния лиц, перенесших инсульт, представлено в работах Н.Ц. Архинчеевой, Е.А. Волковысской, Н.Г. Ермаковой, В.Г. Рогозинской. Аспекты психологической реабилитации и коррекции после инсульта рассмотрены Е.Ю. Грабовской, Д.А. Захарченко, С.В. Котовым, Д.Г. Назметдиновой, В.Б. Обуховской, Л.Э. Панкратовой, Б.Д. Турзубековой, М. Хамробоевой.

Методы исследования:

- теоретические методы (теоретическое изучение проблемы исследования);
- эмпирические методы (психологический эксперимент, включающий констатирующий, формирующий и контрольный этапы; Методика «Шкала депрессии Бека» (BDI) для оценки уровня депрессивных состояний; «Опросник для оценки ситуативной тревожности» (Ч.Д. Спилбергер, адаптация Ю.Л. Ханина); Шкала апатии Starkstein (SAS); Опросник «Самочувствие-Активность-Настроение» (В.А. Доскин, Н.А. Лаврентьева, В.Б. Шарай и М.П. Мирошников);
- методы математической статистики: непараметрический U-критерий Манна-Уитни, T-критерий Вилкоксона, программа «STATISTICA».

Экспериментальная база исследования: ФГБУЗ ЦМСЧ №58 ФМБА России, Архангельской области, города Северодвинск, отделение медицинской реабилитации. Выборку составили 50 человек с ишемическим инсультом легкой степени тяжести в раннем восстановительном периоде отделения медицинской реабилитации.

На первом этапе в 2023 году, была определена тема исследования, научный аппарат, подобраны и определены инструменты для диагностики эмоциональных состояний взрослых, сформирована выборка респондентов с ишемическим инсультом, выбраны методы и средства обработки полученных данных.

На втором этапе в 2024 году, были представлены результаты предварительных данных теоретического исследования в публикации научного журнала, публикации и выступление на научной конференции с результатами психологической коррекции, участие в обсуждении проблемы восстановления эмоционального состояния после инсульта на круглых столах.

На третьем этапе в 2025 году, был проведен формирующий эксперимент среди взрослых пациентов с ишемическим инсультом получающих комплексную реабилитацию в ФГБУЗ ЦМСЧ-58 ФМБА России и произведен анализ с последующей интерпретацией результатов проведенного исследования.

Научная новизна исследования состоит в:

- получении новых эмпирических данных об особенностях эмоционального состояния взрослых с ишемическим инсультом в раннем восстановительном периоде;
- создании комплексной реабилитационной стратегии ведения пациентов с ишемическим инсультом в возрасте 45-65 лет в период реадaptации;
- разработке и апробации психологической программы коррекции эмоционального состояния взрослых с ишемическим инсультом.

Теоретическая значимость исследования состоит в:

- описании ключевых направлений изучения влияния ишемического инсульта на эмоциональное состояние личности периода взрослости;
- отражении специфических аспектов влияния ишемического инсульта на эмоциональное состояние, включая повышенную тревожность, депрессивную симптоматику, апатию;
- систематизации психологических методов, направленных на коррекцию эмоционального состояния взрослых, перенесших ишемический инсульт, в рамках реабилитационной программы.

Практическая значимость исследования заключается в разработанной коррекционной программе, которую можно применять в медицинских

учреждениях для улучшения эффективности функциональных возможностей взрослых с ишемическим инсультом в раннем восстановительном периоде, в дополнении к базовым реабилитационным мероприятиям.

Достоверность и обоснованность результатов исследования обеспечивались тем, что:

- выбранные методики научно-обоснованные, соответствуют поставленным целям и задачам;
- репрезентативность выборки составила 95% из расчета генеральной совокупности;
- получено положительное этическое заключения для проведения исследования ФГБОУ ВО СГМУ (г. Архангельск) Минздрава России;
- для подтверждения эффективности реабилитационной программы использовалась группа контроля с равными исходными характеристиками;
- корректное применение статистических методов анализа полученных данных.

Личное участие автора состоит в анализе и обобщении теоретических данных об эмоциональном состоянии и подходов к коррекции эмоционального состояния у лиц с ишемическим инсультом. Автор разработал психологическую реабилитационную программу для взрослых с ишемическим инсультом в раннем восстановительном периоде.

Апробация результатов исследования. В ходе работы над магистерской диссертацией были получены промежуточные результаты, которые были отражены в публикации в журнале «Актуальные исследования». 2024. №41 (223).

Участие и публикация тезисов с эмпирическими результатами психологической программы коррекции, представлены на научной конференции «Фундаментальные и прикладные аспекты восстановления психической деятельности после травмы мозга: междисциплинарный подход»



в рамках нейropsychиатрического форума ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. ак. Н.Н. Бурденко» Минздрава России.

Положения, выносимые на защиту:

– эмоциональное состояние взрослых с ишемическим инсультом в возрасте 45-65 лет, характеризуется преобладанием апатии, депрессивной симптоматики, фоновой тревожности и сниженного настроения;

– разработанная программа по коррекции эмоционального состояния взрослых с ишемическим инсультом способствует снижению выраженной тревоги и депрессии, снижению проявления апатии, повышению настроения и эмоциональной регуляции.

Структура магистерской диссертации. Работа состоит из введения, двух глав, заключения, содержит 22 рисунка, 13 таблиц, список используемой литературы (75 источников), который включает источники на иностранном языке. Основной текст работы изложен на 100 страницах.

# **Глава 1 Теоретическое изучение коррекции эмоционального состояния лиц с ишемическим инсультом периода взрослости**

## **1.1 Понятие и специфика эмоционального состояния периода взрослости**

Начнем с рассмотрения понятия «состояние». Его описывают как набор характеристик, включая свойства, корреляции, процессы, функции, качества элементов психики, которые влияют на эффективность работы, степень активности, поведение [12].

Е.П. Ильин на базе взглядов П.К. Анохина трактует состояние как «реакцию функциональных систем на внешние и внутренние воздействия, направленную на получение полезного для организма результата» [27]. Состояние служит отражением воздействия внутренних, внешних факторов, содействует поддержанию целостности организмом или адаптацию к изменившимся условиям.

Рассмотрим взгляды на основу эмоционального состояния. По мнению П.К. Анохина [2], Н.Д. Левтова, Л.В. Куликова [30] эмоциональные состояния относятся к психическим состояниям. Психическое состояние, в свою очередь сложное явление, отражающее личность в моменте времени и являющееся симптомокомплексом, связанным с динамикой психической активности, поведением, переживаниями. Состояния могут отличаться устойчивостью. К характеристикам эмоциональных состояний относятся тонус, активация, двойственность, интенсивность, обширный спектр переживаний, преобладающая эмоция, индивидуальные особенности эмоционального отклика [12]. Поэтому, эмоциональные состояния могут рассматриваться как вид психических состояний.

Автор подчеркивает, что: «Трудность в изучении эмоций заключается в том, что, определяя их, авторы относят их то к разным классам явлений (настроению, аффекту, эмоциональному тону), то лишь к одному (собственно

эмоциям). Это создает путаницу в терминологии и затрудняет построение единой теории эмоций» [13].

Помимо этого, эмоции определяют, как «физиологическое состояние организма» [2] «эмоциональные состояния, включенные в состав психических состояний» [30]. Кроме того, описание эмоций может иметь связь с потребностями личности, мотивами (А.Н. Леонтьев, С.Л. Рубинштейн). Некоторые трактовки подчеркивают оценочный аспект эмоций (В.К. Вилюнас, Б.И. Додонов).

Важно отметить взгляд С.Л. Рубинштейна, который обозначает в структуре эмоционального состояния следующие составляющие:

- аффективный;
- волевой (стремления и желания к действию);
- интеллектуальный (осознанность, оценка эмоционального переживания) [47].

Сфера эмоций представляет собой сложный и многогранный феномен, который формируется под воздействием различных факторов, включая биологические, психологические и социальные аспекты. В связи с этим стоит рассмотреть сущность понятия «эмоциональное состояние». Ю.А. Бутузова утверждает, что эмоции не являются статичными, а представляют динамический процесс [12]. Сперва происходит обработка информации, поступившей в мозг, только потом организм выдает определенную реакцию. Ответные реакции организма могут проявляться в изменениях как симпатической, так и парасимпатической нервной системы и в виде комплексной поведенческой активности с бимодальной мотивационной направленностью.

Описывая подробности данного процесса, исследователь пишет, что восприятие информации, которое является первым этапом, во многом зависит от психофизиологических особенностей организма субъекта. После этого следует второй этап, охарактеризованный как переживание и оценка. Особенности его протекания зависят также и от ценностно-смысловой сферы

человека, которая влияет на то, как будет им осознаваться сложившаяся ситуация. Поэтому возбудимость может нарастать или, напротив, уменьшаться. На третьем этапе субъект анализирует информацию, включая сопоставление с подобной информацией, полученной ранее, и обобщение опыта. Поэтому данный этап оканчивается психофизиологическим состоянием с преобладанием эмоциональной компоненты, либо определённым действием. Ю.А. Бутузова считает, что «эмоциональный процесс – всегда ответная реакция на воздействие значимого внешнего или внутреннего стимула» [12, с. 174].

Эмоциональное состояние – это сложный психический процесс, содержащий сочетание эмоций. Состояние возникает при «оценке значимости актуальной потребности и заканчивается возникновением психофизиологического состояния, которое поддерживает необходимость поиска возможностей эмоциональной разрядки и удовлетворения потребности» [12, с. 175].

Описывая характерологические особенности рассматриваемого феномена, Ю.А. Бутузова определяет его сложность из-за сочетания переживаемых эмоций, слабой интенсивности, длительности процесса, беспредметности, так как субъект не всегда осознаёт причину возникновения рассматриваемого состояния, оценочный характер человека, ведь развившееся состояние характеризует особенности его реакции на полученную информацию или произошедшее событие. Следующий признак эмоционального состояния – это особенности динамики процесса. Эмоциональное состояние отличается цикличностью и поддерживается в напряжении на том или ином уровне [12].

И.В. Ревчук определяет феномен как «частный эмоциональный процесс ограниченной продолжительности» [46, с. 6]. Утверждается, что данное состояние может длиться до нескольких часов, быть более или менее интенсивно выраженным. При этом И.В. Ревчук замечает, что иногда то или иное эмоциональное состояние может сохраняться достаточно длительный

период, однако сильная постоянная эмоция говорит о существовании патологии.

Е.И. Михалькова и С.А. Радченко утверждают, что в психологической науке нет единого подхода к пониманию психологического состояния [36]. При этом подчёркивается, что существуют критерии, позволяющие отделить эмоциональные состояния от эмоций. С точки зрения авторов, эмоциональное состояние выступает как многоаспектный процесс, включающий в себя оценку субъекта и его мотивационную сферу. Данное состояние может выражаться при помощи невербальных средств, через которые выражаются происходящие в организме индивида изменения. В качестве эмоциональных состояний авторы понимают настроение, чувства, аффекты и эмоциональный тон ощущений. Вместе с тем замечено, что состояния отличаются разнообразием, большей или меньшей степенью интенсивности, динамикой и качеством переживаемых человеком эмоций. Поэтому важно рассмотреть особенности периода взрослости в целом, а также характерные для периода эмоциональные состояния.

Рассмотрение термина «эмоциональное состояние» демонстрирует отсутствие общепринятого исчерпывающего определения. Единство подходов в том, что под эмоциональным состоянием определяется этапный процесс. Особенности его протекания зависят от многих факторов: личных особенностей субъекта, фактора, его вызвавшего.

В своих исследованиях М.М. Безруких акцентирует внимание на том, что эмоциональное состояние представляет собой специфическую модальность психического функционирования, характеризующуюся превалированием аффективно-эмоциональных паттернов реагирования. Эмоциональная реакция в ответ на стимулы внешней среды играют значимую роль в регуляции функционального статуса организма и работы симпатической и парасимпатической систем. Дефицит эмоциональной проявлений может сказаться на активационном потенциале нервной системы, что может привести к ослаблению общих поведенческих реакции и влиять на

редукцию общей работоспособности человека. Сильные переживания, информационные нагрузки, конфликтные ситуации приводят к мобилизации защитных сил организма, а затем истощаются и приводят к нарушению ВНД, провоцируя нервно-психическое напряжение, нарушение сна, раздражительность. Оптимальное эмоциональное возбуждение служит аспектом готовности к деятельности и не повредит здоровью организма [10].

О.Д. Демин в эмоциональном состоянии делает указание на дискретные показатели (набор эмоций), пространственные характеристики (уровень стресса, когнитивного здоровья, уровень депрессии, уровень удовлетворённости) [18]. Под влиянием стресса, отрицательно влияющих ситуаций и факторов, человек начинает испытывать негативные эмоции, появляются негативные физиологические симптомы (усталость, снижение концентрации). Эмоциональное состояние выражается в поведении, коммуникации, невербальных признаках.

Период взрослости рассматривается в научной литературе как жизненный этап личности, при котором происходят существенные изменения и рост. «Периоды взрослости можно выделить на основе различных критериев, таких как возраст, социальные роли и достижения» [26, с. 43]. Процесс развития в данный период зависит от разрешения проблем, возникающих на предыдущих этапах – обретения свободы, доверия, инициативы.

Согласно периодизации, период взрослости делится на несколько подпериодов. При этом границы периода взрослости не имеют четких границ. Остановимся на наиболее известных подходах к выделению периодов взрослости. Так, Д.Б. Бромлей выделяет четыре периода взрослости [60].

Ранняя взрослость. Период охватывает этап от 21 до 25 лет.

Средняя взрослость. Приходится на период от 25 до 40 лет.

Поздняя взрослость: период от 40 до 45 лет.

Предпенсионный возраст (от 55 до 65 лет). Характеризуется как переходный к этапу старости.

Согласно исследованиям Б.Г. Ананьева период взрослости приходится на жизнь от 18 до 60 лет. Автором выделяется три периода взрослости. Первый период – ранняя взрослость (от 18 до 25 лет). Средняя взрослость. Охватывает период от 26 до 46 лет. Поздняя взрослость. Возрастные рамки – от 47 до 60 лет [40].

Аналогичным образом делит период взрослости У.Г. Крайг. Однако в его подходе выделяются иные возрастные рамки: ранняя взрослость – от 21 до 40 лет; средняя взрослость: от 41 до 60 лет; поздняя взрослость: от 60-65 лет до смерти) [40].

Как показывает анализ возрастных границ, взгляды исследователей на определение границ взрослости расходятся. А.А. Реан справедливо отмечает, что подобная ситуация объясняется различными факторами жизни [50]: социальный статус, уровень образования, особенности трудовой деятельности. У.Г. Крайг утверждает, что определение границ взрослости – довольно сложная задача, так как особенности развития человека в этот период в минимальной степени зависят от хронологического возраста. Гораздо большую зависимость они имеют от особенностей мышления, социальной активности, целями, установками и зрелости личности [60].

В соответствии с концепцией Э. Эриксона, конечным результатом в развитии личности в период взрослости выступает достижение близости, к которой автор относит доверие, душевную теплоту, понимание, способность делиться [65]. Б.Г. Ананьев отмечает, что главным результатов периода взрослости является достижение профессиональной и интеллектуальности зрелости личности [50].

Взрослость может быть рассмотрена как наиболее продолжительный период онтогенеза индивида. В этот период личность становится зрелой ментально и физиологически, это период наиболее предельного достижения интеллектуальных способностей, соматических, моральных качеств [66]. При этом данный период не ограничен точными сроками. Он характеризуется присутствием критических и сензитивных отрезков [64].

Психологические характеристики периода взрослости обозначил А.А. Бодалев: высокая познавательная активность, продуктивность интеллекта, развитые социальные качества [63].

Итак, анализ теоретических подходов к определению понятия периода взрослости позволяет констатировать, что выделяется три основных периода: ранняя взрослость, средняя взрослость, поздняя взрослость. Центральным направлением в развитии личности в данный период является достижение зрелости в различных сферах жизнедеятельности: интеллектуальной, познавательной, профессиональной, социальной.

Эмоциональные состояния в период взрослости в значительной мере зависят от возрастного периода человека. В период ранней взрослости личность стремится достичь идентичности, определенности и близости. Под близостью понимается единение двух идентичностей с сохранением собственных неповторимых особенностей. Близость является основой любви. В этот период наиболее активно развиваются любовные отношения, которые включают в себя такие эмоции, как интерес, удовольствие, радость, возбуждение. Зачастую любовь может привести к ревности, гневу, злости, печали [50]. Данный период также сопровождается профессиональным выбором и становлением человека. Сомнения относительно правильности профессионального пути могут привести к эмоциональным переживаниям. В зависимости от ситуации, эмоциональные состояния могут характеризоваться энтузиазмом, усталостью, истощением, эмоциональным выгоранием [63]. Становление семейных отношений также приводит к формированию определенных эмоций как отрицательных, так и положительных. В этот период возрастает ответственность личности. Возникающие кризисы в семейной и профессиональной жизни влияют на эмоциональное состояние личности [63].

Средняя взрослость. Эмоциональная сфера в период средней взрослости характеризуется неравномерностью. Данный возрастной период может стать расцветом семейной, профессиональной жизни или творческих способностей.



Однако достаточно часто человек выбирает карьеру, а семейная жизнь может остаться нереализованной. Бывает и наоборот. Такая ситуация вызывает эмоциональные переживания и желание найти ресурсы для реализации себя в определенной сфере. В этот же период человек начинает все больше задумываться о том, что время скоротечно и он смертен. Возникают переживания относительно того, что можно чего-то не успеть [60].

Счастливее чувствуют себя люди, у которых установлена привязанность с близким человеком, друзьями, детьми, коллегами. Одиноким людям в период средней зрелости в большей степени подвержены депрессивным состояниям. Неудовлетворенность браком и профессиональной деятельностью также нарушают эмоциональное состояние [60]. Одиноким людям чаще всего углубляются в профессию. Трудовая деятельность становится для них смыслом жизни и источников удовольствия. Именно успехи в профессиональной деятельности влияют на настроение и эмоциональное состояние личности [50].

Период средней зрелости, в связи с избыточным эмоциональным напряжением, фоновой тревожностью, может стать причиной перехода заболеваний в стойкую хроническую форму, характерную для данного возраста. Этот период имеет большую вероятность возникновения депрессии, что отягощает соматические предрасположенности, отгораживает человека от социальных контактов и ведет в одиночество.

Наименее исследована эмоциональная сфера в период поздней взрослости. Согласно работам Е.П. Ильина, в этот период происходит угасание эмоциональности. При этом мужчины менее эмпатичны, чем женщины. Возникает излишняя сентиментальность. В определенных случаях может наблюдаться снижение отрицательных эмоций и достижение удовлетворенности жизнью, ведь пройден огромный жизненный путь [27]. Замужние женщины в этот период испытывают больше положительных эмоций, чем незамужние. К.Н. Суханова отмечает, что мужчины более

сдержаны и часто игнорируют свои эмоции, что ведет к дефициту интрапсихической переработки эмоциональных переживаний [65].

Е.О. Ермолова справедливо утверждает: «динамично-расширяющаяся и изменяющаяся темп жизни современного человека социокультурная ситуация оказывает колоссальную нагрузку на эмоциональное состояние, направленность и самочувствие личности, оказывая воздействие на психологическое пространство, его суверенность и границы» [23, с. 37]. С помощью эмпирического исследования Е.О. Ермолова исследует корреляционный анализ взаимосвязи показателей психологического пространства и характеристики эмоциональной сферы у респондентов обоих полов, возрастной диапазон которых был от тридцати девяти до сорока шести лет.

Исследование показало, что женщины в большей степени, чем мужчины, стремятся к коммуникации с окружающими их людьми. Мужчины же данного возраста больше прилагают усилий, для того чтобы удовлетворить потребность в достижении видимых успехов, окружить себя комфортными условиями жизни. Женщины менее категоричны в сложных ситуациях, чем мужчины. Женская половина испытуемых согласна идти на уступки, для того чтобы адаптироваться к сложившейся обстановке. Мужчины данного возраста стремятся самоутвердиться, поэтому они смелы, категоричны и готовы идти на рискованные шаги. Вместе с тем Е.О. Ермоловой отмечено: «доминирующими эмоциями у мужчин и женщин являются радость и интерес, а вот переживание позитивных эмоций у женщин выше, чем у мужчин. Мужчины превосходят женщин при переживании остро негативных и тревожно-депрессивных эмоций» [23, с. 49].

Стимулом для возникновения реакции организма как эмоционального состояния может стать заболевание. Немецкие исследователи, П. Хеннингсен, Т. Циммерман и Х. Саттел, эмпирическим путем доказывают, что эмоционально-негативные состояния могут выступать как важнейший фактор возникновения и развития различных психосоматических расстройств [65].

Это такие состояния, как переживание эмоционального дискомфорта, связанное с предчувствием грозящей опасности и длящееся значительный период времени; депрессия, связанная с утратой надежды на противодействие стрессу, и другие. Вместе с тем В.Д. Менделевич и С.Л. Соловьёва замечают, что возникшее в результате соматическое заболевание усиливает эмоциональные расстройства [35]. Поэтому данная психопатологическая картина дополняется унынием больного, его тоскливым восприятием окружающей жизни и негативной оценкой своей собственной жизни. Больной может испытывать беспричинное чувство страха. Всё это приводит к возникновению полисистемных психосоматических циклов.

К.Р. Сидоров пишет о тревоге следующее: «У индивида в состоянии тревоги происходят физиологические изменения в организме. «Он не может избавиться от чувства напряжения. Так как возбуждение блокируется, дыхание человека отличается тем, что становится частым и поверхностным. Человек беспокоится, что заметно в частом биении пульса» [58].

Автор, сравнивая тревожность и депрессию как два сходных, но имеющих различные черты состояния указывает «основное различие между ними в характере действия. Депрессия предполагает потерю надежды на активное противодействие стрессу (защитная реакция и противодействующие механизмы не включаются), а тревога, наоборот, подразумевает попытки активной борьбы со стрессом» [58, с. 44]. Отмечая корреляционную связь между названными психологическими состояниями, К.С. Сидоров замечает, что для обоих синдромов характерно негативное воздействие на индивидуума, в особенности того, который страдает от того или иного хронического заболевания.

Изучая влияние тревожности на состояние здоровья человека, автор утверждает, что данное состояние может вызывать соматические патологии. Ссылаясь на исследования Г.Г. Аракелова, Н.Е. Лысенко [3] и других, автор замечает, что личная тревожность приводит к высокому уровню эмоционального возбуждения, которое вкупе с высоким уровнем ситуативной

тревожности усиливают стресс, развивая дистресс, провоцируя соматическое заболевание. К.С. Сидоров цитирует Н.Н. Данилову и А.Л. Крылову, утверждающих, что в организме человека, длительное время пребывающего в стрессовом состоянии, защитные механизмы его организма повреждаются: страдает сердечно-сосудистая система, желудочно-кишечный тракт [49].

При изучении снижения иммунитета, когда человек длительное время находится в состоянии фоновой тревожности, установлено: «нейрофизиолог Дж. Грей считает, что тревога предполагает стимуляцию и одновременное торможение защитной реакции. Основным элементом беспокойства – подготовка к бегству или отражению – в нейрофизиологическом плане ассоциируется с конфликтом между загрузкой защитного механизма и его торможением» [49, с. 49]. Исследователь ссылается на работу А.Р. Лурия, который заметил, что если у человека отделы верхнего ствола и лимбической области мозга подвергаются длительному или интенсивному воздействию, то человек постоянно находится в возбуждённом состоянии. Он часто пребывает в состоянии тревоги. Его могут отвлекать различные раздражители, хотя другие люди в аналогичной ситуации не обратили бы на них внимания. Ф.Б. Березиным подчёркивается особая роль гипоталамических структур в возникновении тревоги. Кроме того, приводятся исследования зарубежных авторов, которые указывают на то, что: «гормон стресса кортизол (вырабатывают надпочечники), точнее его повышенный уровень, способен ослабить иммунную систему, что вторично может привести к развитию рака, сердечно-сосудистым заболеваниям и даже диабету» [49, с. 50]. При этом Ф. Перлз считает, что гормон, выделяемый щитовидной железой, способствует удержанию оптимальной выраженности тревожности. Первым же исследователем, изучавшим корреляционную взаимосвязь между психологическими факторами и соматическими патологиями, автор называет Ф. Александера.

Немецким учёным Ф. Перлзом выявлено, что тиреозная гиперактивность, которая переживается на фоне состояния тревоги, вызывают

тахикардию, повышенное потоотделение и незначительное проявление тремора. Приводится работа группы психологов: Г. Глейтмана, А. Фридлунда и Д. Райсберга, отметивших такой этиологический фактор ишемической болезни сердца как поведенческий паттерн типа «А». Люди с таким стилем жизни, который постоянно нацелен на соперничество и победу в нём, не склонны к спокойствию, агрессивны в период переживания неудач, что чревато для них постоянным напряжением всего их организма. К.С. Сидоров цитирует работу названных авторов: «возбуждение симпатической системы ведет не только к увеличению частоты сердцебиений, силы сердечных сокращений, повышению кровяного давления, но и к сужению кровеносных сосудов в органах брюшной полости» [49, с. 50]. Кроме того, исследователь приводит работу «Экспериментальная психология эмоций» Я. Рейковского, в которой проанализировано негативное влияние тревоги на внутренние органы человека.

В.Г. Рагозинская утверждает, что влияние психологических факторов на возникновение и протекание соматических процессов многосторонне [45]. Так, исследователь подчёркивает, что на развитие соматических патологий во многом влияют эмоционально-негативные состояния, которые человек переживает длительный период времени, так как они вызывают напряжение нейроэндокринной системы. В результате чего образуется дисфункция. Усугубляет возникшую ситуацию частота психотравмирующих событий, которые человеку сложно пережить; неумение со стороны близких людей его поддержать. Подчёркивается при этом роль личностных особенностей больных. Так, ориентация человека на агрессивное поведение, склонность к беспокойному ожиданию неприятных ситуаций и унылой оценке происходящего провоцируют возникновение стресса, что приводит к тем или иным психофизиологическим сдвигам. В.Г. Рагозинская помимо этого замечает: «также физическое здоровье ухудшают вредные привычки, сопутствующие эмоционально-негативным состояниям (например, курение, злоупотребление алкоголем, антидепрессантами, нарушения режима сна и

питания)» [45, с. 151]. В силу указанных причин данная группа людей не склонна своевременно с профилактической целью обследоваться, при обнаружении болезни неохотно идет на сотрудничество с доктором, что не лучшим образом влияет на результат лечения.

Д.С. Цвигун подчеркивает, что интенсивность эмоций служит ключевой характеристикой эмоциональности. Многие взрослые не способны регулировать свои эмоции, при этом степень выраженности и длительность эмоций находятся на среднем уровне. Эмоциональная возбудимость у взрослых невысока, что указывает на умеренное возникновение сильных эмоций. Важно, чтобы в любом возрасте индивид мог распознавать и контролировать свои эмоции. Эмоциональность может быть, как положительной, так и отрицательной: чрезмерное выражение или подавление эмоций может негативно сказаться на личности и межличностных отношениях. В связи с этим важно определять свои эмоции, так как их четкое понимание помогает регулировать их интенсивность. Можно использовать дыхательные практики и физические упражнения для управления эмоциональным состоянием при стрессе, вести дневник эмоционального состояния [64]. Темперамент, хотя и связан с эмоциональной сферой, не оказывает значительного воздействия на общую эмоциональную направленность личности [64].

Эмоциональная сфера взрослых людей менее изучена, чем у детей и подростков. Есть отдельные работы, например, в материалах Е.П. Ильина рассматриваются изменения в эмпатии, достигающей максимальной точки в 40-50 лет, после чего снижается в 60-75 лет [27].

Свойства эмоциональности, такие как интенсивность, возбудимость, продолжительность меняются с возрастом. У женщин возбудимость стабильна до 21-30 лет, затем уменьшается, в возрасте 61-75 лет резко. У мужчин эта тенденция более плавная и в целом они менее возбудимы. Интенсивность эмоций достигает пика к 15-20 годам, снижается к 30, до 60 лет стабилизируется. У мужчин сходная тенденция, хотя они и менее выражена.

Продолжительность эмоций увеличивается с возрастом и у мужчин, и у женщин. Хотя мужчины в целом переживают эмоции более короткий промежуток времени, чем женщины [27].

Исследования американских ученых показывают, что с возрастом растет удовлетворенность жизнью, отмечается увеличение положительных и снижение отрицательных эмоций, причем у мужчин это выражено сильнее, чем у женщин. Замужние женщины также отмечают более высокую удовлетворенность, чем одинокие [4, с. 186].

К.Н. Суханова указывает, что мужчины менее открыты в выражении чувств и часто не замечают, игнорируют эмоциональные проблемы, несмотря на высокую потребность в сопереживании. В гендерных исследованиях выясняется, что мужчины и женщины имеют одинаковую чувствительность и схожие проблемы, в частности контроль эмоциональной сферы. Мужчины чаще сдерживают эмоции. Отчасти это обусловлено гендерными стереотипами и воспитанием. Это ведет к тому, что часто у мужчин эмоциональные проблемы часто скрываются или отрицаются [52]. Тот же исследователь выявила, что мужчины проявляют меньшую депрессию и в целом показатели активности, самочувствия, настроения у них выше.

Эмоциональная сфера взрослого человека меняется, включая развитие таких характеристик как сентиментальность, эмпатия, и свойств эмоциональности (интенсивность, возбудимость, продолжительность эмоций). Может отмечаться возрастание удовлетворенности жизнью, возрастание положительных и снижение отрицательных эмоций, при этом у мужчин изменения выражены сильнее, чем у женщин. Мужчины отличаются более высоким уровнем контроля над эмоциями, сдержанностью при выражении чувств, склонностью к игнорированию эмоциональных проблем, несмотря на то, что имеют большую, чем женщины потребность в сопереживании [7].

Итак, эмоциональное состояние – сложное психическое состояние отражения в виде переживания воздействия внешних или внутренних

стимулов. К его характеристикам относят: сложность, длительность, цикличность и поддержание внутреннего эмоционального напряжения, низкая интенсивность, беспредметность, субъективную оценку самим человеком. Эмоциональное состояние содержит одну или несколько эмоций, уровень стресса, когнитивного здоровья, уровень депрессии, уровень удовлетворенности, тревожности. Эмоциональная сфера взрослого человека меняется, включая развитие таких характеристик как сентиментальность, эмпатия, и свойства эмоциональности. Может отмечаться возрастание удовлетворенности жизнью, возрастание положительных и снижение отрицательных эмоций, при этом есть быть гендерные различия.

## **1.2 Особенности влияния ишемического инсульта на эмоциональное состояние взрослого**

Инсульт определяется как «острое нарушение кровообращения в головном мозге с развитием стойких симптомов поражения ЦНС, вызванных инфарктом мозга или кровоизлиянием в мозговое вещество» [15, с. 228]. Ишемический инсульт представляет собой серьезное неврологическое заболевание, которое возникает в результате нарушения кровоснабжения определённых участков мозга. Это состояние может быть вызвано различными факторами, включая тромбообразование, атеросклероз и другие заболевания сосудов. Ишемический инсульт не только нарушает физические функции организма, но и оказывает значительное влияние на эмоциональную сферу. Эмоциональное состояние лиц, перенёсших инсульт, является важным аспектом их общего восстановления и реабилитации, так как оно влияет на качество жизни, мотивацию к лечению и способность адаптироваться к новым условиям жизни.

Цереброваскулярные заболевания характеризуются повреждением сосудов головного мозга, в результате чего нарушается снабжение клеток мозга кислородом, что приводит к его недостатку и нарушению мозговой



деятельности. Цереброваскулярные заболевания классифицируются в зависимости от продолжительности и тяжести симптомов. В Международной классификации болезней неуточненное цереброваскулярное заболевание классифицируется под кодом I64 в категории болезней системы кровообращения [23].

Цереброваскулярные заболевания (ЦВЗ) включают большое количество различных исследований, которые основаны на нарушении функционирования головного мозга. В первую очередь симптомом данных нарушений являются именно проблемы со сном, которые реализуются как система бессонницы, активности, возбуждения, высоким уровнем отвлекаемости. Могут проявляться негативные особенности в рамках слабости, онемения, проявления депрессивных состояний. Эти особенности указывают на нарушение кровообращения в головном мозге [28].

«Заболевание может быть вызвано рядом различных факторов: цереброваскулярная катастрофа (ЦВА); атеросклероз сосудов головного мозга; хронический стресс; курение; алкоголизм; избыточный вес; сахарный диабет; сосудистая патология; заболевания системы кровообращения; гипертония; опухоли; инфекционные заболевания; антифосфолипидный синдром; травмы» [33, с. 88].

После инсульта многие люди сталкиваются с эмоциональными расстройствами, такими как депрессия, тревога, раздражительность, апатия и изменения в настроении. Эти состояния могут возникать как результат прямого повреждения мозговых структур, отвечающих за эмоциональную регуляцию, так и из-за реакции на изменения в физическом состоянии и социальной роли. Исследования показывают, что депрессия является распространённым эмоциональным расстройством среди лиц, перенёвших инсульт (распространённость может достигать 30-50%). Депрессия может проявляться не только в виде сниженного настроения, но и в виде физической слабости, потери интереса к жизни, проблем с концентрацией и снижением мотивации к реабилитации.

Тревожные расстройства также часто встречаются у взрослых после инсульта. Чувство неопределенности относительно будущего, страх перед повторным инсультом или другими осложнениями может значительно ухудшить эмоциональное состояние. Могут быть такие симптомы как постоянное беспокойство, панические атаки и повышенная чувствительность к стрессовым ситуациям. Эти эмоциональные реакции могут быть усугублены физическими ограничениями и изменениями в социальной жизни. Социальная изоляция, вызванная потерей независимости или изменениями в семейных отношениях, может вести к ухудшению эмоционального состояния и повышению уровня стресса.

Также стоит отметить, что изменения в эмоциональном состоянии могут быть связаны с часто отмечающимися когнитивными нарушениями. Когнитивные нарушения могут включать проблемы с памятью, вниманием и способностью к планированию, что, может усугубить эмоциональные расстройства. Например, трудности в общении и выражении мыслей могут приводить к фрустрации и агрессии, что негативно сказывается на эмоциональном фоне. Итак, существует сложная взаимосвязь между когнитивными и эмоциональными нарушениями, что осложняет процесс реабилитации.

Современное понимание проблемы эмоциональных и поведенческих расстройств у лиц после инсульта привело к включению в клинические рекомендации многих стран раздела, прописывающего проведение скрининга этих нарушений для своевременной диагностики и коррекции [31].

Депрессия, формирующаяся после инсульта – одно из наиболее распространенных аффективных расстройств. Она возникает в снижении настроения, варьирующегося в диапазоне от субдепрессии до тяжелого депрессивного расстройства. По разным данным распространенность депрессии колеблется от 5% до 54 %, в первые 3-6 мес. после инсульта может составлять 9-34% [70]. В среднем уровень распространенности составляет

30%. Со временем отмечается снижение: в течение первых 5 лет – 31%, через 5 лет – 23%, через 7 лет – 19%.

«Депрессия характеризуется сниженным фоном настроения, подавленностью, угнетенностью, пессимистическим отношением к будущему, низкой самооценкой, повышенной самокритичностью, склонностью к самообвинению, нерешительностью, мотивационной инертностью, снижением всех видов активности — психической и физической» [19].

Тревожные расстройства сопутствуют депрессии и отмечаются у 20% лиц в первый месяц после инсульта, достигая 24% через 6 мес. и более. В исследованиях приводятся данные о тревожных нарушениях у 25-47% людей, перенесших инсульт [70].

К предикторам развития тревожно-депрессивных расстройств относятся возраст, женский пол, тяжесть и подтип инсульта, площадь очага поражения. Играть роль такие аспекты как дисграфия, нарушение мочеиспускания, социальная изоляция, одиночное проживание, социальное положение, наличие семейной поддержки, сочетание депрессии с тревожными расстройствами, стрессовые ситуации в жизни в течение полугода, предшествующего инульту. Ключевыми факторами риска признаются когнитивные нарушения, функциональная зависимость, тяжесть течения инсульта, условия оказания медицинской помощи. При этом влияние локализации поражения мозга (левополушарное или правополушарное поражение) на развитие постинсультных депрессивно-тревожных расстройств остается неясным, несмотря на наличие исследований [31].

Результаты научных исследований показывают, что лица с синдромом фокальной спастичности, двигательными дефицитами, и когнитивными снижениями, в следствии цереброваскулярных заболеваний, ощущают эмоциональное потрясение и психологический дискомфорт. В эмоциональном статусе данных пациентов преобладает выраженность чувства вины, клинические проявления тревоги и депрессии, а также страхи. Клинически и субклинически выраженная тревога и депрессия отражается на качестве

реабилитационной программы, может приводить к повторным сосудистым катастрофам, увеличивает риск когнитивных нарушений. Депрессии у взрослых после инсульта можно разделить на психогенные и субсиндромальные. Эмоциональные расстройства могут затруднять процесс реабилитации и восстановления. Взрослые, страдающие от депрессии или тревоги, могут иметь низкую мотивацию к выполнению реабилитационных упражнений, что может замедлить их физическое восстановление. Более того, эмоциональные расстройства могут влиять на взаимодействие с медицинским персоналом, другими специалистами, с близкими, что может вести к снижению эффективности помощи. Эмоциональная поддержка и психотерапевтические вмешательства могут сыграть ключевую роль в успешности реабилитации после инсульта.

Л.Э. Панкратова и М. Хамробоева определяют мозговой инсульт как заболевание, которое в современном мире приобретает медико-социальную значимость [41]. От данного заболевания стали страдать люди относительно молодого возраста, становясь инвалидами и переживая социальную дезадаптацию. Поэтому особое значение приобретает целостный подход к организации восстановления взрослого с ишемическим инсультом, направленный на взаимодействие с пациентом, раннее начало физической реабилитации и обязательную психологическую интервенцию, для повышения комплаентности и адаптации к неврологическим дефицитам.

И.М. Катыхова, Т.А. Попова и О.А. Ланберг отмечают, что инсульт и постинсультное состояние особенно тяжело переносят люди, у которых успешно реализовалась профессиональная деятельность и выполнялись социальные роли [29]. Как правило, эти люди в течение определённого времени приобретали профессиональные навыки, длительное время приобретали опыт. Во время острого периода болезни и в реабилитационный период они с трудом воспринимают, осознают и оценивают произошедшие в жизни перемены. Им кажется, что они перестали быть нужными близким, что не смогут найти своё место в новой жизни. Группа авторов отмечает: «инсульт

становится границей пересмотра положений о смысле жизни, точкой выбора – как жить дальше: верить в восстановление и принимать соответствующие решения, начинать новое, либо сдаться, отказаться от борьбы за новые смыслы в жизни» [29].

В.А. Парфёнов замечает следующую особенность: после перенесения инсульта больные часто впадают в депрессивное состояние, хотя данное состояние редко диагностируется [42]. Объясняя причину плохой диагностики, автор отмечает, что симптомы депрессии нередко понимаются как последствия инсульта. При этом автор как особенность постинсультного периода отмечает, что наиболее часто встречается лёгкое депрессивное расстройство. Инсульт автором определяется как «независимый фактор риска возникновения депрессивного расстройства» [42, с. 85]. Первые два года после начала заболевания особенно чреваты возникновением депрессивного расстройства. Сравнивая данные в гендерном аспекте, автор отмечает, что подобное расстройство у женщин встречается чаще. Как факторы риска его развития В.А. Парфёнов указывает дисфункцию головного мозга, которая сопровождается расстройством мышления и других психических процессов. Мужчины часто оказываются в состоянии депрессии, размышляя о том, что из-за инвалидизации не смогут продолжать продуктивную трудовую деятельность.

Развитие депрессии зависит от того, какой именно инсульт: острый, ранний или поздний восстановительный, от характера протекания болезни. Многое зависит от степени утраты трудоспособности, возраста и диагностического инструментария. Чаще от депрессии страдают взрослые, находящиеся дома, реже это происходит с теми, кто находится на лечении в стационаре. Ссылаясь на исследования В.А. Парфёнова пишет: «в течение первых 30 дней с момента инсульта депрессия отмечена в среднем у 30% лиц, проходивших реабилитацию, у 33% находившихся дома, и у 36% – в больнице» [42, с. 85]. Сравнивая динамику групп, автор пишет, что в раннем восстановительном периоде те, кто находился в больнице, дома чаще

находились в состоянии депрессии, чем те, которые проходили реабилитацию в специальном учреждении. Затем показатели уравнивались.

Н.Ц. Архинчеева, И.М. Бальхаев и А.Х. Шадапова, характеризуя особенности постинсультной депрессии, пишут о таких признаках, как угнетённое настроение, неспособность оптимистически воспринимать окружающее, потеря жизненной энергии, трудность при концентрации внимания и внутренняя усталость [6]. Постинсультная тревога проявляется чаще как общая тревога, не связанная с какой-либо конкретной ситуацией.

Следующее состояние – эмоциональная лабильность. Как отмечают указанные выше авторы, она свойственна 6-34% лиц, перенесших инсульт. Эмоциональная лабильность может проявляться в беспричинном смехе, плаче. Причиной является нарушение «нейронной связи между передней корой головного мозга, внутренней капсулой, базальными ганглиями, вентральным стволом головного мозга» [6, с. 6].

Характеризуя постинсультную агрессию, Н.Ц. Архинчеева, И.М. Бальхаев и А.Х. Шадапова отмечают агрессивное, враждебное поведение, выражающееся в нанесении ударов окружающим, пинков, укусов; бросании предметов, криках, оскорблениях. Вместе с тем авторы пишут не столько о неприкрытой агрессии, сколько о неспособности осуществлять процесс саморегуляции, стремлении говорить на повышенных тонах, близкие вызывают недовольство.

Описывая постинсультную астению, авторы пишут о повышенной утомляемости. «Неврологический дефицит, коморбидные заболевания, нарушения сна, боль – одни из важных факторов, связанных с астенией. Хотя астения тесно связана с депрессией, у многих депрессии нет» [6, с. 6]. Сравнивая состояние людей в разные периоды после инсульта, авторы пишут, что в первое время отмечается быстрое утомление при выполнении несложной физической работы. При развитии депрессивного состояния на позднем сроке после дебюта инсульта человек постоянно чувствует усталость.

Опыт позволяет коллективу авторов, В.А. Александровой, А.В. Скотниковой и А.У. Нигметовой, утверждать, что свойственное постинсультному состоянию расстройство тревожно-депрессивного спектра чревато риском развития повторного инсульта и преждевременной смертью [1]. Перенесённый ишемический инсульт негативно влияет на память, внимание и другие познавательные процессы, отмечается сложность удовлетворять свои потребности. Это не способствует успешности процесса лечения, реабилитации. Нарушенные функции восстанавливаются в течение более длительного времени, чем могли бы. В.А. Александрова, А.В. Скотникова и А.У. Нигметова указывают на трудности коммуникации с окружающими, редко строят прогнозы на будущее, отсутствие стремления мобилизовать силы для успешной реабилитации. Поэтому значительно снижается качество жизни.

Н.Г. Ермакова обобщает опыт реабилитации лиц после инсульта [22]. Исследователь пишет, что в процессе работы использовалась психотерапия, нацеленная на коррекцию когнитивной и поведенческой сторон личности. В процессе диагностической работы исследователь выявлял иррациональные установки, которые преувеличивали степень заболевания, не верили в возможность реабилитации. Поэтому целью психотерапевтической работы является формирование оптимистичной лечебной перспективы с помощью информирования о сущности болезни, о том, какие способы реабилитации будут использоваться, какие жизненные перспективы возможны. Лица, перенесшие инсульт, с помощью психолога учатся реализации приёмов саморегуляции, выполнению упражнений аутогенной тренировки.

Н.Г. Ермакова анализировала особенности личности лиц, перенесших инсульт, их отношение к заболеванию, к лечению и ожидания от будущего. Полученные данные позволяют психологу выбрать способы воздействия на проблему. Если же человек делился неадекватными убеждениями, выражая свою беспомощность перед болезненным состоянием, то психотерапевт, психолог, врач информируют о действительном положении человека, снимая

тревогу и внушая оптимизм [22, с. 39]. В результате человек учится применять приёмы, которые помогают восстанавливать нарушенные функции, его побуждают тренироваться в выполнении упражнений ЛФК, заниматься лечебной ходьбой, принимать лекарственные препараты. Весь перечень мероприятий нацелен на то, чтобы болезнь не повторилась. Автор замечает: «эта обнадеживающая информация, полученная от авторитетного лица, в значительной мере способствует формированию надежды на выздоровление и положительной лечебной перспективы» [22, с. 39]. Н.Г. Ермакова обращает внимание на роль медицинского психолога. Он способствует восстановлению физического и психического состояния, оказывая поддержку. Обладая знаниями, он проводит диагностику и коррекцию дисфункциональных установок. Анализ личностных особенностей помогает психологу строить работу с группой и индивидуально. При этом Н.Г. Ермакова указывает, что осознание и принятие болезни у лиц, перенесших инсульт, проходит сложно, так как их ожесточали физические страдания, которые им приходилось переносить. Они проявляют нежелание выполнять упражнения, способствующие восстановлению. Поэтому психолог стремится к актуализации зрелого «Я» для формирования партнёрских отношений с медицинским персоналом. В свою очередь родственники не всегда способствуют снятию напряжения и отказу от депрессивного настроения.

Н.Г. Ермакова наблюдает за особенностями общения между собой у испытуемых. Она замечает, что женщины чаще всего обсуждают особенности протекания болезни, изменения в организме после медикаментозного лечения. Темы, не относящиеся к инсульту, возникают реже. В мужских палатах чаще всего обсуждаются темы, связанные с особенностями трудовой деятельности, политическими событиями и другое.

Автор утверждает, что общение между собой лиц, перенесших инсульт, позволяет им найти понимание и сочувствие. Исследователь пишет: «фактор терапии коллективом палаты в реабилитационном стационаре размыкает аутичную идентификацию с образом «Я – тяжело больной» и соединяет с



общегрупповым коллективным образом: «Я – восстанавливающий свои силы» [22, с. 40]. В рамках дискуссии складывается восприятие болезни как уходящего физического состояния. Они в большей степени ориентируются на будущее, стремясь к выздоровлению, создаётся образ «Я – выздоравливающий».

Сравнивая женщин и мужчин, Н.Г. Ермакова отмечает, что первые быстрее меняют когнитивные стили, более критически рассматривая своё поведение до болезни, взаимоотношения с близкими. Совместные беседы мужчин и женщин характеризуются как обучающий фактор. Женщины, которым свойственно более оптимистично воспринимать, осознавать и оценивать лечение, внушают подобное отношение к этому мужчинам. В свою очередь, мужчины, более философски воспринимающие заболевание, заставляют женщин спокойнее относиться к происходящему.

При сравнении автором лиц с различной локализацией очага поражения в левой и правой гемисфере, было отмечено, что взрослые с правополушарным поражением склонны к возникновению подозрений по поводу реальной картины болезни, унынию, постоянному ожиданию негативной информации, что снижает эффективность лечения. Психолог посредством коррекционного воздействия на эмоциональное состояние данной группы взрослых, проводил как индивидуальные, так и групповые занятия с привлечением в участие группы пациентов с левополушарным инсультом. Во время их проведения пациенты с левополушарной локализацией очага поражения становились примером для остальных присутствующих. В результате у этой части пациентов улучшилась ходьба, движения стали более уверенными, что укрепляло их веру в излечение, а также становилось убедительным примером для других участников, не веривших в успешность реабилитации. Данная работа позволила исследователю утверждать, что в восстановительном периоде инсульта люди чаще всего проявляют невротичные реакции, впадая в депрессивное состояние с аутичностью. Они особенно тревожны. При этом депрессия препятствует продуктивности процесса.

Адекватное восприятие лечения часто представляет трудность из-за демонстративности, излишней импульсивности, подозрительного отношения к новому, склонности сосредотачиваться на отрицательных переживаниях, которые иногда свойственны людям. Некоторым трудно выразить переживания. Оптимизм же, готовность к лечению, упорство и самодостаточность способствуют успешному лечению. Следует отметить, что во время лечения люди меняют своё отношение к собственному состоянию. Нередко можно видеть, что люди в трудной жизненной ситуации, связанной с нездоровьем, склонны обвинять в этом окружающих. Поэтому необходимо прорабатывать данную установку. Н.Г. Ермакова считает следующее: «психотерапевтическая работа направлена на исследование и коррекцию иррациональных установок, коррекцию внутренней картины, на формирование положительной лечебной и жизненной перспективы» [22, с. 41]. В процессе успешной реабилитации особенно важно активное участие лица, перенесшего инсульт.

Исследования как отечественных, так и зарубежных авторов показывают различия в психоэмоциональной, мотивационной, поведенческой сферах у лиц с инсультом. Например, лица с поражением правого полушария зачастую сталкиваются с трудностями восприятия, внимания, выражения эмоций [38]. У них наблюдается снижение самокритичности, плоский аффект, анозогнозия и проблемы с высокоуровневыми языковыми задачами (семантика и лексика) [73].

А.М. Тынтерова и С.А. Перепелица исследовали психоэмоциональные нарушения в остром периоде ишемического инсульта. У взрослых с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) в большей степени присутствовали когнитивные снижения и клинически проявленные тревога и депрессия. В исследовании респонденты были распределены на группы: первая – с поражением правого полушария, вторая – с поражением левого полушария [58]. Изучение эмоционально-мотивационных характеристик групп выявило то, что нарушения соответствуют «теории валентности»,

объясняющей латерализацию аффективных процессов, таких как эмпатия, агрессия, привязанность, эмоции, связанные с избеганием [71, 74]. Дискуссионным остается вопрос о преобладании депрессии у лиц с правополушарными поражениями, поскольку многие источники указывают на большую распространенность этого расстройства у лиц с ОНМК в левой сфере [32, 72]. Это может быть связано с доминированием когнитивных нарушений в первой группе и с недостатком мотивации и апатией, характерными для данной категории [48, 69, 75]. Повышенный уровень депрессии и снижение исполнительских функций влияют на выбор дезадаптивных копинг-стратегий у лиц с правосторонним инсультом. Для более точной диагностики следует добавлять методики, оценивающие апатию, и расширенные шкалы для диагностики депрессии.

Данные о различиях психоневрологической сферы у лиц с поражением правого и левого полушария получены исследованиями А.М. Тынтеровой и С.А. Перепилицы. Когнитивный дефицит и выраженная депрессивная симптоматика, наряду с преобладанием нарушений стратегий совладания со стрессом, даже при минимальном двигательном дефиците у лиц с поражением в правом полушарии подтверждает необходимость ранней диагностики их состояния, в частности нейропсихиатрических, поведенческих, когнитивных синдромов. Результаты исследования подтверждают актуальность разработки индивидуализированных программ реабилитации с учетом типа поражения [58].

Итак, после инсульта многие люди сталкиваются с эмоциональными расстройствами: депрессия, тревога, раздражительность, апатия, изменения в настроении, агрессия, фрустрация, эмоциональная лабильность. Эти состояния могут возникать как результат прямого повреждения мозговых структур, отвечающих за эмоциональную регуляцию, так и из-за реакции на изменения в физическом состоянии и социальной роли. Влияние ишемического инсульта на эмоциональное состояние взрослого человека является многофакторным и требует комплексного подхода к диагностике и

лечению. Эмоциональные потребности человека основываются на интеграции его внутренних переживаний и воздействующими на него внешними стимулами, что является важным для адаптации и возвращение эмоционального благополучия после ишемического инсульта [34]. Эмоциональные расстройства, возникающие впоследствии ишемического инсульта, оказывают влияние на все функции организма, приводя к ухудшению состояния взрослого и снижая его вовлеченность в процесс реабилитации. Эмоциональное состояние человека оказывает влияние на его социальную адаптацию, непосредственно взаимодействие с медицинским персоналом, снижая уровень комплаентности и приверженности к лечению. Оптимизация физического и психологического состояния взрослого, важный аспект, ведущий к эмоциональному благополучию и быстрой адаптации. Мультидисциплинарное взаимодействие содействует комплексному восстановлению, начиная с раннего периода. Важно, чтобы учитывались индивидуальные особенности эмоционального состояния здоровья человека, применялись интегрированные подходы, которые включают как физическую, так и психоэмоциональную реабилитацию.

### **1.3 Психологические методы и коррекция эмоционального состояния взрослых с ишемическим инсультом**

Психологическая реабилитация – «процесс, мобилизующий личностные адаптационные механизмы при обеспечении необходимых условий во внешней среде, предполагает возвращение того, что утрачено (может быть утрачено) в связи с изменением условий» [16, с. 22]. Психологическая коррекция – «психолого-педагогическое воздействие, направленное на устранение отклонений в личностном и профессиональном развитии, гармонизацию личности и межличностных отношений в конкретных условиях» [16, с. 22].

Д.Г. Назметдинова и В.Б. Обуховская замечают, что чаще всего исследования, касающиеся процесса реабилитации лиц с острыми нарушениями мозгового кровообращения, включают только медицинский аспект, хотя важна и психологическая реабилитация [37]. Медицинский психолог способен учесть личностные особенности человека, его установки на лечение или внутренний отказ от него, отношение к собственному заболеванию, отличающееся оптимизмом или пессимизмом, а также информировать больного о возможностях адекватного существования в создавшихся условиях. Ссылаясь на данные, полученные Н.Г. Ермаковой, авторы отмечают, что для рассматриваемой группы свойственна переоценка тяжести заболевания и, наоборот, недооценивание собственных возможностей, мобилизация которых особенно значима. Депрессия, от которой страдают лица после инсульта, затрудняет ведение реабилитационного процесса [22].

Поэтому на этапе диагностики Д.Г. Назметдинова и В.Б. Обуховская рекомендуют проводить анализ внутренней картины болезни. Авторы подчёркивают, что половина лиц не выполняет медицинские рекомендации, в то время как самоконтроль, вовлеченность в процесс лечения, осознание создавшегося положения и принятие риска особенно важны. Они отражают жизнестойкость человека, ведь обладание высокой жизнестойкостью особенно важно.

Проведя эмпирическое исследование, авторы замечают, что на этапе компенсации комплексной реабилитации более востребованы адаптивные варианты, то есть своевременное проведение медикаментозной терапии, лечебный массаж, лечебная физическая культура, бальнеолечение и физиотерапия. Данный подход в результате даёт картину полного регресса неврологического дефицита, больше не наблюдается депрессия и тревога, нет жалоб на болевой синдром, восстанавливаются полностью или частично утраченные функции, переживают высокую мотивацию к выздоровлению.

Если у лиц, перенесших инсульт наблюдается реадaptация, то «на передний план выходят коррекция интра- и интерпсихической направленности личностного реагирования на заболевание на адаптивные варианты ВКБ, снижение ангедонии и тревожных проявлений, психокоррекционная работа с отчужденностью и качеством жизни, отражающим ограничения физического здоровья» [37, с. 74]. При этом, по мнению исследователей, психологические интервенции должны в определённой мере предвосхищать медицинские реабилитационные меры. В таком случае человек настраивается получать медицинскую терапию.

Авторы резюмируют, утверждая, что часто лица после инсульта, находясь в периоде компенсации, стремятся уйти в деятельность. Подобное восприятие болезни авторы характеризуют как отрицание её, что не способствует продуктивности реабилитационного процесса. Д.Г. Назметдинова и В.Б. Обуховская рекомендуют: «в период компенсации для реабилитационного процесса необходимо поддержание гармонического, эргопатического и анозогнозического типов реагирования на заболевание, физического и психологического компонентов качества жизни, а также жизнестойкости» [37, с. 74].

Находясь в раннем восстановительном периоде лица с ишемическим инсультом, часто демонстрируют депрессивный настрой. Поэтому им нужна психологическая коррекция, пробуждающая позитивные чувства, стабилизирующая эмоциональное состояние, осведомляющая об особенностях лечения, повышающая мотивацию к выздоровлению. Мишенью реабилитации должны стать люди со склонностью к тревоге, унынию, пессимизму. Поэтому необходимо развивать в них активность, возможность социального функционирования, способность к контролю и принятию риска.

Важным аспектом реабилитации является использование методов арт-терапии, которые позволяют выразить эмоции через творчество. Арт-терапия может включать рисование, лепку, музыку и другие формы художественного самовыражения. Эти методы не только способствуют снижению уровня

стресса и тревожности, но и помогают лучше понять эмоции и переживания. Творческий процесс может стать важным инструментом в восстановлении эмоционального состояния, а также в создании позитивного опыта, который способствует улучшению общего самочувствия.

Л.Э. Панкратова и М. Хамрбоева обобщают опыт применения арт-терапии в реабилитации лиц, перенесших инсульт. Исследователи, описывая ход реабилитационной работы, пишут, что вначале было проведено анкетирование, которое позволило получить сведения, касающиеся возраста, семейного положения, профессиональной деятельности. Затем беседовали с пациентами, что способствовало созданию более объективной картины. Далее применялись рисуночные методики, во время которых человек мог самовыражаться; составлялся коллаж, в процессе создания которого реализовалось коллективное творчество, а заключительным этапом стало обучение технике оригами. После подводился итог [41].

Описывая организационный этап, Л.Э. Панкратова и М. Хамрбоева пишут, что во время бесед они стремились наладить контакт, чтобы мотивировать на начало совместной реабилитационной работы. Она реализовалась в течение полумесяца, во время которых проводились занятия, по 40-50 минут [41].

Вовремя 1 этапа работы отмечено, что «23 % знает, но не обладает достаточной информацией; 70% не знает вообще, и 7% знает об инсульте, его причинах, последствиях, реабилитации» [41, с. 299]. На лекции, целью которой было информирование, приняла участие вся мультидисциплинарная команда: «врач-невролог рассказала о необходимых аспектах инсульта как заболевания, а врач-реабилитолог совместно с инструктором ЛФК рассказали и на примерах показали методики реабилитации, продемонстрировали полезные для восстановления двигательных функций упражнения» [41, с. 299]. Логопед провела ознакомительное занятие, где рассказала о способах, помогающих восстановить речевые нарушения.

Согласно физическому состоянию участников для занятий была выбрана изотерапия. Все участники получили материалы, которые соответствовали их творческим замыслам. Они работали в соответствующем для них темпе, создавая понравившийся им образ. Во время изобразительной деятельности обсуждались особенности создаваемых образов, когда они объясняли, почему выбрали образ, что хотели сказать изображением. На заключительном занятии участники говорили о том, что во время рисования испытывали интерес к забытой ими деятельности, огорчались, если работа не устраивала. После занятия ощущали чаще всего удовлетворение.

Л.Э. Панкратова и М. Хамрбоева пишут также о разновидности арт-терапии – занятия по оригами [41, с. 230]. Участники осваивали технику создания фигур из бумаги, хотя им было непросто [41, с. 230]. И во время работы, и по её окончании эмоциональное состояние у участников было приподнятым. В итоге из 16 участников у 13 заметили улучшения: пальцы увереннее выполняли определённые действия, восстанавливались двигательные функции. Родственники отметили у участников более спокойное эмоциональное состояние, нежели до реабилитации. Ранее больные были нервозны, грустны, что ещё более усугубляло нездоровое состояние; негативно относились к любым предложениям близких, связанных со стремлением найти им посильное занятие. Всё это позволяет понять, что арт-терапия помогла участникам осознать: они могут быть ответственными за своё излечение, а также искать новые радости в собственной жизни.

Е.Ю. Грабовская и Е.А. Зинюк отмечают, что значительная вероятность инвалидизации у лиц, перенесших ишемический инсульт, влияет на экономику государства [17]. Поэтому актуальна проблема разработки новых подходов к физической реабилитации, многие из которых до наступления острой фазы болезни, находясь в периоде взрослости, были трудоспособными членами общества. Как и другие авторы, Е.Ю. Грабовская и Е.А. Зинюк подчёркивают необходимость включения в реабилитацию самого лица, перенёвшего инсульт. Много детерминировано тем, насколько чётко он



представляет особенности своего физического состояния, процесс восстановления утраченных функций, ему необходимо адаптироваться к новым условиям, мотивируя себя на достижение целей. При этом нужно понимать, что данная патология провоцирует определённые нервно-психические расстройства на фоне сосудистого процесса. На развитие расстройства влияют также личностные особенности, реакция на острую фазу заболевания. Подчёркивается, что современный подход к реабилитации рекомендует внедрение терапии творчеством. Она помогает вернуть утраченную удовлетворённость жизнью и уверенность в себе. Занятия проводятся на разные темы, индивидуально и в группе, методы воздействия аудиальные, визуальные. На них используются различные материалы. Все они нацелены на благоприятное физическое и психическое воздействие.

Е.Ю. Грабовская и Е.А. Зинюк обращают внимание на нарушение двигательной функции конечностей и речи при инсульте: «с анатомической точки зрения, около трети площади двигательной проекции коры головного мозга занимает проекция кисти руки, расположенной близко от речевой зоны. Величина проекции кисти руки и ее близость к моторной зоне дают основание рассматривать кисть как «орган речи», такой же, как артикуляционный аппарат» [17, с. 19]. Исследователи считают важным восстановление утраченного умения выполнять тонкие движения пальцами, ведь данный процесс помогает одновременно развивать речевую функцию. Характеризуя мелкую моторику, авторы пишут о её взаимодействии с вниманием, в том числе с произвольным вниманием. Она также связана с познавательной деятельностью субъекта, его координацией движения, способностью к воссозданию образа, наблюдательностью и речью. Поэтому авторы рекомендуют проводить занятия, направленные на развитие мелкой моторики. Это выполнение таких упражнений, которые требуют концентрации внимания, развития ловкости рук и гибкости пальцев.

Описывая проведённое ими исследование, Е.Ю. Грабовская и Е.А. Зинюк пишут, что испытуемыми выступили мужчины возрастной группы

от пятидесяти лет с диагнозом в анамнезе «острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу», находившиеся в позднем восстановительном и резидуальном периоде. Реабилитационные мероприятия проходили в течение четырёх месяцев. В работе использовались: лепка, упражнений с карандашом. Результат показал: дозированное применение массажа, сочетающееся с выполнением физических упражнений, приёмом медикаментозного лечения стабилизирует физическое состояние. Гимнастика и массаж положительно влияют на сосудистую реактивность [17, с. 23]. Е.Ю. Грабовская и Е.А. Зинюк отмечают также у испытуемых существенные изменения в эмоциональном состоянии, частично или полностью восстанавливались двигательные функции.

Э.З. Якупов, А.В. Налбат, М.В. Семёнова и К.А. Тлегенова оценивают динамику восстановления двигательных, речевых и вегетативных функций у лиц с ишемическим инсультом, применяя музыкальную терапию [68]. Данная группа авторов утверждает: «значительное влияние на эффективность реабилитационных мероприятий, основанных на принципе когнитивной стратегии, оказывают музыка и звук» [68, с. 15]. Она ссылается на исследования учёных, которые применяют музыкотерапию при реабилитации больных, перенесших инсульт для восстановления высших мозговых функций. Кроме того, данный подход помогает восстановить утраченную двигательную активность. Исследователи утверждают, что целостное воздействие музыки на организм человека происходит за счёт интеграции процессов, происходящих в обоих полушариях его головного мозга. Важную роль играет характер предлагаемой музыки. Если востребована музыка для терапии, то используются чаще всего медленные ритмы или быстрые мажорные композиции. Когда человек слышит негромкие звуки мелодичной композиции, то у него снижается мышечный тонус, увеличивается сила сердечных сокращений, становится медленнее пульс, сосуды расширяются, приходит в норму артериальное давление. Он испытывает чувство умиротворения. Если предлагается прослушивание негромкой, в то же время

бодрящей музыки, то он испытывает эмоциональный подъём, увеличивается тонус мышц, пульс учащается, давление становится более высоким, как и температура кожи.

Зарубежные учёные активно применяют музыкотерапию в процессе после ишемического инсульта. Им удаётся восстанавливать двигательные функции, контролировать тонус мышц, справляться с нарушением речи. Поэтому они охотнее вступают в коммуникацию. У них более концентрированным становится внимание, стараются больше запоминать информации. Э.З. Якупов, А.В. Налбат, М.В. Семёнова и К.А. Тлегенова эмпирическим путём провели исследование, которое показало, что данный вид терапии оказывает положительное влияние.

Групповые занятия также играют ключевую роль в коррекции эмоционального состояния. Общение с другими людьми, которые пережили похожие ситуации, может оказать значительное влияние на эмоциональное восстановление. Групповая терапия предоставляет возможность для обмена опытом, поддержки и понимания, что может помочь пациентам чувствовать себя менее изолированными и более уверенными в своих силах. Взаимодействие с другими людьми также способствует развитию социальных навыков и улучшению межличностных отношений, что может положительно сказаться на эмоциональном состоянии.

В.А. Александрова, А.В. Скотникова и А.У. Нигметова делятся опытом применения йоги как средства повышения эмоционального состояния у лиц, перенесших инсульт. В научном дискурсе постоянно обсуждается вопрос об использовании эффективных методов и средств, которые помогли бы лицам после инсульта быстро вернуться к привычному образу жизни, успешно выполнять социальные роли, чтобы испытанное острое состояние не вернулось. Авторы отмечают: «несмотря на внимание к этой проблеме, сложность представляет индивидуальный подбор средств и методов» [1, с. 393]. Данные упражнения позволяли растягивать мышцы, сохранять равновесие, расслаблять тело. Выполняя их, участники испытывали

эмоциональное удовлетворение, если смогли выполнить их максимально верно. В занятиях йогой инструктор видит всю группу в целом и каждого из занимающихся в отдельности, что является важным фактором для улучшения эмоционального состояния. Наблюдая за группой, инструктор может усиливать физическую нагрузку или уменьшать, укорачивать или удлинять время отдыха.

В процессе работы для осуществления психосемантического анализа категоризации цвета по П.В. Яньшину авторы проводили цветовой тест. В начале и конце занятия испытуемые выбирали карточку того цвета, который, по их мнению, более всего отражал их настроение. Это позволило собрать информацию об эмоциональном состоянии участников.

Свои наблюдения фиксировал и инструктор. В результате было замечено, что со второй недели участники становились более общительными. В процессе общения участники выказывали доброжелательность. На занятия приходили с удовольствием.

Характеризуя результат, полученный при цветовом тестировании, авторы пишут, что сначала наблюдали большой разброс в выборе. На второй неделе занятий участники стали выбирать цвета, которые говорили о позитивном настроении: «преобладание светлых, ярких цветов свидетельствует о благоприятном эмоциональном состоянии, которого удалось достичь с помощью экспериментальной методики» [1, с. 395].

Программа реабилитации должна включать чередование групповых и индивидуальных занятий. Групповые занятия важны, так как способствуют восстановлению социальных связей, эмоциональной поддержке в период восстановления, обсуждению переживаний с другими участниками [51].

«Основными методическими подходами являются когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), терапия, направленная на активацию и стимуляцию когнитивных функций, а также арт-терапия и телесно-ориентированные техники. Исследования показывают, что КПТ является

одним из наиболее эффективных методов для работы с эмоциональными нарушениями у пациентов после инсульта» [51].

Главными направлениями работы с цереброваскулярными заболеваниями в работе неврологического и реабилитационного отделения выделяют: когнитивно-поведенческую терапию (КПТ), которая ориентирована на стимуляцию когнитивных функций, арт-терапию и телесно-ориентированные техники. КПТ – один из эффективных методов работы с эмоциональными расстройствами у взрослых после инсульта.

КПТ производит идентификацию собственных эмоций, переоценку автоматических негативных мыслей, в виде руминаций. Данный подход направлен на изменение паттернов мышления и перенастройку с тревожности, и депрессии на регуляцию эмоций, для повышения показателей психологического благополучия [24, с. 100].

Арт-терапевтическая интервенция направлена на работу с эмоциональной сферой человека через художественное самовыражение. Данный метод часто используется в нейрореабилитации для психологической работы с пациентами, перенесшими инсульт. Положительная динамика отмечается за счет активации компенсаторных психологических механизмов, редукции эмоционального напряжения и повышения мотивации к выздоровлению [59, с. 66].

Телесно-ориентированные методы (техники релаксации, дыхательные практики), положительно влияют на эмоциональное состояние, снижают уровень тревожности, ускоряют ход восстановительного процесса [51].

Телесно-ориентированная терапия (далее ТОТ) интегрирует в себе работу с проприоцептивной системой, через мультисенсорную стимуляцию, кинезиотерапевтические методы и техники, для воздействия на оптимизацию психоэмоциональных процессов. Фундаментальным терапевтическим компонентом является совокупность различных видов двигательных модальностей. Танцевально-двигательная терапия, йога и аэробные упражнения являются основными компонентами физической активности в

применении телесно-ориентированной терапии, которые помогают снизить уровень депрессии, улучшить настроение. Еще одной важной техникой является осознанность тела, которая подразумевает внимательное восприятие физических ощущений и эмоций, а также заботу о себе. Достигается это через медитацию и расслабляющие практики. Осознанность способствует повышению самосознания, снижению тревожности, повышению стрессоустойчивости [11]. Исследования по результатам применения ТОТ в работе с лицами с инсультом показывают положительные результаты и улучшение общего состояния. К примеру, комбинация массажа и танцевальной терапии повышает самооценку и настроение [51].

Есть ряд теоретических подходов, исследующих ТОТ. Рассмотрим некоторые из них.

Сенсомоторный подход (П. Левин). Важно восстановление связи между телесными ощущениями и эмоциями, что важно в преодолении депрессии. Травматические эпизоды могут блокировать физические ощущения и нарушать работу нервной системы. Цель – восстановить связь и помочь выразить участникам эмоции, связанные с травмами.

Биоэнергетический подход (А. Лоуэн). Эмоциональные проблемы обусловлены накоплением в теле энергии и напряжения. Цель – устранение телесных блоков через дыхательные техники и физические упражнения.

Соматическая психология. Тело и психика взаимосвязаны. ТОТ направлена на восстановление гармонии между телом и разумом через работу с телесными ощущениями, дыханием, эмоциями.

Сенсорная интеграция. Значимость сенсорной системы для регуляции эмоций. Дисрегуляция сенсорных восприятий негативно влияет на эмоциональное состояние, поэтому ТОТ включает техники, повышающие осознанность и регулирующие сенсорные восприятия.

Телесная психотерапия включает работу с телом и психикой с целью преодоления эмоциональных нарушений через расслабление, физическую активность, массаж, помогая снять эмоциональные блоки и напряжение.

Психокорпоральный подход. Основан на связи психических и физических аспектов заболеваний. Признает, что психологические проблемы могут проявляться физически, и наоборот.

Структурно-динамический подход. Определяет связь между телом и психикой, рассматривая телесные проявления как индикаторы психического состояния.

Подходы подчеркивают значимость работ с физическими ощущениями, движениями, дыханием, для повышения эмоционального благополучия. Каждый подход оперирует своими техниками, при выборе ТОТ важно учесть индивидуальные особенности участника, данные об эффективности. Подходы могут комбинироваться.

ТОТ – перспективная методика, которая объединяет физические и сенсорные подходы к работе с эмоциональными состояниями, что может повысить эффективность традиционных методов реабилитации, снизить уровень депрессии, тревоги и улучшить общее состояние [5]. Телесно-ориентированная терапия (ТОТ) играет важную роль в реабилитации после инсульта. Ее методы помогают:

- установить контакт со своим телом: это непростая задача для больного инсультом, учитывая нарушения движений или асимметрию лица;
- снизить уровень тревожности, нормализовать психоэмоциональное состояние и ускорить процесс восстановления;
- улучшить некоторые когнитивные функции и качество жизни: это следует из систематического обзора, в котором проанализированы научные данные о влиянии телесно-ориентированного вмешательства у взрослых после инсульта на когнитивные функции, осознание своего тела и качества жизни.

Для повышения эффекта восстановления двигательных возможностей используются комплексы лечебной гимнастики с элементами ТОТ, специальные дыхательные упражнения с использованием релаксационной техники [11].

Таким образом, реабилитация должна быть индивидуализированной и учитывать уникальные особенности каждого человека. Эмоциональные реакции на инсульт могут варьироваться в зависимости от личных характеристик, предшествующего опыта и уровня поддержки со стороны близких. Поэтому при разработке реабилитационной программы необходимо учитывать не только медицинские аспекты, но и психологические потребности. Индивидуальный подход позволяет более эффективно справляться с эмоциональными расстройствами и способствует более быстрому восстановлению. В работе по коррекции эмоционального состояния взрослых с ишемическим инсультом могут использоваться различные методы, техники и их комбинации.

#### Выводы по первой главе

Эмоциональное состояние – сложное психическое состояние отражения в виде переживания воздействия внешних или внутренних стимулов. К его характеристикам относят: сложность, длительность, цикличность и поддержание внутреннего эмоционального напряжения, низкая интенсивность, беспредметность, субъективная оценка самим человеком. Эмоциональное состояние содержит одну или несколько эмоций, уровень стресса, когнитивного здоровья, уровень депрессии, уровень удовлетворенности, тревожности. Эмоциональная сфера взрослого человека меняется, включая развитие таких характеристик как сентиментальность, эмпатия, и свойства эмоциональности. Может отмечаться возрастание удовлетворенности жизнью, возрастание положительных и снижение отрицательных эмоций, при этом есть и гендерные различия.

Можно отметить следующие особенности эмоционального состояния взрослых с ишемическим инсультом: депрессия, тревога, раздражительность, апатия, изменения в настроении, агрессия, фрустрация, эмоциональная лабильность. Эти состояния могут возникать как результат прямого повреждения мозговых структур, отвечающих за эмоциональную регуляцию, так и из-за реакции на изменения в физическом состоянии и социальной роли.



Эмоциональные реакции на инсульт могут варьироваться в зависимости от личных характеристик, предшествующего опыта и уровня поддержки со стороны близких. Поэтому при разработке реабилитационной программы необходимо учитывать не только медицинские аспекты, но и психологические потребности. Индивидуальный подход позволяет более эффективно справляться с эмоциональными расстройствами и способствует более быстрому восстановлению.

Методические подходы психологических программ коррекции для работы с эмоциональным состоянием взрослых с ишемическим инсультом могут включать различные методы, техники и их комбинации, например, телесно-ориентированные методы, такие как релаксационные техники и дыхательные практики, танцевальные движения, йогу, когнитивно-поведенческий подход, арт-терапию, музыкотерапию.

## **Глава 2 Экспериментальная работа по коррекции эмоционального состояния взрослых с ишемическим инсультом**

### **2.1 Организация и методы изучения особенностей эмоционального состояния лиц с ишемическим инсультом**

Целью практической части исследования является изучение особенностей эмоциональной сферы лиц с ишемическим инсультом, разработка и выявление эффективности психологической программы для коррекции эмоционального состояния взрослых с ишемическим инсультом.

Проведенное исследование было направлено на изучение особенностей эмоциональной сферы лиц с ишемическим инсультом в раннем восстановительном периоде.

Эмпирическая база исследования: больница ФГБУЗ ЦМСЧ-58 ФМБА России, Архангельской области, города Северодвинск (отделение медицинской реабилитации (ОМР 2 этап)).

В исследовании участвовали 50 человек. Средний возраст испытуемых: 58,2 лет.

1 группа экспериментальная – 25 человек, средний возраст: 58,6 лет.

2 группа контрольная – 25 человек, средний возраст: 57,8 лет.

Из 50 человек: 31 мужчина (62%) и 19 (38%) женщин. Все состоят в браке. 50 % имеют высшее образования, 50 % имеют средне-специальное и среднее образование.

Критерии формирования выборки.

Критерии включения. Подтвержденный диагноз (по данным КТ или МРТ). Стабильное соматическое состояние. Способность к вербальной коммуникации. Сохранность когнитивных функций, достаточные для участия в исследовании (на основании нейропсихологического заключения). Добровольное согласие на участие в исследовании.

Критерии исключения. Тяжелые когнитивные нарушения, препятствующие участию в программе. Наличие психических заболеваний в анамнезе (шизофрения, биполярное расстройство). Афазия, затрудняющая коммуникацию. Наличие других неврологических заболеваний (болезнь Паркинсона, рассеянный склероз). Острые соматические заболевания. Участие в других исследованиях, влияющих на эмоциональное состояние.

Методы математической статистики: непараметрический U-критерий Манна-Уитни, T-критерий Вилкоксона, программа «STATISTICA».

Методики исследования.

Методика «Шкала депрессии Бека» (BDI) для оценки уровня депрессивных состояний [53].

Цель: диагностика выраженности депрессивной симптоматики.

Опросник состоит из 21 групп утверждений. Необходимо выбрать утверждение наилучшим образом отражающее самочувствие в течение последней недели.

Шкала включает категории симптомов и жалоб, наиболее часто отмечающиеся у лиц с депрессией. В связи с тем, что для лиц с инсультом может быть характерна депрессия была выбрана данная методика. Методика позволяет провести оценку и выявление симптомов депрессии. Выражение степени депрессии помогает в дальнейшей диагностике, планированию реабилитации, что важно для восстановления после инсульта и улучшения качества жизни.

Обработка результатов происходит согласно ключу. Каждый элемент пункт имеет оценку от 0 до 3 баллов, общий балл от 0 до 62.

Выраженность депрессии:

от 0 до 9 – отсутствие симптомов депрессии;

от 10 до 15 – легкая депрессия;

от 16 до 19 – умеренная;

от 20 до 29 – выраженная (средней тяжести);

от 30 до 63 – тяжелая.

«Опросник для оценки ситуативной тревожности» (Ч.Д Спилбергер, адаптация Ю.Л. Ханина) [62].

Целью методики является оценка выраженности ситуативной тревожности (как показателя реакций на социально-психологические стрессоры).

В связи с тем, что для лиц с инсультом может быть характерна тревожность была выбрана данная методика.

Стимульный материал позволяет провести оценку тревожности на основе 20 высказываний. Проведение методики состоит из оценки респондентом предложенных высказываний по 4-балльной шкале.

Обработка результатов проводится в соответствии с ключом. Интерпретация результатов осуществляется в соответствии ключом: 20-30 баллов – низкий; 31-45 баллов – средний; 46 баллов и более – высокий уровень тревожности.

Шкала апатии Starkstein (SAS) [25].

Цель: диагностика апатии как психического состояния, характеризующегося отсутствием интереса к жизни и вызванного психоневрологическими заболеваниями.

В связи с тем, что лица с ишемическим инсультом испытывают фоновую тревожность, снижение эмоционального фона, может быть снижение интереса к жизни и проявление апатии, что затрудняет реабилитационный процесс.

Стимульный материал шкалы содержит 14 тестовых пунктов в виде вопросов с четырьмя вариантами ответов.

При показателях 12-17 баллов делается вывод о низком уровне апатии; от 18 до 31 балла – о среднем уровне; 32-48 баллов – о высоком уровне.

Опросник «Самочувствие – Активность – Настроение» (В.А. Доскин, Н.А. Лаврентьева, В.Б. Шарай и М.П. Мирошников) [9].

Цель: оперативная оценка психоэмоционального состояния на момент обследования.

В связи с тем, что для лиц с инсультом может быть характерна пассивность, сниженный фон настроения, плохое самочувствие была выбрана данная методика.

Стимульный материал включает 30 пар слов, отражающих психоэмоциональные состояния. Каждое состояние отражено 10 парами слов. Между полярными характеристиками располагается рейтинговая шкала.

При подсчете крайняя степень выраженности негативного полюса пары оценивается в 1 балл, а крайняя степень выраженности позитивного полюса пары – в 7 баллов. Полученные баллы группируются в соответствии с ключом в категории самочувствие, активность, настроение и подсчитывается количество баллов по каждой из них.

Данные по каждой категории делятся на 10. Низкий уровень – 1-3 балла. Средний – 3,1-5 баллов. Высокий – 5,1-7 баллов. При анализе функционального состояния важно соотношение всех показателей.

Для сравнения результатов между группами применялись непараметрические критерии, U-критерий Манна-Уитни для попарного сравнения результатов в двух несвязанных выборках, T-критерий Вилкоксона для сравнения результатов в двух связанных выборках. Значимыми считались различия при  $p \leq 0,05$ .

Расчеты проводились в программе для статистической обработки «STATISTICA».

## **2.2 Анализ результатов исследования эмоционального состояния лиц с ишемическим инсультом**

Представим результаты исследования эмоциональной сферы лиц с ишемическим инсультом.

Для определения реактивной тревожности мы использовали опросник «Шкала реактивной тревоги Спилбергера», автор Ч.Д. Спилбергер, адаптация Ю.Л. Ханина, который позволяет методом самооценивания выбрать результат

наиболее подходящий под ситуативно обусловленное состояние (для оценки реактивной тревожности).

На рисунке 1 представлены средние значения диагностики испытуемых, полученные в контрольной и экспериментальной группах по уровню ситуативной тревожности.



Рисунок 1 – Результаты диагностики уровня ситуативной тревожности в контрольной и экспериментальной группах (средние значения)

Реактивная (ситуативная) тревожность проявляется в выраженных реакциях на социально-психологические стрессоры.

Из рисунка 1 видно, что показатели ситуативной тревожности в контрольной группе находятся на уровне повышенной тревожности (48,0). В экспериментальной группе верхняя граница среднего уровня (45,0). Источниками тревожности могут являться ощущения неопределённости и ожидание отрицательных событий. На первых этапах восстановления люди могут испытывать чувство нервозности, вызванное страхом потери контроля над исходом заболевания. Исследования Г.Г. Аракелова, Н.Е. Лысенко [3], К.С. Сидорова [49] подтверждают, что высокая тревожность, в том числе ситуативная усиливая стресс, провоцирует соматические и сердечно-

сосудистые заболевания. Постинсультные тревожные расстройства встречаются по данным разных авторов от 25 до 60%.

Рассмотрим процентное соотношение испытуемых контрольной и экспериментальной групп с разными уровнями выраженности ситуативной тревожности, отраженное на рисунке 2.

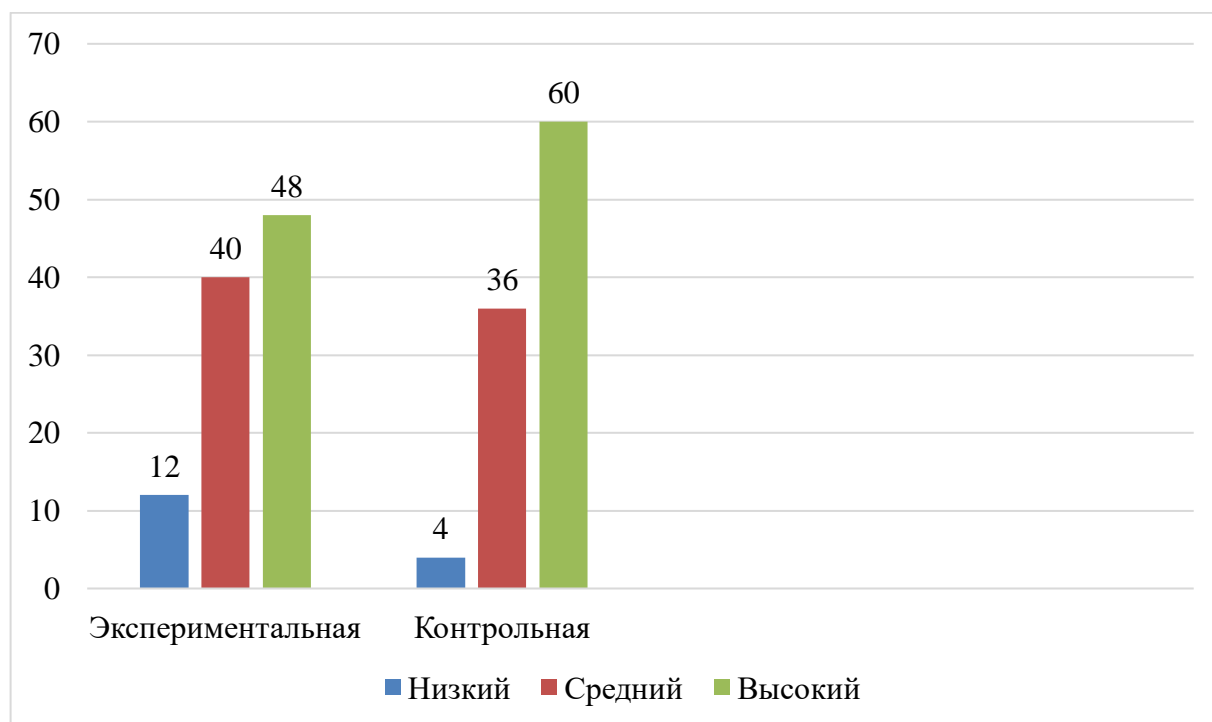


Рисунок 2 – Результаты диагностики испытуемых по уровням ситуативной тревожности контрольной и экспериментальной групп, %

Из рисунка 2 видно, что в обеих группах преобладают испытуемые с высоким уровнем тревожности. Лиц с высоким уровнем тревожности больше в контрольной группе (60,0%, 15 человек), чем в экспериментальной группе (48,0%, 12 человек). Однако, лиц со средним уровнем тревожности немного больше в экспериментальной группе (40,0%, 10 человек), чем в контрольной (36,0%, 9 человек). Лица, у которых высокий и повышенный уровни тревожности акцентируют свое внимание на негативных новостях и событиях, для них более свойственны негативные ожидания, например, мысли об ухудшении своего состояния, здоровья [49]. Низкий уровень тревожности

отмечен у 12,0% (3 человека) экспериментальная группа и у 4,0% (1 человек) контрольная группа.

На следующем этапе было проведено статистическое сравнение показателей ситуативной тревожности в контрольной и экспериментальной группах. Результаты статистического сравнения (группирующая переменная: контрольная/экспериментальная группа) контрольной и экспериментальной групп приведены в таблице 1.

Таблица 1 – Результаты различий контрольной и экспериментальной групп по ситуативной тревожности, методика «Шкала тревоги Спилбергера»

Название шкал	Экспериментальная группа	Контрольная группа	Значение: Mann-Whitney U	Уровень Значимости: p
Ситуативная тревожность	45,0	48,0	312,000	0,992
Примечание: уровень значимости сравнивался с $p \leq 0,05$				

Из таблицы 1 видно, что нет значимых различий в группах по уровню ситуативной (реактивной) тревожности. Это означает, что у испытуемых обеих групп уровень готовности к проявлению волнения и беспокойства значимо не отличается.

Рассмотрим результаты исследования оперативной оценки психоэмоционального состояния взрослого человека на момент обследования. На рисунке 3 представлены средние значения испытуемых, полученные в контрольной и экспериментальной группах по шкалам методики «Самочувствие – Активность – Настроение».



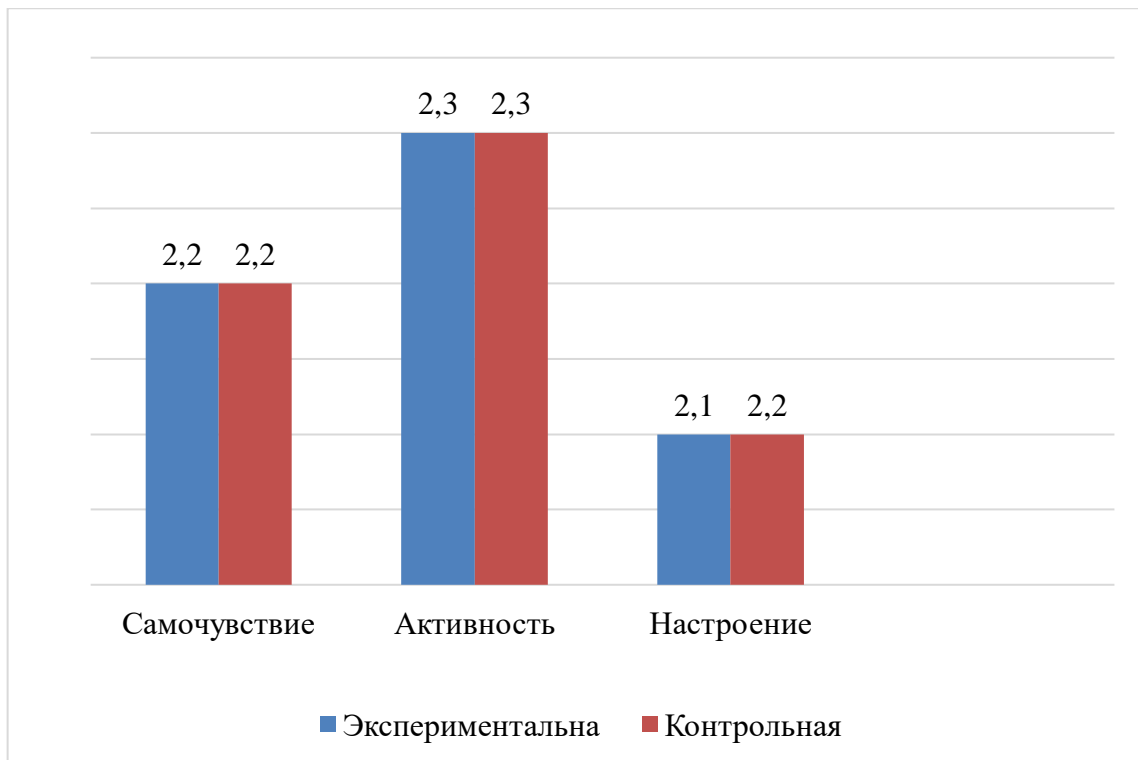


Рисунок 3 – Результаты диагностики самочувствия, активности и настроения в контрольной и экспериментальной группах (средние значения)

На рисунке 3 показано, что средние значения по показателям «активность», «самочувствие», «настроение» имеют умеренную выраженность. Респонденты дают своему настроению умеренно-негативную оценку, для них характерен сниженный уровень активности, преобладает недостаточно благоприятное самочувствие. Данные показатели могут отражать колебания настроения, самочувствия и активности в различных ситуациях, но в целом они могут оцениваться как недостаточные для преодоления последствий ишемического инсульта и требующие проведения психологической коррекции.

На рисунке 4 представлено соотношение показателей активности, настроения и самочувствия в контрольной и экспериментальной группе.

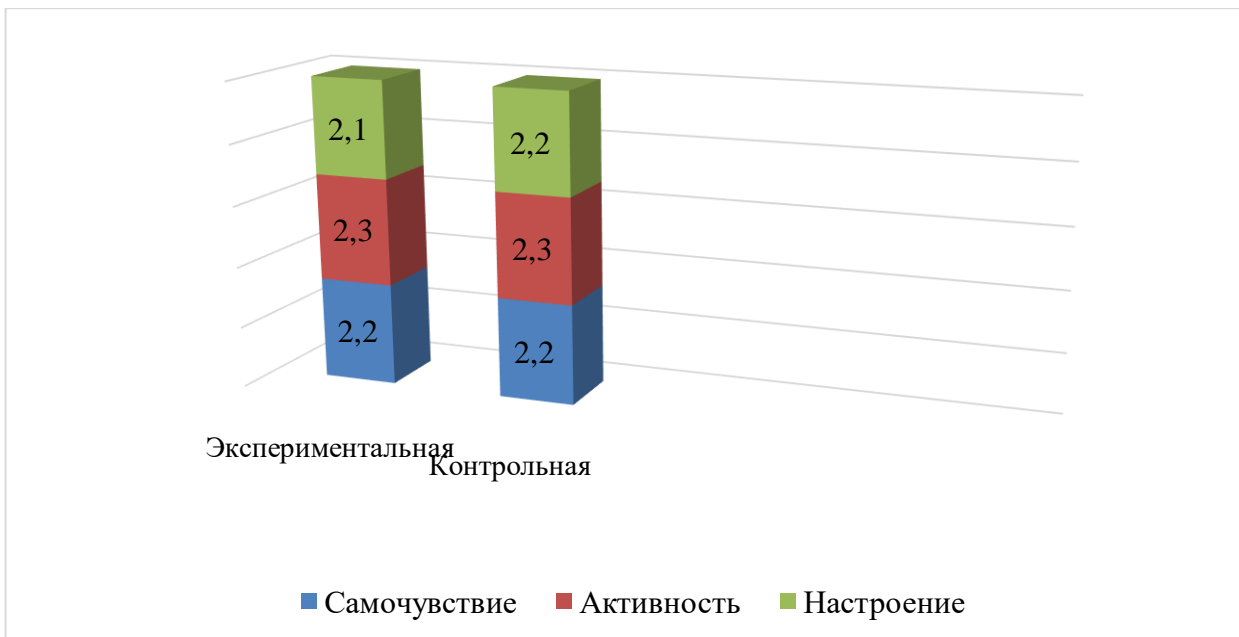


Рисунок 4 – Соотношение средних значений показателей самочувствия, активности и настроения

Согласно рисунку 4 следует, что в экспериментальной группе наиболее выражены проявления активности, свое самочувствие испытуемые оценивают ниже. Самые низкие показатели в экспериментальной группе по шкале настроение. В контрольной группе также, как и в экспериментальной, наиболее выражены проявления активности, свое самочувствие и настроение испытуемые оценивают ниже. Самочувствие и настроение испытуемых контрольной группы на одинаковом уровне выраженности. Но, например, по данным Е.А. Волковысской, М.В. Вассерман лица, перенесшие ишемический инсульт дают худшую оценку своей активности в сравнении с оценкой самочувствия или настроения [14].

По данным Ж.Е. Фирилёва у лиц, перенесших инсульт, до реабилитации были отмечены средние показатели оценки психологического состояния: до реабилитации – самочувствие 2,9, активность 2,8, настроение 4,3; после реабилитации – самочувствие 4,9, активность 4,4, настроение 4,9 [61].

Следует отметить, что по результатам анализа диаграммы размаха в контрольной группе выявляется более высокий разброс по показателю настроение.

Рассмотрим процентное соотношение испытуемых контрольной и экспериментальной групп с разными уровнями выраженности по шкалам активности, настроения и самочувствия.

Рассмотрим соотношение показателей самочувствия, отраженное на рисунке 5.

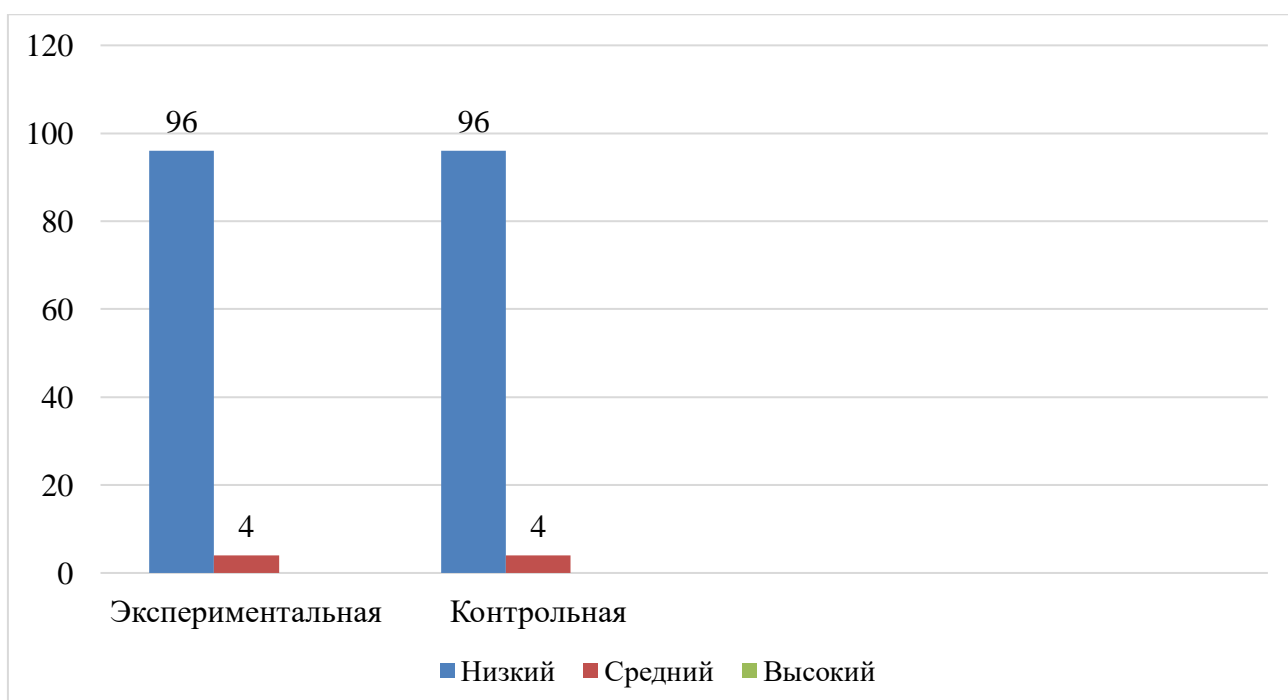


Рисунок 5 – Результаты диагностики по уровням самочувствия, %

Из рисунка 5 видно, что в обеих группах преобладают испытуемые с низким уровнем самочувствия. Респонденты дают негативную самооценку комплексу субъективных ощущений, которые показывают степень психологической и физиологической комфортности состояния, негативную ориентированность чувств, мыслей чувств. Это может быть обусловлено плохим самочувствием в целом, недомоганием или локализовано в отношении определенных форм ощущения (дискомфорт в разных частях тела). Только у

незначительного количества испытуемых выявляется средний уровень самочувствия.

Рассмотрим соотношения показателей активности в каждой из групп, отраженное на рисунке 6.

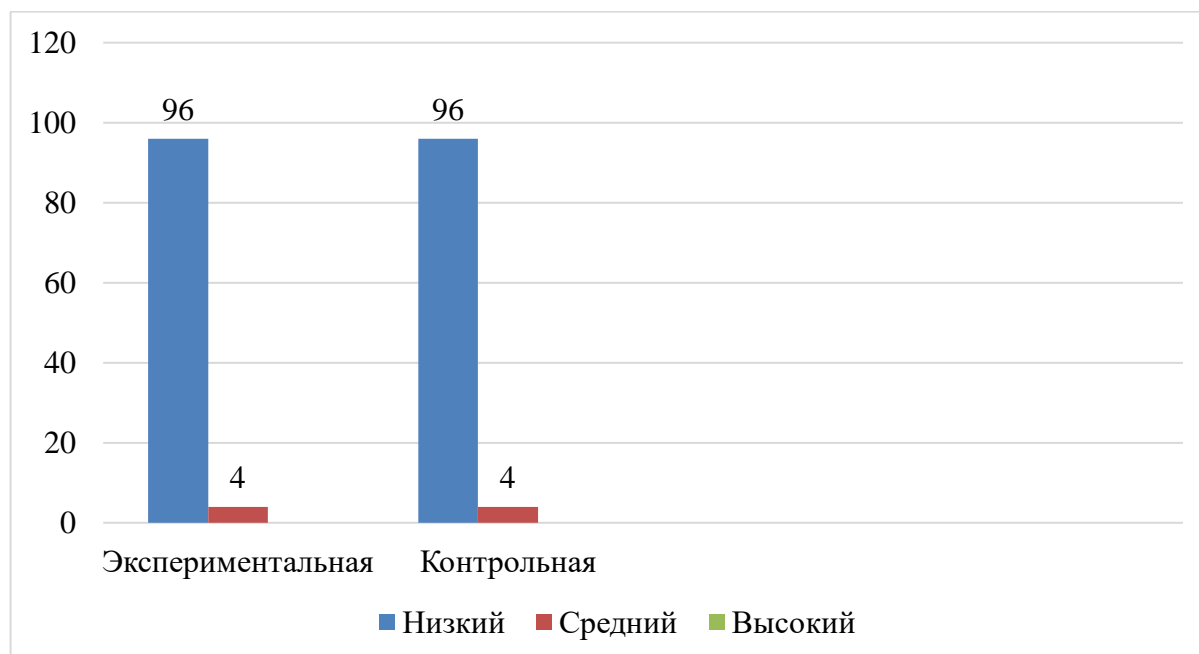


Рисунок 6 – Результаты диагностики по уровням активности, %

Из рисунка 6 видно, что в обеих группах преобладают испытуемые с низким уровнем активности. Только у незначительного количества испытуемых (4%, 1 человек) выявлен средний уровень активности. Участники исследования низко оценивают своей потенциал в виде ресурса для преобразования или поддержания значимых связей с окружающей средой, к примеру, проявление психической, физической активности, активность сознания, личности. Негативно определяют свой вероятностный прогноз восстановления. В свою очередь низкий уровень активности может быть обусловлен особенностями проявления темперамента: инертность, пассивность, спокойствие.

Рассмотрим соотношение показателей настроения в каждой из групп, отраженное на рисунке 7.

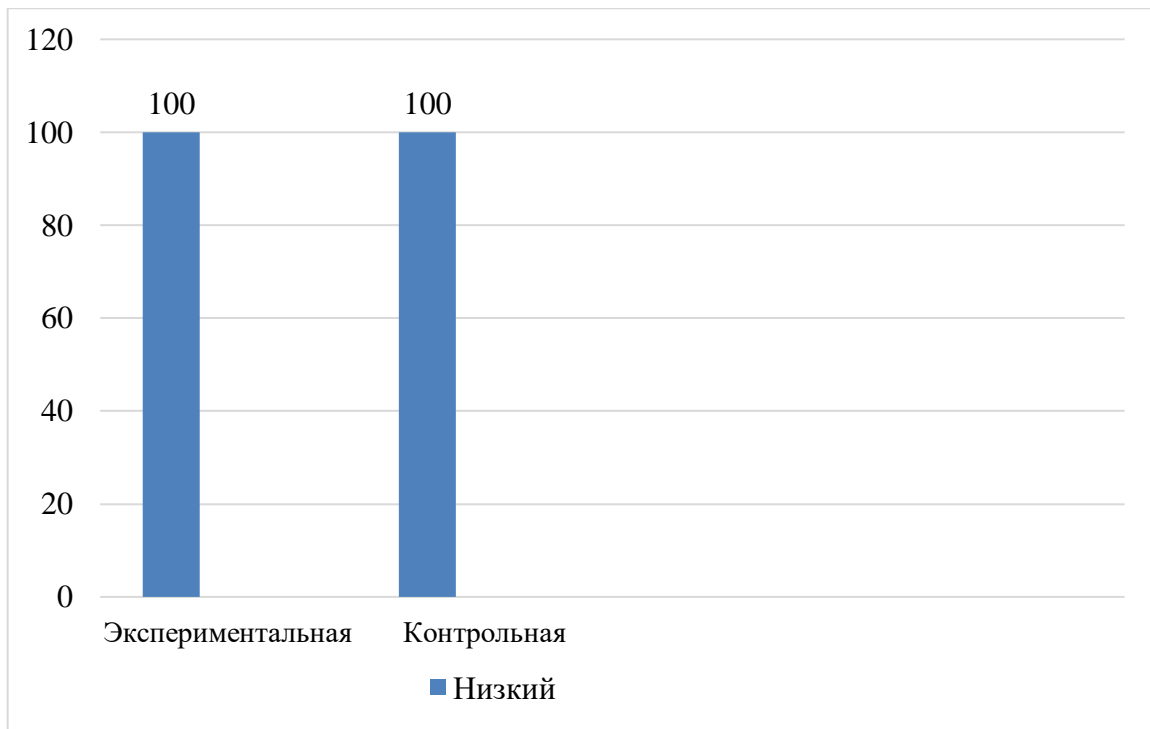


Рисунок 7 – Результаты диагностики по уровням настроения, %

Из рисунка 7 видно, что в обеих группах преобладают испытуемые с низким уровнем настроения. Это означает, что для обеих групп характерно отсутствие подъема настроения, испытуемые оценивают свое настроение как резко сниженное, подавленный эмоциональный фон как эмоциональную реакцию на последствия конкретных событий, их значение в контексте планов, интересов, ожиданий; может говорить об идентифицируемом состоянии (скука, печаль, тоска, страх).

На следующем этапе было проведено статистическое сравнение показателей активности, настроения и самочувствия в контрольной и экспериментальной группах. Результаты статистического сравнения (группирующая переменная: контрольная/экспериментальная группа) контрольной и экспериментальной групп приведены в таблице 2.

Таблица 2 – Результаты различий контрольной и экспериментальной групп по самочувствию, активности и настроению, методика «Самочувствие-Активность-Настроение»

Название шкал	Экспериментальная группа	Контрольная группа	Значение: Mann-Whitney U	Уровень значимости p
Самочувствие	2,2	2,2	312,000	0,992
Активность	2,3	2,3	300,500	0,815
Настроение	2,1	2,2	303,000	0,853

Из таблицы 2 видно, что нет значимых различий в группах по уровню самочувствия, активности и настроения, это означает, что испытуемые не отличаются по данным, являющимся составляющими функционального психоэмоционального состояния.

Рассмотрим показатели апатии в каждой из групп, отраженные на рисунке 8.



Рисунок 8 – Результаты диагностики по шкале апатии в контрольной и экспериментальной группе (средние значения)

Из рисунка 8 видно, что и в группах уровень апатии средний. Полученные данные свидетельствуют о проявлении испытуемыми недостаточного интереса к жизни вызванного заболеванием. По результатам

интерпретации диаграммы размаха уровень разброса показателей апатии в контрольной группе выше, что свидетельствует о том, что в контрольной группе есть лица с разными уровнями апатии. Это означает, что участники могут проявлять разный уровень спонтанной инициативы, даже в тех областях деятельности, к которым раньше испытывали большой интерес.

Рассмотрим процентное соотношение испытуемых контрольной и экспериментальной групп с разными уровнями выраженности по шкале апатии, отраженное на рисунке 9.

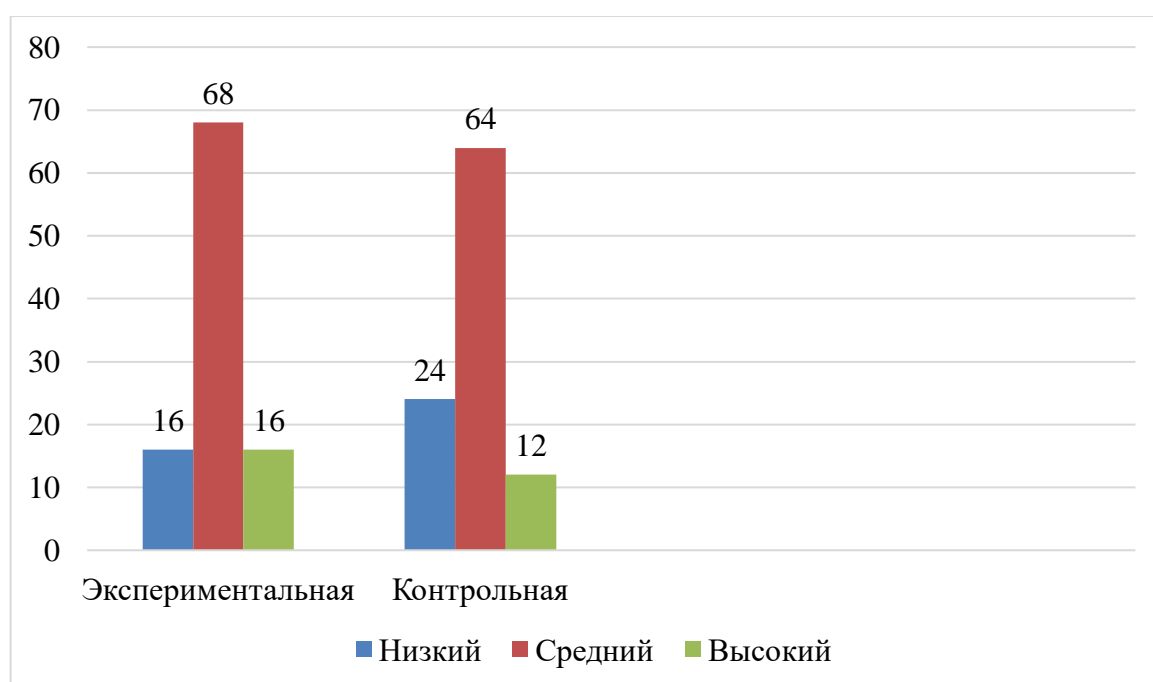


Рисунок 9 – Результаты диагностики по уровням апатии, %

Из рисунка 9 видно, что в обеих группах преобладают испытуемые со средним уровнем апатии (68,0 %, 17 человек в экспериментальной группе и 64,0%, 16 человек в контрольной группе), но в экспериментальной их больше.

В контрольной группе количество испытуемых с низким уровнем апатии больше (24%, 6 человек), за счет широты разброса результатов испытуемых в данной группе. Испытуемых с высоким уровнем апатии в экспериментальной группе больше (16,0%, 4 человек, в контрольной группе 12,0%, 3 человека).

Для данных испытуемых характерно: «снижение целенаправленной активности в поведенческом, когнитивном, эмоциональном или социальном аспектах» по сравнению с предыдущим уровнем функционирования пациента [25]. Данные нарушения могут быть недостаточно понятны самим испытуемым, но очень заметны наблюдающими за ним лицами. Лица с повышенным уровнем апатии не проявляют активности в поиске решения проблем.

Е.А. Петрова, Е.В. Поневежская подчеркивают, что по данным разных исследований, апатия является частым осложнением у лиц, перенесших инсульт, и связана со сниженным уровнем функционирования. Распространенность по разным данным, составляет от 22,5 до 56,7%. Примерно у половины лиц, перенесших инсульт, апатия сочетается с депрессией, у другой 1/2 – выступает изолированно [43].

Результаты статистического сравнения (группирующая переменная: контрольная/экспериментальная группа) контрольной и экспериментальной группы приведены в таблице 3.

Таблица 3 – Результаты различий контрольной и экспериментальной групп по апатии (методике «Шкала апатии Starkstein (SAS)»)

Название шкал	Экспериментальная группа	Контрольная группа	Значение: Mann-Whitney U	Уровень значимости p
Апатия	23	24	298,000	0,778

Из таблицы 3 видно, что нет значимых различий по уровню апатии между испытуемыми контрольной и экспериментальной групп.

Рассмотрим показатели депрессии, полученные по методике «Шкала депрессии Бека» (BDI) в каждой из групп отраженные на рисунке 10.





Рисунок 10 – Результаты диагностики по шкале депрессии Бека в контрольной и экспериментальной группе (средние значения)

Из рисунка 10 видно, что и в контрольной группе уровень депрессии умеренный (19,2 балла). Показатели депрессии в экспериментальной группе незначительно выше (20,2 балла), что соответствует нижней границе выраженной депрессии (средней тяжести). По результатам интерпретации диаграммы размаха уровень разброса показателей депрессии в контрольной группе выше, что свидетельствует о том, что в контрольной группе есть пациенты с разными уровнями депрессии. Наличие депрессии характеризуется подавленным настроением, утратой интересов к происходящим событиям и снижению чувства удовольствия.

Рассмотрим процентное соотношение испытуемых контрольной и экспериментальной групп с разными уровнями выраженности депрессии, отраженное на рисунке 11.

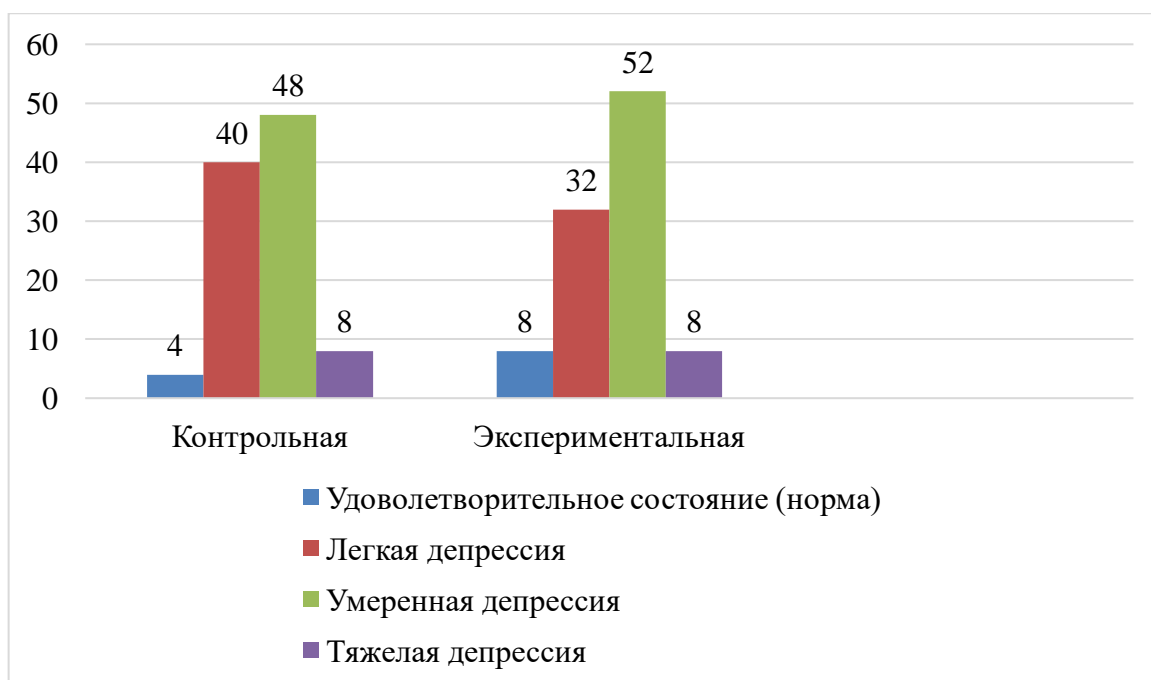


Рисунок 11 – Результаты диагностики по уровням депрессии, %

Из рисунка 11 видно, что у большей части испытуемых преобладает умеренная депрессия (48,0%, 12 человек в контрольной группе, 52,0%, 13 человек в экспериментальной группе), которая может быть вызвана ощущением беспомощности и как следствие, неуверенности в восстановлении после инсульта.

Легкая депрессия отмечена у 40,0%, (10 человек в контрольной группе, 32,0%, 8 человек в экспериментальной группе).

Тяжёлая депрессия выявлена у 8,0%, 2 человек как в контрольной группе, так и в экспериментальной группе.

Отсутствие депрессивных симптомов отмечено у незначительного количества испытуемых (4,0%, 1 человек в контрольной группе, 8,0%, 2 человек в экспериментальной группе).

По данным Д.Р. Терегуловой по шкале Бека у значительной части испытуемых (78,4%) отмечалось наличие депрессивных симптомов, из них у 28,0% имелась легкая депрессия (субдепрессия), у 16,0% умеренная, у 27,2% выраженная (средней тяжести) и тяжелая депрессия отмечалась у 7,2% [20].

На следующем этапе было проведено статистическое сравнение показателя депрессии в контрольной и экспериментальной группе.

Результаты статистического сравнения (группирующая переменная: контрольная/экспериментальная группа) контрольной и экспериментальной группы приведены в таблице 4.

Таблица 4 – Результаты различий контрольной и экспериментальной групп по депрессии, методика «Шкала депрессии Бека (BDI)»

Название шкал	Экспериментальная группа	Контрольная группа	Значение: Mann-Whitney U	Уровень значимости p
Депрессия	20,2	19,2	282,500	0,557

Из таблицы 4 видно, что нет значимых различий в группах по уровню депрессии между испытуемыми контрольной и экспериментальной групп, следовательно, у них одинаковый уровень таких характеризующих депрессию проявлений как угнетённое и тоскливое настроение.

Таким образом, сравнение двух групп испытуемых с ишемическим инсультом позволило идентифицировать у них снижение настроения, активности и самочувствия. Данные показатели отражают субъективные ощущения испытуемых. Исследование депрессии позволило выявить у лиц с ишемическим инсультом умеренный уровень депрессии и средний уровень апатии.

Следовательно, лица с ишемическим инсультом характеризуются «сниженным фоном настроения, подавленностью, угнетенностью, пессимистическим отношением к будущему», что может проявляться в их мотивационной инертности, снижении психической и физической активности [20]. Сравнение двух групп испытуемых с ишемическим инсультом позволило идентифицировать у них снижение настроения, активности и самочувствия. Данные показатели отражают субъективные ощущения испытуемых.

Исследование депрессии позволило выявить у лиц с ишемическим инсультом умеренный уровень депрессии и средний уровень апатии.

Они в одинаковой степени испытывают симптомы, которые вызваны возникшими у них нарушениями эмоциональной сферы. Эмоциональное состояние взрослых с ишемическим инсультом характеризуется средним, повышенным уровнем ситуативной тревожности, умеренным или выраженным уровнем депрессии, средним уровнем апатии, низким уровнем самочувствия, активности, настроения.

### **2.3 Психологическая программа коррекции эмоционального состояния взрослых с ишемическим инсультом**

В рамках проведения исследования была разработана программа коррекции эмоционального состояния взрослых с ишемическим инсультом. Данная программа используется для эффективной помощи пациентам с ишемическим инсультом, реабилитационных отделений раннего восстановительного периода, с комплексной организацией реабилитационной среды.

Важно отметить, что экспериментальная и контрольная группа получали базовую, комплексную реабилитацию в отделении ОМР ФГБУЗ ЦМСЧ №58, специалистов разных областей: нейропсихологов, врачей ФРМ, физиотерапевтов, методистов ЛФК. Экспериментальная группа сверх базовой программы восстановления получала дополнительную коррекцию эмоционального состояния.

Цель – коррекция эмоционального состояния и содействие психологической адаптации лиц с ишемическим инсультом.

Задачи:

- снизить уровни депрессии, тревоги и апатии;
- улучшить самочувствие, активность и настроение;
- сформировать адаптивные типы отношения к болезни;

- повысить эмоциональную саморегуляцию и стрессоустойчивость;
- содействовать социальной адаптации;
- обучить методам самопомощи.

Принципы программы:

- индивидуальный подход,
- комплексность (интеграция в МДРК),
- активность и ответственность,
- позитивная ориентация,
- научная обоснованность,
- реалистичность целей.

Программа была реализована с экспериментальной группой в течение 12 дней.

Форма работы была как индивидуальная (10 занятий), так и групповая (2 занятия). Групповые занятия были реализованы после 4 индивидуальных интервенций, которые включали коррекцию эмоциональных состояний, для преодоления депрессивной симптоматики, чувства отчужденности, потерянности и для минимизации межличностного барьера.

Работа с эмоциональным дистанцированием является важным аспектом в разработке коррекционной программы по преодолению расстройств адаптации после перенесенной сосудистой катастрофы. Утрата интереса к общению и взаимодействию, приводит к асоциальности пациента, что в свою очередь важно скомпенсировать в процессе психологической коррекции, для лучшей адаптации и повышения комплаенса [21].

Избыточность тревожной симптоматики, приводит к возникновению поведенческих нарушений, которые важно скомпенсировать на первичных встречах, начиная с создания безопасного пространства и установления доверительного контакта, в рамках всего психологического сопровождения лечебного процесса в реабилитации.

В коррекции эмоционального состояния была использована музыкотерапия каждый день, для регуляции и гармонизации эмоционального

состояния и снижения выраженной тревожности и депрессивной симптоматики. Музыкаотерапия была представлена в двух видах: рецептивная (пассивное прослушивание) и активная в виде игры на музыкальном инструменте (глюкофон). Применение глюкофона в реабилитации неврологического профиля имеет несколько обоснованных причин: когнитивная стимуляция, эмоциональная регуляция, снижение постинсультных депрессий, активизация компенсаторных механизмов. Репертуар упражнений подбирался по принципу нарастающей сложности, а также учитывались предпочтения самих респондентов.

Длительность программы: 4 раз в неделю\общая реализация программы 3 недели.

Продолжительность занятия: 30-40 мин.

Структура проведения занятий:

Приветствие и установление контакта (5 минут).

Настрой на работу (5 минут) – дыхательные упражнения.

Основная часть (30 минут) – музыкальная терапия и арт-терапевтические техники.

Завершение (5 минут) – обсуждение и обратная связь.

Программа коррекции эмоционального состояния взрослых с ишемическим инсультом представлены в таблице 5.

Таблица 5 – Программа коррекции эмоционального состояния взрослых с ишемическим инсультом

Тема занятия	Краткое содержание
Вводное занятие	Цель: Знакомство и обсуждение программы. Дыхательные упражнения Знакомство с глюкофоном. Музыкаотерапия (прослушивание расслабляющей музыки)
Контроль над стрессом	Цель: обучение техникам управления стрессом (релаксация). Дыхательные упражнения «Шкала беспокойства» (А Эллис) «Мандала» арт-терапия Музыкаотерапия (музыка с медленным ритмом)

Продолжение таблицы 5

Тема занятия	Краткое содержание
Преодоление негативных эмоций	Цель: выражение негативных эмоций, обучение стратегиям совладания со стрессом. Дыхательные упражнения «Рисунок эмоций» арт-терапия Музыкотерапия (участники самостоятельно выбирают музыку, подходящую под их эмоциональное состояние)
Снижение эмоционального напряжения	Цель: освобождение от негативных мыслей и эмоций. Дыхательные упражнения «Круг радости» (по Ш. Гавайн) Музыкотерапия (звуки природы)
Формирование адекватного эмоционального выражения	Групповое занятие Цель: конструктивное выражение эмоций и социальное взаимодействие Дыхательные упражнения «Быть здесь и теперь» (по Н.Д. Линде) Музыкотерапия «Музыкальный диалог» с помощью глюкофона
Работа с негативными эмоциями	Цель: улучшение психоэмоционального состояния. Дыхательные упражнения «Разрушение образа» арт-терапия Музыкотерапия «слушание музыки» (Э. Томпсон) или игра на глюкофоне для выражения своих эмоций (на выбор)
Обучение навыкам саморегуляции	Цель: обучение навыкам контроля и саморегуляции. Дыхательные упражнения "Мысленный пересмотр" (Дж. Бек) «Автопортрет» арт-терапия Музыкотерапия (использование музыки с меняющимся ритмом).
Работа с навязчивыми мыслями	Цель: обучение навыкам переключения внимания с навязчивых мыслей. Дыхательные упражнения Упражнение "остановки мыслей". Музыкотерапия (сосредоточение на ритме и мелодии разных композиций). Игра на глюкофоне
Развитие социальной активности	Групповое занятие Цель: улучшение коммуникативных навыков. Дыхательные упражнения «Жизнь в цвете» арт-терапия Музыкотерапия (прослушивание мелодий для расслабления)
Работа с негативными состояниями	Цель: преодоление фиксации на травмирующем событии Дыхательные упражнения «Снятие стресса» (по К. Шрайнеру) Техника «Светофор» Музыкотерапия (слушать любимую музыку и делиться позитивными воспоминаниями)

Продолжение таблицы 5

Тема занятия	Краткое содержание
Формирование позитивного отношения к жизни	Цель: принятие новой реальности. Дыхательные упражнения Арт-терапия «Моя новая история» Музыкотерапия (выбор музыки, которая ассоциируется с успехом)
Заключительное занятие	Цель: закрепление полученных навыков, обсуждение. Дыхательные упражнения «Моя сила» (А.И. Копытин) Музыкотерапия (составление плейлиста из любимых треков).

Представленная программа коррекции включала дыхательные упражнения, арт-терапию, музыкальную терапию, упражнения когнитивно-поведенческой терапии. Разнообразие подходов способствовало более глубокому вовлечению участников и улучшению их эмоционального состояния. Программа оказала положительное влияние на уровень тревожности, апатии, депрессии, самочувствия, активности у взрослых с ишемическим инсультом, способствуя улучшению их психоэмоционального состояния и повышению качества жизни.

Рассмотрим динамику изменения эмоционального состояния взрослых с ишемическим инсультом (экспериментальная группа) до и после реализации психологической реабилитационной программы.

В таблице 6 представлена динамика ситуативной тревожности в экспериментальной группе.

Таблица 6 – Динамика результатов показателя ситуативной тревожности до и после реализации коррекционной программы

Название шкал	До реализации программы	После реализации программы	Значение: Т-критерий Вилкоксона	Уровень значимости р
Ситуативная тревожность	45,0	31,0	0,00	0,000
Примечание: уровень значимости сравнивался с $p \leq 0,05$				



В показателе ситуативной тревожности выявлены статистически значимые различия ( $p \leq 0,05$ ) до и после реализации реабилитационной программы.

До реализации программы для большинства испытуемых был характерен средний уровень ситуативной тревожности (45,0), в частности верхняя граница уровня. После реализации программы средний уровень тревожности сохранился, но уже с выраженной тенденцией к низкому уровню.

Это свидетельствует об эффективности реабилитационной программы для взрослых с ишемическим инсультом, для которых свойственна повышенная ситуативная тревожность.

Снижение тревожности после реализации программы может быть объяснено несколькими факторами.

Развитие контроля над стрессом. Упражнения на преодоление апатии и депрессии помогли участникам лучше научиться справляться с эмоциями и стрессом, что в свою очередь снизило уровень тревожности.

Преодоление тревоги. В программу было включено использование арт-терапии, что способствовало выражению и отработке эмоций, что также могло снизить уровень беспокойства.

Снижение эмоционального напряжения: упражнения, направленные на расслабление, активизации чувства радости помогали участникам снизить эмоциональное состояние и улучшить общее самочувствие.

Адаптация к новой реальности: упражнения, связанные с принятием новой реальности и выражением эмоций, помогли участникам лучше справляться с изменениями их жизни после инсульта.

Обучение навыкам саморегуляции. Участники научились техникам саморегуляции, что дало им инструменты для управления эмоциями и состоянием.

В таблице 7 представлена динамика изменения по самочувствию, активности и настроению в экспериментальной группе.

Таблица 7 – Динамика результатов по самочувствию, активности и настроению в экспериментальной группе до и после реализации коррекционной программы

Название шкал	До реализации программы	После реализации программы	Значение: Т– критерий Вилкоксона	Уровень значимости р
Самочувствие	2,2	3,4	1,5	0,000
Активность	2,3	3,5	0,0	0,002
Настроение	2,1	3,4	2,0	0,000

При исследовании актуального эмоционального состояния, в показателях «самочувствие», «активность», «настроение» выявлены существенные статистически различия ( $p \leq 0,05$ ) до и после реализации реабилитационной программы.

На основе проведенного анализа видно, что у испытуемых до реализации программы наблюдались низкие оценки по показателям «самочувствие» (2,2), «активность» (2,3), «настроение» (2,1). После получения реабилитационной помощи отмечены средние оценки по показателю «самочувствие» (3,4) и средние оценки по показателям «активность» (3,5), «настроение» (3,4).

В целом реабилитационная программа продемонстрировала свою эффективность в улучшении самочувствия и активности у взрослых с ишемическим инсультом, что может способствовать повышению качества их жизни. Улучшение этих показателей может быть объяснено несколькими факторами.

Стала лучше саморегуляция. Участники научились техникам саморегуляции, что дало им инструменты для управления эмоциями и состоянием, способствовало повышению общего самочувствия.

Повышение активности. Реабилитационные занятия могли мотивировать участников к более активному образу жизни, что также положительно сказалось на их состоянии.

Эмоциональная поддержка. Групповые занятия и арт-терапия помогли выразить и отработать эмоции, снять напряжение, что могло снизить уровень тревожности и улучшить общее настроение.

В таблице 8 представлена динамика изменения по показателю апатия в экспериментальной группе.

Таблица 8 – Динамика результатов показателя апатии до и после реализации коррекционной программы

Название шкал	До реализации программы	После реализации программы	Значение: Т-критерий Вилкоксона	Уровень значимости р
Апатия	23,0	16,0	3,0	0,000

Выявлены статистически значимые различия ( $p \leq 0,05$ ) в показателе «апатия» до и после реализации реабилитационной программы.

Анализируя полученные данные можно констатировать, что у испытуемых до реализации реабилитационной программы наблюдался средний уровень апатии (23,0), после реализации программы отмечен низкий уровень (16,0).

Снижение уровня апатии после реализации программы может быть объяснено несколькими факторами.

Улучшение контроля над эмоциями. Упражнения, направленные на преодоление апатии и депрессии, помогли участникам научиться управлять своими эмоциями, что способствовало снижению апатии.

Активизация социальной активности. Групповые занятия и арт-терапия способствовали вовлечению участников в социальное взаимодействие, что могло повысить их мотивацию и снизить чувство безразличия к окружающей действительности, к собственной жизни.

Обучение навыкам саморегуляции.

Итак, реабилитационная программа оказала положительное влияние на снижение уровня апатии у взрослых с ишемическим инсультом.

В таблице 9 представлена динамика изменения по показателю апатия в экспериментальной группе.

Таблица 9 – Динамика результатов показателя депрессии до и после реализации коррекционной программы

Название шкал	До реализации программы	После реализации программы	Значение: Т– критерий Вилкоксона	Уровень значимости р
Депрессия	20,2	11,0	0,00	0,000

Выявлены статистически значимые различия ( $p \leq 0,05$ ) в показателе «депрессия» до и после реализации реабилитационной программы. Анализируя полученные данные можно констатировать, что у испытуемых до реализации программы наблюдалась выраженная депрессия (20,0), после реализации реабилитационной программы отмечена легкая депрессия (11,0). Снижение уровня апатии после реализации программы также может быть объяснено несколькими факторами: улучшение контроля над эмоциями, активизация социальной активности, обучение навыкам саморегуляции.

Представим результаты повторной диагностики после реализации с участниками экспериментальной группы коррекционной программы. На рисунке 12 представлены средние значения испытуемых, полученные в контрольной и экспериментальной группах по уровню тревожности.



Рисунок 12 – Результаты диагностики уровня ситуативной тревожности в контрольной и экспериментальной группе (средние значения)

Согласно рисунку 12 следует, что средние значения ситуативной тревожности в экспериментальной группе соотносятся с границей умеренной и низкой тревожности. В контрольной группе средние значения ситуативной тревожности соотносятся с умеренной тревожностью и повышенной тревожностью, в сравнении с экспериментальной группой.

Рассмотрим процентное соотношение испытуемых контрольной и экспериментальной групп с разными уровнями выраженности ситуативной тревожности, отраженное на рисунке 13.

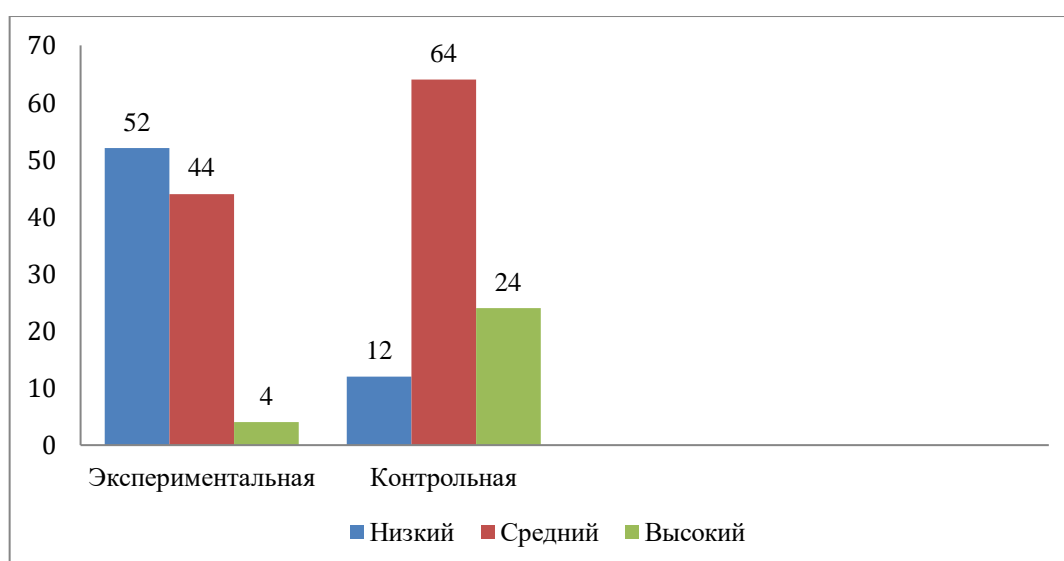


Рисунок 13 – Результаты диагностики ситуативной тревожности по уровням, %

Из рисунка 13 видно, что в экспериментальной группе после прохождения коррекционной программы снизилось количество лиц с высоким уровнем ситуативной тревожности (низкий уровень отмечен у 52,0% (13 человек), на этапе констатирующего эксперимента низкий уровень был у 12,0% (3 человека)). Лиц с высоким уровнем тревожности в экспериментальной группе на этапе контрольного эксперимента выявлено 4,0% (1 человек), в то время на констатирующем этапе было 48,0% (12 человек). В контрольной группе изменения уровней показателей ситуативной тревожности ниже, высокий уровень тревожности отмечается у 6 испытуемых

(24%), умеренная тревожность у 16 человек (64%) и только 3 испытуемых имеют низкие уровни ситуативной тревожности (12%).

На следующем этапе было проведено статистическое сравнение показателей ситуативной тревожности в контрольной и экспериментальной группе. Результаты статистического сравнения (группирующая переменная: контрольная/экспериментальная группа) контрольной и экспериментальной группе приведены в таблице 10.

Таблица 10 – Результаты различий контрольной и экспериментальной групп по ситуативной тревожности, методика «Шкала тревоги Спилбергера»

Название шкал	Экспериментальная группа	Контрольная группа	Значение: Mann-Whitney U	Уровень Значимости p
Ситуативная тревожность	31	37	194,5	0,022

Из таблицы 10 видно, что есть значимое различие в группах по уровню ситуативной тревожности. У испытуемых экспериментальной группы уровень тревожности ниже. Это означает, что для субъективно ощущаемых потенциальных опасностей стало меньше, за счет чего они более уверены в себе и позитивнее настроены в отношении продолжения лечения и реабилитации, чем участники контрольной группы.

Коррекционная программа эмоционального состояния взрослых с ишемическим инсультом по результатам повторной диагностики показала, что в экспериментальной группе наблюдается статистически значимое снижение уровня тревожности по сравнению с контрольной группой (уровень значимости сравнивался с  $p \leq 0,05$ ).

На рисунке 14 представлены средние значения, полученные в контрольной и экспериментальной группах по шкалам методики «Самочувствие-Активность-Настроение».

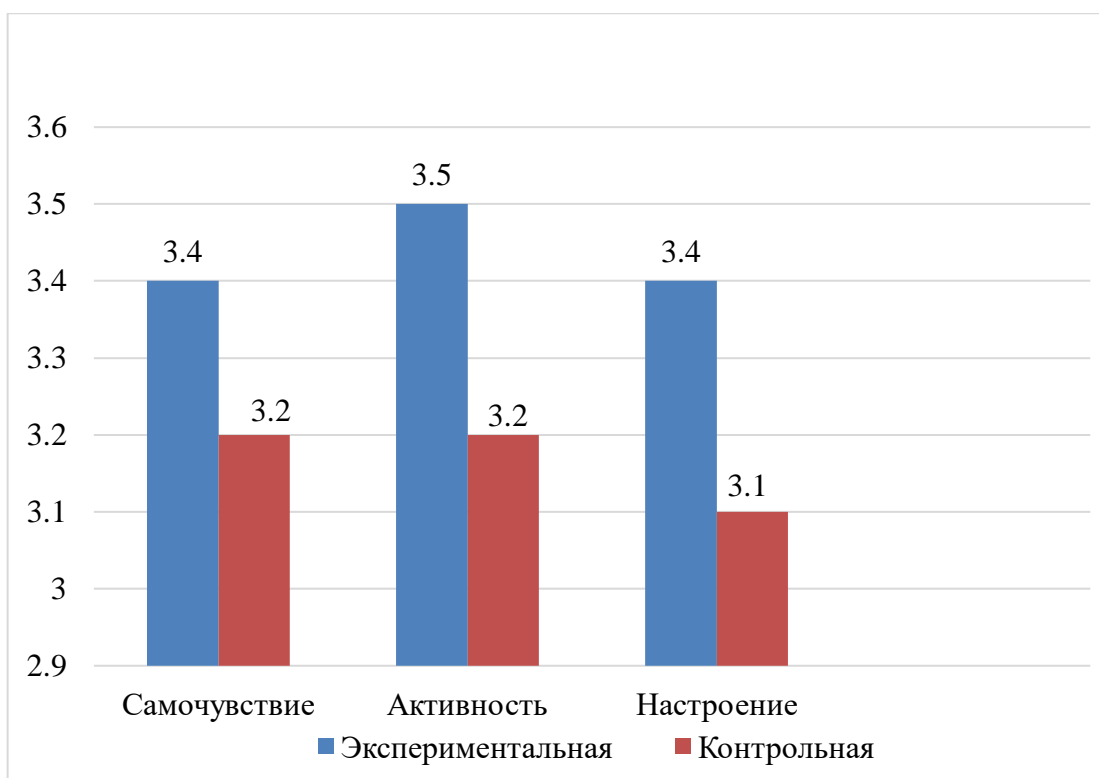


Рисунок 14 – Результаты диагностики самочувствия, активности и настроения в контрольной и экспериментальной группе (средние значения)

Из рисунка 14 следует, что средние значения по всем показателям (активность, самочувствие, настроение) в экспериментальной группе находятся на среднем уровне, что означает, что испытуемые дают более позитивную оценку своему настроению, испытывают средний уровень активности, у них чаще преобладает благоприятное самочувствие. Данные показатели могут отражать определенную стабилизацию настроения, самочувствия и активности вследствие проведенной реабилитации. У испытуемых контрольной группы все показатели так же определяются на среднем уровне, но их значение ниже по сравнению с группой эксперимента.

Соотношение показателей самочувствия активности и настроения в контрольной и экспериментальной группе представлено на рисунке 15.

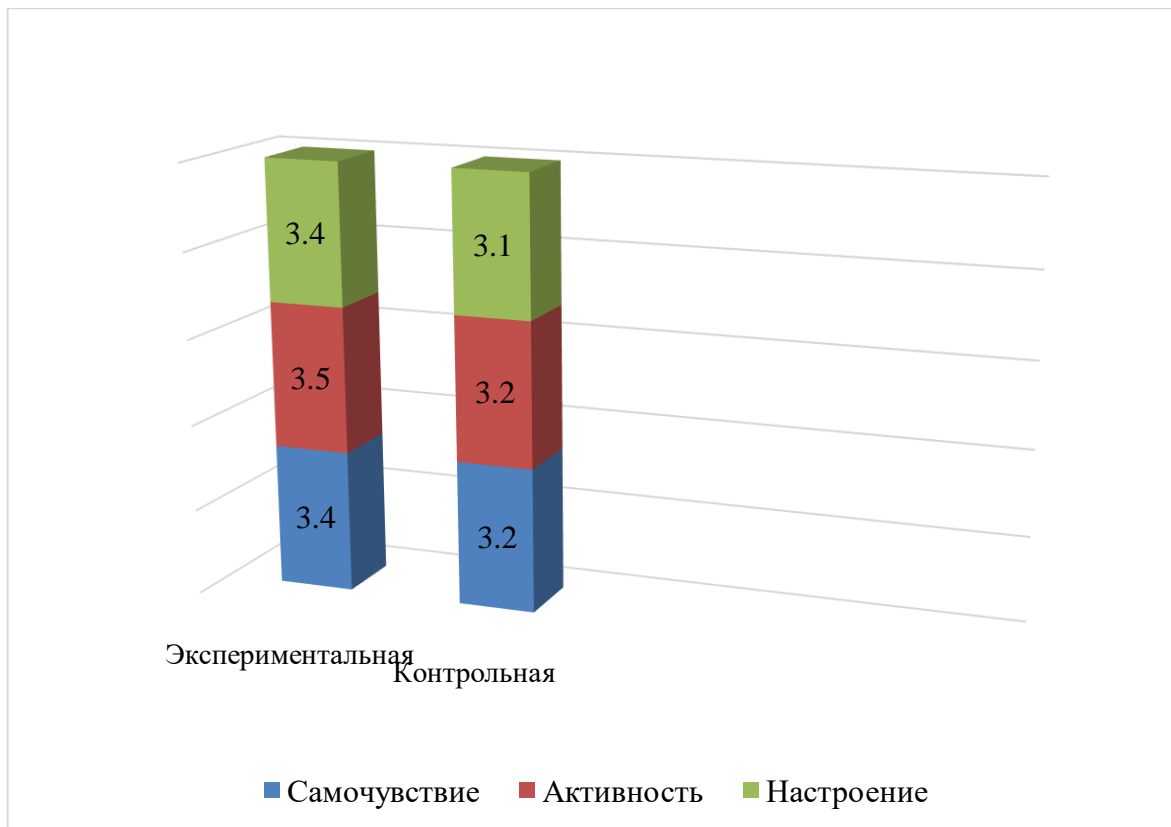


Рисунок 15 – Соотношение средних значений показателей самочувствия, активности и настроения в каждой из групп

Из рисунка 15 видно, что в экспериментальной группе на уровне средних значений находятся оценки всех трех показателей: активности, самочувствия, настроения, из них самыми высокими являются показатели активности.

В контрольной группе все показатели так же на среднем уровне, но изменения уровней значений ниже, чем в экспериментальной группе.

Рассмотрим процентное соотношение испытуемых контрольной и экспериментальной групп с разными уровнями выраженности по шкалам активности, настроения и самочувствия.

Рассмотрим соотношение показателей самочувствия, отраженное на рисунке 16.



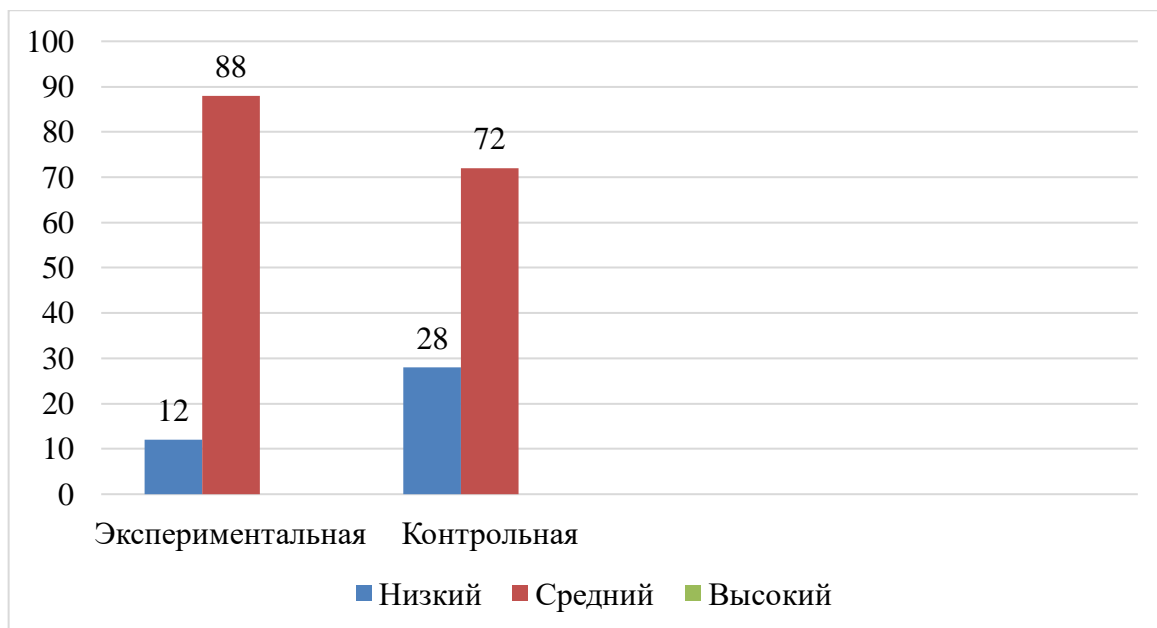


Рисунок 16 – Результаты диагностики по уровням самочувствия, %

Из рисунка 16 видно, что в экспериментальной группе преобладают испытуемые с достаточно благоприятным самочувствием (88,0%, 22 человека), в контрольной группе также преобладают испытуемые со средними значениями самочувствия (72%, 18 человек). В контрольной группе 7 испытуемых (28%), оценивают свое самочувствие как неблагоприятное, в экспериментальной группе таких 12,0%, 3 человека.

Рассмотрим соотношение показателей активности в каждой из групп, отраженное на рисунке 17.

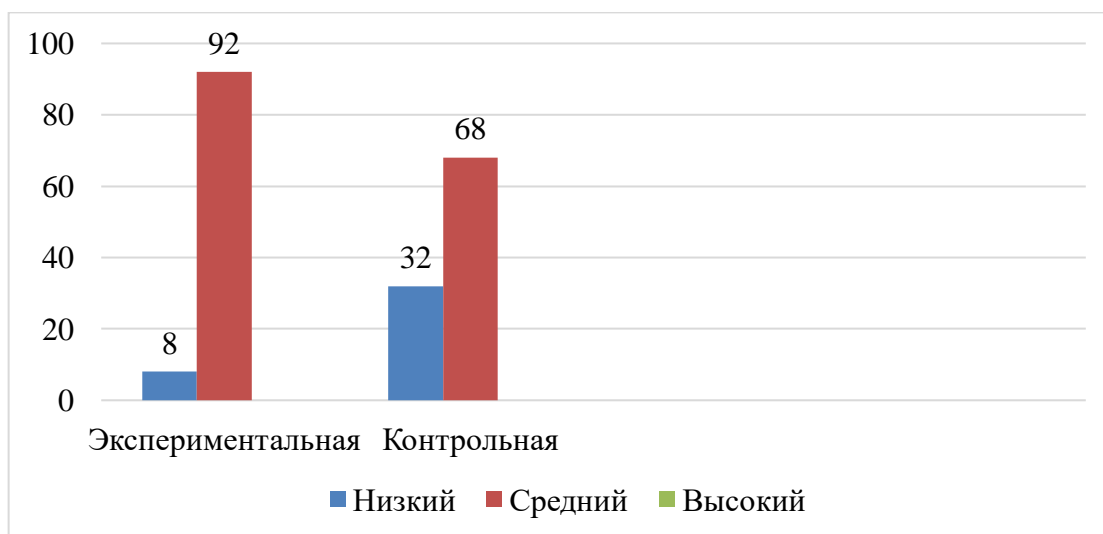


Рисунок 17 – Результаты диагностики по уровням активности, %

Из рисунка 17 видно, что экспериментальной группе преобладают испытуемые со средним уровнем активности (92,0%, 23 человек). В контрольной группе такой уровень выявлен у 68,0% (17 человек). У части испытуемых контрольной группы сохранился низкий уровень активности – 32,0% (8 человек). В экспериментальной группе после реализации программы низкий уровень имели всего 8,0% (2 человека).

Представим соотношение показателей настроения в контрольной и экспериментальной группе, отраженное на рисунке 18.

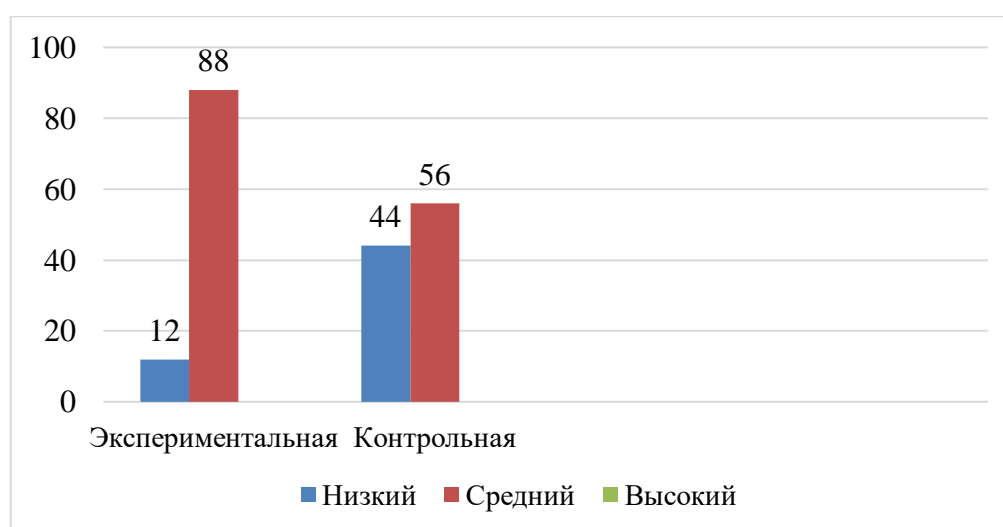


Рисунок 18 – Распределение испытуемых по уровням настроения (%)

Из рисунка 18 видно, что в экспериментальной группе большинство испытуемых, (88,0%, 22 человека) свое настроение оценивают как достаточно благоприятное, может быть неустойчивость настроения. В контрольной группе данный уровень выявлен у 56,0%, 14 человек. В целом, в контрольной группе испытуемые оценивают свое настроение как неблагоприятное, негативное – 44,0%, 11 человек, в экспериментальной группе таких людей значительно меньше – 12,0%, 3 человек.

На следующем этапе было проведено статистическое сравнение показателей активности, настроения и самочувствия в контрольной и экспериментальной группе. Результаты статистического сравнения

(группирующая переменная: контрольная/экспериментальная группа), контрольной и экспериментальной группе приведены в таблице 11.

Таблица 11 – Результаты различий контрольной и экспериментальной групп самочувствию, активности и настроению, методика «Самочувствие-Активность-Настроение»

Название шкал	Экспериментальная группа	Контрольная группа	Значение Mann-Whitney U	Уровень значимости p
Самочувствие	3,4	3,2	208,5	0,042
Активность	3,5	3,2	118,5	0,000
Настроение	3,4	3,1	121,0	0,000

Из таблицы 11 видно, что выявлены значимые различия в группах по признакам активности и настроения, по самочувствию различия менее значительные. У испытуемых экспериментальной группы настроение и активность выше, их самочувствие более благоприятное, чем у испытуемых контрольной группы. Интенсивность общения с социумом испытуемых экспериментальной группы возросла, благодаря чему они способны использовать многие из ресурсов, которые казались недоступными до реабилитации. Испытуемые контрольной группы могут проявлять значительно большую инертность и пассивность, чем испытуемые экспериментальной группы.

Рассмотрим показатели апатии в каждой из групп, отраженные на рисунке 19.



Рисунок 19 – Результаты диагностики по шкале апатии в контрольной и экспериментальной группе

Из рисунка 19 видно, что в экспериментальной группе уровень апатии низкий (16,0). В контрольной группе уровень апатии средний (19,0), что может проявляться в снижении возможности эмоционально реагировать в ответ на позитивные события.

Рассмотрим процентное соотношение испытуемых контрольной и экспериментальной групп с разными уровнями выраженности по шкале апатии, отраженное на рисунке 20.

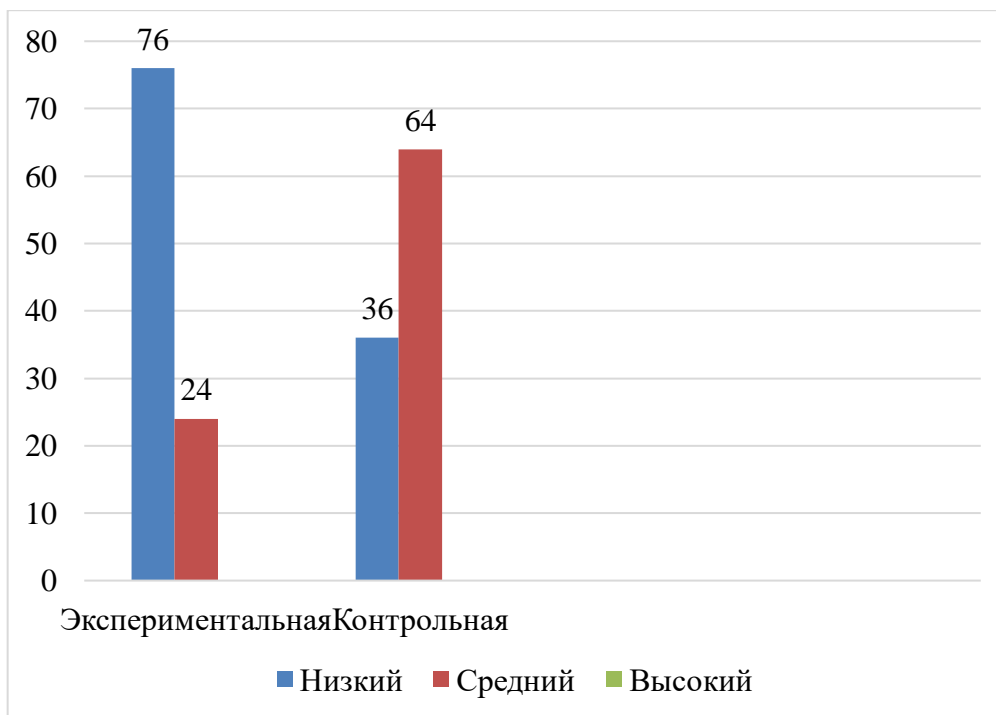


Рисунок 20 – Результаты диагностики по уровням апатии, %

Из рисунка 20 видно, что в экспериментальной группе у большинства испытуемых отмечен низкий уровень апатии (76,0 %, 19 человек), средний уровень апатии отмечен у 24,0%, 6 человек. В контрольной группе преобладают испытуемые со средним уровнем апатии (64,0%, 16 человек), а низкий уровень отмечается у 9 человек (36%).

Результаты статистического сравнения (группирующая переменная: контрольная/экспериментальная группа) контрольной и экспериментальной групп приведены в таблице 12.

Таблица 12 – Результаты различий контрольной и экспериментальной групп по апатии, методика «Шкала апатии Starkstein (SAS)»

Название шкал	Экспериментальная группа	Контрольная группа	Значение: Mann-Whitney U	Уровень значимости p
Апатия	16,0	19,0	148,0	0,001

Из таблицы 12 видно, что получено значимое различие выраженности по апатии между испытуемыми контрольной и экспериментальной групп. У испытуемых экспериментальной группы уровень апатии значимо ниже, чем у испытуемых контрольной группы. Испытуемые экспериментальной группы стали больше верить в свои личностные ресурсы, связанные с восстановлением здоровья. Снижение апатии в свою очередь позволит увеличить спонтанность проявляемых эмоций, что способствует снижению эмоциональной напряженности.

Рассмотрим показатели депрессии, полученные по методике «Шкала депрессии Бека» (BDI) в каждой из групп, отраженные на рисунке 21.



Рисунок 21 – Результаты диагностики по шкале депрессии Бека в контрольной и экспериментальной группе (средние значения)

Из рисунка 21 видно, что в экспериментальной группе уровень депрессии легкий. Уровень депрессии в контрольной группе умеренный.

Рассмотрим процентное соотношение испытуемых контрольной и экспериментальной групп с разными уровнями выраженности депрессии, отраженное на рисунке 22.



Рисунок 22 – Результаты диагностики по уровням депрессии, %

Из рисунка 22 видно, что в экспериментальной группе более чем у половины выявлен легкий уровень депрессии (56,0%, 14 человек), в контрольной группе у более чем трети отмечен умеренный уровень депрессии (44,0%, 11 человек). В контрольной и экспериментальной группе нет испытуемых с тяжелой депрессивной симптоматикой, это может означать, что «отходят в сторону» такие тяжелые симптомы депрессии как расстройства сна и аппетита в обеих группах. Испытуемые становятся более решительными, энергичными, у них появится ощущение восстановления прежней работоспособности и выносливости.

Отмечено удовлетворительное состояние без симптомов депрессии в экспериментальной группе у 32,0% (8 человек), в контрольной группе таких испытуемых меньше – 12,0%, (3 человека).

На следующем этапе было проведено статистическое сравнение показателя депрессии в контрольной и экспериментальной группах.

Результаты статистического сравнения (группирующая переменная: контрольная/экспериментальная группа) контрольной и экспериментальной групп приведены в таблице 13.

Таблица 13 – Результаты различий контрольной и экспериментальной групп по депрессии, методика «Шкала депрессии Бека (BDI)»

Название шкал	Экспериментальная группа	Контрольная группа	Значение: Mann-Whitney U	Уровень Значимости: p
Депрессия	11,0	16,0	115,5	0,000

Из таблицы 13 видно, что выявлены значимые различия по выраженности депрессии между испытуемыми контрольной и экспериментальной групп. В экспериментальной группе уровень депрессии значимо ниже, чем у испытуемых контрольной группы.

Таким образом, проведенное повторное исследование после прохождения экспериментальной группой коррекционной программы выявило значимое различие по всем исследуемым показателям эмоционального состояния, в частности снижением ситуативной тревожности, депрессии, низким уровнем апатии, повышением самочувствия, активности, настроения.

Это означает, что проведенная коррекционная работа способствовала компенсации деструктивного эмоционального состояния в экспериментальной группе испытуемых. У испытуемых контрольной группы исследуемые показатели эмоциональной сферы изменились, но значительно в меньшей степени.

Реализация проведение коррекционной программы позволила повысить у испытуемых уровень настроения, активности и самочувствия. Изначально отклоняющиеся от нормы показатели депрессии, ситуативной тревожности и апатии значимо снизились, это свидетельствует о том, что они овладели навыками самоконтроля и саморегуляции, стали реже проявлять волнение и беспокойство.

Их эмоциональный фон стабилизировался. Повысился интерес и мотивация к деятельности. За счет снижения апатии повысилась реактивность на эмоциональные стимулы, снизился негативизм. У пациентов экспериментальной группы начало формироваться убеждение в возможности восстановления после ишемического инсульта. Эпизодически актуализирующиеся негативные установки в отношении будущего, стали более податливы коррекции. Повысилась общая социальная активность за счет расширения круга контактов, интересов и желания общаться, способности получать удовольствие от взаимодействия с окружающими. Позитивный опыт восстановления от инсульта, полученный в процессе психологической реабилитации, они смогут применить в будущем, успешно преодолевая стрессовые ситуации на своем дальнейшем жизненном пути [44].

Таким образом, коррекционная программа оказала положительное влияние на эмоциональное состояние взрослых с ишемическим инсультом, способствуя снижению ситуативной тревожности и улучшению качества жизни.

#### Выводы по второй главе

В экспериментальном исследовании участвовали 50 человек (1 группа экспериментальная – 25 человек; 2 группа контрольная – 25 человек). Средний возраст испытуемых: 58,2 лет. Проведено сравнительное исследование двух групп лиц с ишемическим инсультом с минимальными функциональными нарушениями. Эмоциональное состояние взрослых с ишемическим инсультом в первые полгода восстановительного периода характеризуется средним и повышенным уровнем ситуативной тревожности, умеренным или



выраженным уровнем депрессии, средним уровнем апатии, низким уровнем самочувствия, активности, настроения. Статистически значимых различий между группами не было выявлено.

Разработана дополнительная программа коррекции эмоционального состояния взрослых с ишемическим инсультом в раннем периоде. Представленная программа коррекции эмоционального состояния включала дыхательные упражнения, арт-терапию, музыкальную терапию, техники когнитивно-поведенческой терапии. Разнообразие подходов способствовало более глубокому вовлечению участников и улучшению их эмоционального состояния. Реализация коррекционной программы была под руководством мультидисциплинарной реабилитационной команды, где врачами проводился ежедневный мониторинг соматического состояния взрослых и учитывался реабилитационный потенциал (высокий), прогноз (благоприятный) и проходила оценка рисков (отсутствуют). Комплексный подход позволяет учитывать как изменения в неврологическом профиле, так и изменения, происходящие в эмоциональном состоянии [8].

Индивидуальная реабилитационная программа раннего восстановительного периода в отделении реабилитации включает в себя: медикаментозную терапию, физиолечение, занятие ЛФК, нейропсихологическое и логопедическое сопровождение.

Коррекция эмоционального состояния взрослых перенесших сосудистую катастрофу является фундаментом в настрое и адаптации взрослых на частичное и полное восстановление. Интеграция музыкотерапии и арт-терапии показали значительные результаты в коррекции эмоционального состояния взрослых в раннем восстановительном периоде.

Проверена эффективность разработанной программы. Повторное исследование после прохождения экспериментальной группой реабилитационной программы выявило значимое различие по всем исследуемым показателям, в частности снижение ситуативной тревожности, депрессии, низкий уровень апатии, повышение самочувствия, активности,

настроения. Это означает, что проведенная коррекционная работа способствовала компенсации деструктивного эмоционального состояния в экспериментальной группе.

У испытуемых контрольной группы исследуемые показатели эмоционального состояния изменились в меньшей степени. Эффективность коррекционной программы подтверждается статистически значимыми изменениями показателей эмоционального состояния в экспериментальной группе до и после реализации программы: снижение уровня ситуативной тревожности, депрессии, апатии, повышение показателей самочувствия, активности, настроения. Коррекция эмоционального состояния после реализации программы может быть объяснена несколькими факторами: улучшение контроля над эмоциями, активизация социальной активности, обучение навыкам саморегуляции, развитие контроля над стрессом, снижение тревожности благодаря работе с эмоциями, снижение эмоционального напряжения, адаптация к новой реальности, оказание эмоциональной поддержки.

Данную коррекционную программу можно рекомендовать в дополнение к базовой реабилитации, согласно клиническим рекомендациям, в раннем восстановительном периоде.

## Заключение

Целью исследования явилось выявление особенностей эмоционального состояния взрослых с ишемическим инсультом; разработка программы, направленной на коррекцию эмоционального состояния взрослых с ишемическим инсультом и определение ее эффективности.

Теоретический анализ показал, что эмоциональное состояние взрослых с ишемическим инсультом характеризуется: депрессией, тревогой, раздражительностью, апатией, изменениями в настроении, агрессией, фрустрацией, эмоциональной лабильностью. Эти состояния могут возникать как результат прямого повреждения мозговых структур, отвечающих за эмоциональную регуляцию, так и из-за реакции на изменения в физическом состоянии и социальной роли. Методические подходы коррекционных программ для работы с эмоциональным состоянием взрослых с ишемическим инсультом могут включать различные методы, техники и их комбинации, например, телесно-ориентированные методы, такие как релаксационные техники и дыхательные практики, танцевальные движения, йогу, когнитивно-поведенческий подход, арт-терапию, музыкотерапию.

В эмпирическом исследовании приняли участие 50 взрослых с ишемическим инсультом. В ходе эмпирического исследования было определено, что эмоциональное состояние взрослых с ишемическим инсультом характеризуется средним и повышенным уровнем ситуативной тревожности, умеренным или выраженным уровнем депрессии, средним уровнем апатии, низким уровнем самочувствия, активности, настроения. Была разработана программа реабилитации для коррекции эмоционального состояния взрослых с ишемическим инсультом. Представленная программа коррекции включала дыхательные упражнения, арт-терапию, музыкальную терапию. Разнообразие подходов способствовало более глубокому вовлечению участников и улучшению их эмоционального состояния.

Повторное исследование после прохождения экспериментальной группой коррекционной программы выявило значимое различие по всем исследуемым показателям, в частности снижение ситуативной тревожности, депрессии, низкий уровень апатии, повышение самочувствия, активности, настроения. Это означает, что проведенная коррекционная работа способствовала компенсации деструктивного эмоционального состояния в экспериментальной группе.

Участники контрольной и экспериментальной группы получали индивидуальную реабилитационную программу, которая включает в себя: медикаментозную терапию, физиолечение, занятие ЛФК, нейропсихологическое и логопедическое сопровождение. Реализация коррекционной программы было под руководством мультидисциплинарной реабилитационной команды, где врачами проводился ежедневный мониторинг соматического состояния взрослых и учитывался реабилитационный потенциал (высокий), прогноз (благоприятный) и проходила оценка рисков (отсутствуют).

У испытуемых контрольной группы исследуемые показатели изменения эмоционального состояния ниже, чем у экспериментальной группы. Эффективность программы подтверждается статистически значимыми изменениями показателей эмоционального состояния в экспериментальной группе до и после реализации программы: снижение уровня ситуативной тревожности, депрессии, апатии, повышение показателей самочувствия, активности. Коррекция эмоционального состояния после реализации программы может быть объяснена несколькими факторами: улучшение контроля над эмоциями, активизация социальной активности, обучение навыкам саморегуляции, развитие контроля над стрессом, снижение тревожности благодаря работе с эмоциями, снижение эмоционального напряжения, адаптация к новой реальности, оказание эмоциональной поддержки. Таким образом, гипотеза нашего исследования – подтвердилась.

## Список используемой литературы

1. Александрова В. А., Скотникова А. В., Нигметова А. У. Применение йоги как средства повышения эмоционального состояния у лиц, перенесших ишемический инсульт // Бизнес. Образование. Право. 2021. № 4 (57). С. 392–396.
2. Анохин П. К. Эмоции // Психология эмоций. Под ред. В. К. Вилюнаса, Ю. Б. Гиппенрейтер. М., 1984. 486 с.
3. Аракелов Г. Г., Лысенко Н. Е. Психофизиологический метод оценки тревожности // Психологический журнал. 1997. №2. С. 102–110.
4. Аргайл М. Психология счастья. М.: «Прогресс», 1990. 336 с.
5. Архарова А. И. Телесно-ориентированная терапия, как метод улучшения состояния клиентов с депрессией // Мир педагогики и психологии. 2023. № 5(82). С. 358–364.
6. Архинчеева Н. Ц., Бальхаев И. М. Психоэмоциональные расстройства у пациентов, перенесших инсульт, и их современная фармакотерапия // Вестник Бурятского государственного университета. Медицина и фармация. 2024. № 1. С. 3–12.
7. Афанасьева Т. И. Эмоциональные особенности взрослой личности // Вопросы современной педагогики и психологии: свежий взгляд и новые решения. Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. Екатеринбург, 2015. 108 с.
8. Балунов О. А., Кушниренко Я. Н. Динамика функционального состояния больных, перенесших инсульт // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2000. № 6. С. 14–17.
9. Барканова О. В. (сост.) Методики диагностики эмоциональной сферы: психологический практикум. Вып. 2. Красноярск: Литера-принт, 2009. 237 с.

10. Безруких М. М., Фабер Д.А. Под общ. ред. А. В. Петровского Психофизиология // Психологический лексикон. Энциклопедический словарь. М. : ПЕР СЭ, 2015. 128 с.
11. Бородулина К. Г. Психологическая реабилитация после инсульта // Psiholoāijas Pasaule. 2004. №5. С. 52–56.
12. Бутузова Ю. А. Психологическая сущность эмоционального состояния личности // Омский научный вестник. 2011. №5 (101). С. 173–175.
13. Вилюнас В. К. Психология эмоций. СПб. : Питер, 2007. 496 с.
14. Волковысская Е. А., М. В. Вассерман Особенности оценки эмоциональных состояний больными, перенесшими ишемический инсульт // Тюменский медицинский журнал. 2011. №2. С. 132–138.
15. Гехт А. Б. Ишемический инсульт: вторичная профилактика и основные направления фармакотерапии в восстановительном периоде // Consilium Medicum. 2001. № 5. С. 227–233.
16. Глоссарий по психологии профессионального развития / Сост. А. М. Павлова, О. А. Рудей, Н. О. Садовникова; Под общ. ред. Э. Ф. Зеера. Екатеринбург: Изд-во Рос. гос. проф.- пед. ун-та, 2006. 62 с.
17. Грабовская Е. Ю., Е. А. Зинюк Эффективность применения артериальной терапии в комплексной реабилитации больных, перенесших ишемический инсульт // Учёные записки Таврического национального университета им. В. И. Вернадского. Серия «Биология, химия». 2011. № 1. С. 18–25.
18. Демин О. Д., Лаптев А. А. Модель определения психоэмоционального состояния человека на основе аудио и видео данных // Научный результат. Информационные технологии. 2022. №3. С. 34 –37.
19. Депрессии при хронической ишемии у женщин. – [Электронный ресурс] URL: <https://www.lvrach.ru/2004/10/4531865> (дата обращения: 09.01.2025).
20. Терегулова Д. Р., Кутлубаев М. А. Депрессия в неврологической практике (на примере болевых синдромов и инсульта) // Вестник современной клинической медицины. 2015. №3. С. 78–84.

21. Епифанов В. А., Епифанов А. В. Реабилитация в неврологии: учебное пособие. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. 258 с.
22. Ермакова Н. Г. Особенности личности больных с последствиями инсульта в условиях стационарной реабилитации // Известия Российского государственного педагогического университета им. А. И. Герцена. 2008. №68. С. 32–38.
23. Ермолова Е. О. Эмоциональные проявления психологического пространства личности в период средней зрелости // Развитие человека в современном мире. 2023. № 3. С. 37–52.
24. Захарченко Д. А., Петриков С. С. Возможности применения когнитивно-поведенческой терапии в коррекции депрессивных и тревожных нарушений после инсульта // Консультативная психология и психотерапия. 2018. № 1(99). С. 95–111.
25. Золотарева А. А. Диагностика апатии. М. : Смысл, 2020. 143 с.
26. Иванов И. И. Психология зрелости: этапы и особенности. М. : Издательство «Наука», 2020. 250 с.
27. Ильин Е. П. Эмоции и чувства. СПб. : Питер, 2019. 783 с.
28. Инсульт: Руководство для врачей / под ред. Л. В. Стаховской, С. В. Котова. М. : ООО «Издательство «Медицинское информированное агентство», 2014. 400 с.
29. Катыхова И. М., Попова Т. А. Самоценность и смысл жизни (На примере пациентов с диагнозом острого ишемического инсульта) [Электронный ресурс] URL: [Downloads/samotsennost-i-smysl-zhizni-lichnosti-na-primere-patsientov-s-diagnozom-ostrogo-ishemicheskogo-insulta.pdf](#) (дата обращения: 09.01.2025)
30. Классификация психических состояний: хрестоматия, сост. Л. В. Куликов, Н. Д. Левитов. Санкт-Петербург: Питер, 2000. 321 с.
31. Котов С. В., Исакова Е. В. Возможность коррекции эмоциональных и поведенческих нарушений у пациентов с инсультом в

процессе реабилитационного лечения // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2019. № 4. С. 26–31.

32. Красильников Г. Т., Косенко В. Г. Психологическое и клиническое значение функциональной асимметрии головного мозга // Социальная и клиническая психиатрия. 2019. № 4. С. 98–112.

33. Краснов В. С., Шмонин А. А., Мальцева М. Н. Когнитивные нарушения в медицинской реабилитации // Consilium Medicum. 2016. № 18. С. 34–38.3

34. Леонтьев А. Н. Потребности, мотивы и эмоции. М., 2005. 276 с.

35. Менделевич В. Д., Соловьёва С. Л. Неврология и психосоматическая медицина. М. : МЕДпресс-информ, 2002. 608 с.

36. Михалькова Е. И., Радченко С. А. Эмоциональные состояния личности: понятия, сущность, классификация // Молодой ученый. 2023. № 34 (481). С. 127–136.

37. Назметдинова Д. Г., Обуховская В. Б. Мишени психологической реабилитации пациентов с ишемическим инсультом в период компенсации и реадaptации // Общество: социология, психология, педагогика. 2018. № 11. С. 70–75.

38. Народова Е. А., Шнайдер Н. А. // Роль специализации полушарий головного мозга в эмоциональном контроле, Доктор.Ру. 2020 № 4. С. 23–28.

39. Нгуен Д. К., Южакова М. А. Обзор электрофизиологических методов оценки состояния человека // Национальный исследовательский Томский политехнический университет [Электронный ресурс]. [https://earchive.tpu.ru/bitstream/11683/16532/1/conference\\_tpu-2015-C105-083.pdf](https://earchive.tpu.ru/bitstream/11683/16532/1/conference_tpu-2015-C105-083.pdf) (дата обращения: 14.01.2025).

40. Обухова Л. Ф. Возрастная психология: учебник для вузов. М. : Издательство Юрайт, 2024. 411 с.

41. Панкратова Л. Э. Арт-терапия в реабилитации лиц, перенесших инсульт // XIX Международная конференция «Культура, личность, общество



в современном мире: методология, опыт эмпирического исследования»: сб. мат. конф. Екатеринбург: УрФУ, 2016. С. 294–301.

42. Парфёнов В. А. Постинсультная депрессия: распространенность, патогенез, диагностика и лечение // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2012. № (4). С. 84–88.

43. Петрова Е. А., Поневежская Е. В. Постинсультная апатия // Consilium Medicum. 2020. № 22 (9). С. 33–37.

44. Петрова Е. А., Поневежская Е. В. Клинические особенности постинсультной апатии // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Спецвыпуск. 2012. №15. С. 120–123.

45. Рагозинская В. Г. Особенности эмоциональных состояний соматических больных // Вестник КГУ им. Н. А. Некрасова. 2009. № 15. С. 150–154.

46. Реверчук И. В. Психофизиология и патопсихология эмоций и чувств: уч. пособие. Ижевск, 2016. 36 с.

47. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. Санкт-Петербург: Питер, 2017. 718 с.

48. Савина М. А. Факторы, определяющие низкую эффективность раннего психотерапевтического вмешательства в популяции пациентов с первым церебральным инсультом // МедиАль. 2018. № 2. С. 77–80.

49. Сидоров К. Р. Тревожность как психологический феномен // Вестник Удмуртского университета. Серия: Философия. Социология. Психология. Педагогика. 2013. № 2. С. 42–52.

50. Сорокоумова Е. А. Возрастная психология. М. : Издательство Юрайт, 2024. 227 с.

51. Супакова П. Ю. Коррекция эмоционального состояния взрослых с ишемическим инсультом посредством реабилитационной программы // Актуальные исследования. 2024. №41 (223). С. 33–35.

52. Суханова К.Н. Гендерные аспекты эмоций. – [Электронный ресурс] <https://psihologia.biz/psihologiya-psihologiya->

obschaya\_693/suhanova-gendernyie-aspektyi- 19977.html (дата обращения: 10.01.2025).

53. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб. : Питер, 2001. 189 с.

54. Турузбекова Б. Д. Реабилитация больных после перенесенного ишемического инсульта и роль психологической поддержки в ней // Бюллетень науки и практики. 2023. № 9. С. 265–269.

55. Турузбекова Б. Д. Влияние ранней комплексной реабилитации на качество жизни пациентов с ишемическим инсультом // Здоровоохранение Кыргызстана. 2024. №2. С. 90–94.

56. Турузбекова Б. Д. Осведомленность населения о ранней реабилитации больных после перенесенного инсульта в городе Бишкек // Известия ВУЗов Кыргызстана. 2023. №1. С. 104–106.

57. Турузбекова Б. Д., Турузбекова А. Д. Ранняя реабилитация больных после перенесенного ишемического инсульта и роль психологической поддержки в ней // Бюллетень науки и практики. 2024. № 11. С. 265–269.

58. Тынтерова А. М., Перепелица С. А. Диагностика психоэмоциональных и когнитивных нарушений в остром периоде ишемического инсульта // Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация. 2021. № 3(3). С. 270–280.

59. Файратов А. В. Проблемы состояния и реабилитации постинсультных больных и возможности арт-терапии // Известия Кыргызской академии образования. 2018. № 2(45). С. 65–69.

60. Фещенко Е. К. Трансформация ценностных ориентаций в различные возрастные периоды // Оригинальные исследования. 2023. № 5. С. 227–232.

61. Фирилёва Ж. Е. Динамика восстановления физических качеств в процессе непрерывной реабилитации человека, перенесшего инсульт // Современные проблемы науки и образования. 2018. № 3. С. 76–85.

62. Ханин Ю. Л. Краткое руководство к шкале реактивной и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера. Ленинград, 1976. 18 с.
63. Хилько М. Е. Возрастная психология: учебное пособие для вузов. М. : Издательство Юрайт, 2024. 201 с.
64. Цвигун Д. С., Полякова П. С. Индивидуальные особенности эмоциональной сферы личности в период взрослости // МНСК-2022: Материалы 60-й Международной научной студенческой конференции. Новосибирск: Новосибирский национальный исследовательский государственный университет, 2022. С. 249–250.
65. Шаповаленко И. В. Психология развития и возрастная психология: учебник и практикум для вузов. М. : Издательство Юрайт, 2024. 457 с.
66. Эриксон Э. Детство и общество. СПб. : Университетская книга, 1996. 189 с.
67. Шапаронова Н. В., Кадыков А. С. Реабилитация больных, перенесших инсульт. Восстановление двигательных, речевых, когнитивных функций // Трудный пациент. 2012. №11. С. 22–27.
68. Якупов Э. З., Налбат А. В. Эффективность музыкотерапии в реабилитации больных с инсультом // Журнал неврологии и психиатрии. 2017. №5. С. 14–21.
69. Finset A., Andersson S. Coping strategies in patients with acquired brain injury: relationships between coping, apathy, depression and lesion location. *Brain Inj.* 2000. № 14(10). P. 887–905.
70. Flaster M., Sharma A., Rao M. Poststroke depression: a review emphasizing the role of prophylactic treatment and synergy with treatment for motor recovery. *Topics in Stroke Rehabilitation.* 2013. № 20. P. 139–150.
71. Gainotti G. Emotions and the right hemisphere: can new data clarify old models? *Neuroscientist.* 2019. № 25(3). P. 88–95.

72. Grajny K., Pyata H., Spiegel K., et al. Depression symptoms in chronic left hemisphere stroke are related to dorsolateral prefrontal cortex damage. *J Neuropsychiatr Clin Neurosci*. 2016. № 28(4) P. 292–298.

73. Halassa M., Kastner S. Thalamic functions in distributed cognitive control. *Nat Neurosci*. 2017. № 20(12). P. 669–679.

74. Harmon-Jones E., Gable P.A. On the role of asymmetric frontal cortical activity in approach and withdrawal motivation: An updated review of the evidence. *Psychophysiology*. 2018. №1. P. 128–132.

75. Kim J. S. Post-stroke mood and emotional disturbances: pharmacological therapy based on mechanisms. *J Stroke*. 2016; 18(3) P. 244–255.