

DOI: <https://doi.org/10.36425/rehab636622>

Реабилитационный потенциал личности пациента с острым нарушением мозгового кровообращения: определение факторов и составляющих, влияющих на восстановление

М.Н. Гордеев¹, Б.Б. Поляев¹, Г.Е. Иванова¹, А.М.Ю. Кузнецова¹, А.А. Никитина¹,
И.Р. Галкина², М.А. Булатова¹

¹ Федеральный центр мозга и нейротехнологий, Москва, Россия;

² Клиника ООО «ТестМедик», Москва, Россия

АННОТАЦИЯ

Совершенствование реабилитации пациентов с нарушениями когнитивного и личностного статуса представляет собой актуальную задачу, поскольку такие расстройства могут приводить к утрате трудоспособности и снижению качества жизни. Эти изменения часто происходят вследствие острых сосудистых катастроф, в частности острых нарушений мозгового кровообращения. Уровень восстановления биопсихосоциального статуса инвалида определяется реабилитационным потенциалом, который можно рассматривать как комплексную оценку вероятности достижения поставленных целей в медицинской реабилитации в определённые сроки. Эта оценка основывается на анализе ряда факторов, таких как особенности самого заболевания и его течения, индивидуальных характеристик пациента (наличие резерва для восстановления, компенсаторные механизмы, общая физическая и психическая готовность). Важным элементом является уровень мотивации пациента и его готовность активно принимать участие в лечебном процессе, что может существенно повлиять на исход реабилитации.

В статье представлен анализ отечественных и зарубежных публикаций, посвящённых изучению эмоциональных расстройств в раннем восстановительном периоде после острого нарушения мозгового кровообращения. Авторы ставят своей целью верифицировать наиболее конгруэнтные факторы-составляющие эмоционально-личностной сферы, которые оказывают влияние на реабилитационный потенциал пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения. Результаты этого исследования могут быть использованы для разработки наиболее эффективных и адаптированных программ реабилитации пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения. Учитывая все факторы, влияющие на общий реабилитационный потенциал пациента в процессе восстановительного лечения, медицинские работники могут разработать более персонализированные и целенаправленные планы лечения, что будет способствовать улучшению качества жизни пациентов и их скорейшему возвращению к обычной деятельности.

Ключевые слова: инсульт; реабилитация; личность; тревожность; депрессия; копинг-стратегии; реабилитационный потенциал.

Как цитировать:

Гордеев М.Н., Поляев Б.Б., Иванова Г.Е., Кузнецова А.М.Ю., Никитина А.А., Галкина И.Р., Булатова М.А. Реабилитационный потенциал личности пациента с острым нарушением мозгового кровообращения: определение факторов и составляющих, влияющих на восстановление // Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация. 2024. Т. 6, № 4. С. 369–378. DOI: <https://doi.org/10.36425/rehab636622>

DOI: <https://doi.org/10.36425/rehab636622>

Personality rehabilitation potential in acute cerebrovascular accident patients: factors and drivers of recovery

Mikhail N. Gordeev¹, Boris B. Polyayev¹, Galina E. Ivanova¹, Anna Maria Yu. Kuznetsova¹,
Anna A. Nikitina¹, Irina R. Galkina², Maria A. Bulatova¹

¹ Federal Center of Brain Research and Neurotechnologies, Moscow, Russia;

² Clinic TestMedic LLC, Moscow, Russia

ABSTRACT

Improving the rehabilitation of patients with impaired cognitive and personal status is an urgent task, since such disorders can lead to disability and a decrease in the quality of life. These changes often occur because of acute vascular catastrophes, such as cerebrovascular accident. The level of recovery of the biopsychosocial status of a disabled person is determined by the rehabilitation potential, which can be viewed as a comprehensive assessment of the probability of achieving the goals set in medical rehabilitation within a certain time frame. This assessment is based on the analysis of a number of factors, such as the peculiarities of the disease itself and its course, individual characteristics of the patient (availability of a recovery reserve, compensatory mechanisms, general physical and mental readiness). An important element is the patient's level of motivation and willingness to actively participate in the treatment process, which can significantly affect the outcome of rehabilitation. This article presents an analysis of native and foreign publications devoted to the study of emotional disorders in the early recovery period after stroke. The authors aim to verify the most congruent factors and components of the personality and emotions that affect the rehabilitation potential of patients with stroke. The results of this study can be used to develop more effective and adapted rehabilitation programs for patients with stroke. Taking into account these factors in the process of rehabilitation treatment, which affect the overall rehabilitation potential, medical professionals can develop more personalized and targeted treatment plans, which contributes to improving the quality of life of patients and their early return to normal activities.

Keywords: stroke; rehabilitation; personality; anxiety; depression; coping strategies; rehabilitation potential.

To cite this article:

Gordeev MN, Polyayev BB, Ivanova GE, Kuznetsova AMYu, Nikitina AA, Galkina IR, Bulatova MA. Personality rehabilitation potential in acute cerebrovascular accident patients: factors and drivers of recovery. *Physical and rehabilitation medicine, medical rehabilitation*. 2024;6(4):369–378. DOI: <https://doi.org/10.36425/rehab636622>

Список сокращений

ОНМК — острое нарушение мозгового кровообращения

ВВЕДЕНИЕ

Ускорение темпов современной жизни вызывает тревожное ухудшение общественного здоровья, что подчёркивает важность развития реабилитационной медицины как значимого направления. Вопросы совершенствования реабилитации пациентов, страдающих от нарушений когнитивного и личностного статуса, становятся особенно актуальными, поскольку такие нарушения могут приводить к временной или постоянной утрате трудоспособности. Эти изменения нередко связаны с резким развитием сосудистых катастроф, включая острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), что указывает на необходимость разработки эффективных и комплексных подходов к реабилитации данных пациентов для восстановления функций организма и возвращения к активной жизни.

Острое нарушение мозгового кровообращения — состояние, при котором в результате прекращения поступления крови в головной мозг из-за закупорки артерии или излития крови через разрыв стенки сосуда происходит повреждение или гибель нервных клеток. ОНМК — это быстро развивающееся нарушение мозгового кровообращения с одновременным повреждением ткани мозга и расстройством его функций [1]. ОНМК является одной из наиболее опасных и частых причин смертности и инвалидизации. ОНМК может привести к серьёзным расстройствам функций мозга — нарушению речи, двигательных функций, зрения и координации движений. Инсульт — это событие, которое в корне меняет жизнь больного и требует модификации среды окружения по многим позициям: от изменения отношения родственников до видоизменения вещей, которыми повседневно пользуется пациент.

С начала XXI века наблюдается рост зарегистрированных случаев инсульта, что привело к увеличению числа пациентов с ОНМК, требующих реабилитационного лечения. По данным Всемирной федерации неврологических обществ, ежегодно в мире фиксируется более 15 млн случаев ОНМК. В России количество новых случаев инсульта превышает 450 тыс. в год. А среди пациентов, перенёсших инсульт, к трудовой деятельности возвращаются лишь 10%, 85% требуют постоянной медико-социальной поддержки, а 25% больных остаются до конца жизни глубокими инвалидами [2].

Решение вопросов, связанных с индивидуальным реабилитационным потенциалом пациентов, часто сопровождается эмоциональными трудностями. Уровень восстановления биопсихосоциального статуса инвалида определяется мультидисциплинарной характеристикой — реабилитационным потенциалом. Реабилитационный потенциал можно рассматривать как комплексную оценку вероятности достижения поставленных целей в медицинской реабилитации в определённые сроки. Эта оценка основывается на анализе

множества факторов, а именно особенностей самого заболевания и его течения, а также индивидуальных характеристик пациента, таких как наличие резерва для восстановления, компенсаторные механизмы, общая физическая и психическая готовность. Важным элементом является уровень мотивации пациента и его готовность активно принимать участие в лечебном процессе, что может существенно повлиять на исход реабилитации. Кроме того, реабилитационный потенциал включает биологические и психологические аспекты личности, социальные обстоятельства и окружающую среду, которые могут либо поддерживать, либо ограничивать развитие способностей индивидуума.

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

На сегодняшний день нет единого мнения о содержании и параметрах оценки реабилитационного потенциала, что порождает разнообразие подходов и остаётся темой для активных дискуссий и исследований в области медицины и реабилитации [3]. Одним из ключевых факторов, который может оказать серьёзное воздействие на результаты лечения, является развитие у пациентов целого ряда эмоциональных расстройств. Такие психоэмоциональные проблемы зачастую становятся значительным барьером на пути к восстановлению утраченных функций и мешают адаптации в социальной и бытовой жизни [4]. Пациенту с расстройством функции мозга нужна помощь в физической и психологической адаптации к жизни, и эта адаптация сводится не к чувству смирения с последствиями инсульта, а к поиску альтернативных возможностей жить, учиться, работать, развлекаться и т.п. Такой подход невозможен в рамках медицинской модели, не учитывающей влияние на лечение и восстановление пациента таких факторов, как личность и окружение. Между тем даже наш личный жизненный опыт имеет яркие примеры влияния на нас эмоционального состояния, стресса, а также людей и физических условий, которые нас окружают. Безусловно, пациент, перенёсший неврологическое заболевание, будет ещё более зависим от этих факторов [5].

В этом контексте формирование у пациента после ОНМК мотивации и приверженности лечению, не связанной с когнитивными трудностями, становится ключевой задачей медицинского психолога и важным аспектом реабилитационного процесса.

В статье проведены анализ литературных источников и верификация наиболее конгруэнтных факторов-составляющих эмоционально-личностной сферы, которые

оказывают влияние на реабилитационный потенциал пациентов с ОНМК.

Методология поиска источников

В ходе настоящего исследования проведена обзорная литературная ревизия, которая включала анализ 41 источника научной литературы, посвящённых исследованию особенностей эмоционально-личностной сферы пациентов с ОНМК. В результате было установлено, что литературные источники представляют собой разнообразную коллекцию научных статей, монографий и рефератов, опубликованных в международных и национальных журналах, посвящённых психиатрии, неврологии, клинической психологии и клинической медицине. Методика анализа включала в себя детальное ознакомление с каждым источником, а также использование стандартных критериев оценки качества и достоверности результатов исследований, таких как методология исследования, количество и характеристика образца, уровень статистической значимости и т.д. Проанализированы результаты исследований, посвящённых разработке индивидуализированных программ психологической поддержки для пациентов после ОНМК, результаты исследований, посвящённых изучению влияния различных факторов на эмоционально-личностную сферу пациентов, таких как возраст, пол, уровень образования и социально-экономическое положение. В целом проведённый обзор литературы позволил рассмотреть текущее состояние знаний в области исследования особенностей эмоционально-личностной сферы пациентов после ОНМК и проанализировать предварительные результаты.

Эмоциональные расстройства после острого нарушения мозгового кровообращения

В ходе анализа психоэмоциональных расстройств, возникающих у пациентов в контексте их заболеваний, становится очевидным, что этот феномен представляет собой сложный и многоаспектный комплекс, характеризующийся взаимодействием соматических, сенсорных и когнитивных дисфункций [6, 7]. Согласно подробному исследованию А.С. Кадыкова и соавт. [8], факторы, определяющие такие расстройства, обусловлены множеством взаимосвязанных обстоятельств, среди которых особое место занимают внезапное появление болезни, затяжная отсрочка в инициировании реабилитационных мероприятий, а также негативная реакция на предстоящую зависимость от окружающих и чувство утраты статуса, как трудового, так и социального [9–11]. Таким образом, образуется сложное сплетение эмоциональных барьеров, глубоко воздействующих на психическое состояние пациентов, которые, сталкиваясь с такими трудностями, оказываются на распутье собственных переживаний, внутренней борьбы и стремления к восстановлению.

В ходе восстановительного периода, сопутствующего перенесённому инсульту, наблюдается значительный спектр некогнитивных психоневрологических расстройств [1].

Из числа этих расстройств наиболее подробно исследована постинсультная депрессия [4, 12, 13], проявляющаяся у 30–40% пациентов в виде выраженных депрессивных реакций [14–20]. В процессе реабилитации зачастую фиксируется тенденция к регрессии указанных симптомов, трансформирующихся, как правило, в лёгкие депрессивные эпизоды. Тем не менее у определённой категории больных сохраняются устойчивые симптомы умеренного депрессивного состояния, что обуславливает необходимость фармакологической коррекции с использованием антидепрессантов [17, 21–24] с целью устранения психоэмоциональной дисфункции и улучшения качества жизни.

На ранних и поздних стадиях реабилитации после инсульта пациенты часто подвергаются комплексной эмоциональной, сенсорной и социальной депривации [25]. Эмоциональная депривация проявляется снижением способности к адекватному эмоциональному реагированию, что может быть связано с постинсультными изменениями в нейромедиаторной системе и функциональной активности головного мозга. Сенсорная депривация, вызванная нарушениями в работе сенсорных систем, ограничивает восприятие окружающего мира, что ухудшает когнитивные и функциональные возможности пациента. Социальная депривация, обусловленная утратой привычного круга общения и сокрытия от социальных взаимодействий, ведёт к повышенному риску развития депрессии и тревожных расстройств. Эти многоаспектные формы депривации значительно затрудняют процесс реабилитации, снижая эффективность восстановительных мероприятий, и негативно влияют на качество жизни пациентов.

Согласно исследованию отечественных авторов [11], агрессивное поведение у пациентов, перенёсших инсульт, варьирует от 7% до 35%. Развитие агрессии у данной категории больных обусловлено как психологическими факторами, так и нейробиологическими дисфункциями. Особое внимание уделяется структурно-функциональным нарушениям в миндалине, префронтальной коре и полосатом теле, которые играют критическую роль в регуляции эмоционального поведения и контроле импульсов. Эти патологические изменения могут приводить к выраженной дисфункции нейронных механизмов, ответственных за эмоциональную саморегуляцию, способствуя тем самым увеличению частоты агрессивных проявлений у пациентов, страдающих последствиями инсульта [11]. У значительной части пациентов, переживших инсульт и находящихся на этапе восстановления, выявляются преимущественно непсихотические и невротические реакции на своё состояние, которые могут варьировать по степени выраженности. Кроме того, отмечаются расстройства адаптации и эмоциональные колебания. Важно подчеркнуть, что данные расстройства поддаются коррекции, что открывает возможности для применения различных медикаментов, таких как транквилизаторы и антидепрессанты, а также психотерапевтических методов, направленных на улучшение качества жизни этих больных [4, 18, 26].

В ходе исследования психоэмоционального состояния пациентов выявлено, что 90% участников имеют высокий

уровень личной тревожности, что вызывает значительное беспокойство в клинической практике. Анализ данных показал, что 76% пациентов демонстрируют выраженные проявления невротизации, свидетельствующие о наличии психологических дисфункций. Более половины респондентов (53%) отмечают наличие симптомов соматизированной депрессии различной степени выраженности. Кроме того, 80% обследованных участников испытывают средний уровень одиночества, в то время как 20% отмечают значительное чувство изоляции. Эти результаты подчёркивают необходимость применения комплексных интервенционных подходов, направленных на социальную поддержку и психокоррекцию данной когорты пациентов для оптимизации их психического здоровья.

Авторы исследования [4] акцентировали внимание не только на эмоциональных нарушениях, но и на восприятии постинсультными больными своего заболевания в процессе восстановительного лечения. В ходе работы зафиксировано преобладание смешанного типа отношения к болезни, что свидетельствует о сложности эмоциональной реакции пациентов. В частности, 45% участников продемонстрировали сенситивный тип отношения, характеризующийся высокой чувствительностью к состоянию своего здоровья и ярко выраженными переживаниями. В то же время только 30% больных проявили устойчивую комбинацию гармонического и эргопатического типа отношения к болезни, что, согласно методике ТООБЛ (тип отношения к болезни), расценивается как положительный индикатор адаптации и взаимодействия с лечением. После завершения курса восстановительного лечения наблюдалось значительное увеличение числа пациентов с гармоническим типом отношения, который возрос до 40%. Эти результаты подчёркивают необходимость акцентирования внимания на психоэмоциональном состоянии пациентов в процессе реабилитации, что может способствовать улучшению взаимодействия сторон лечебного процесса, и, как следствие, повышению эффективности восстановительного процесса [4].

Кроме всего прочего, исследование Е.А. Петровой и её коллег [14] подтвердило, что у пациентов, перенёсших ОНМК, зачастую наблюдаются признаки алекситимии — состояния, характеризуемого трудностями в осознании и выражении собственных эмоций. В ходе углублённого анализа индивидуального жизненного стиля у таких пациентов выявляется наличие различных психологических защитных механизмов. Эти механизмы часто проявляются в формах отрицания, интеллектуализации и реактивных образований, которые можно рассматривать как своеобразные стратегии защиты психики от эмоционального дистресса. Так, отрицание может позволить временно избежать подавляющих чувств, в то время как интеллектуализация может проявляться в чрезмерном анализе ситуации вместо переживания эмоций, что в сочетании с реактивным образованием (когда человек прибегает к внешним проявлениям, не осознавая внутренних переживаний) помогает пациентам справляться с изменениями в жизни после инсульта.

Несмотря на важность изучения особенностей личности пациентов, переживших инсульт, и изменений, происходящих в ходе болезни и психологической помощи, этому аспекту уделяется ограниченное количество исследовательского внимания [27–30]. По мнению Н.Г. Ермаковой [31–33], процесс адаптации после инсульта тесно связан с динамикой системы отношений личности пациента. Эта динамика проявляется в изменениях жизненных установок, переосмыслении ценностных ориентиров и изменении отношения как к себе, так и к окружающим. Эти трансформации могут существенно влиять на эмоциональное состояние и качество жизни пациентов, подчёркивая необходимость комплексного подхода к реабилитации, который учитывает не только физические, но и психологические аспекты их состояния.

В целом адаптацию рассматривают как динамический процесс, связанный с приспособлением организма к изменившимся условиям жизни [34]. В этом контексте выделяют три ключевых блока адаптации — биологический, психологический и социальный, каждый из которых соответствует определённому уровню психической регуляции личности — биологическому, индивидуально-личностному и личностно-средовому [3]. Такое распределение подчёркивает необходимость применения биопсихосоциального подхода в терапии различных заболеваний, что позволяет учитывать все аспекты жизни пациента в процессе восстановления и реабилитации.

Обсуждая копинг-стратегии, многие исследователи отмечают, что выбор стратегий преодоления во многом зависит от конкретного заболевания и его последствий. Исследования показали, что пациенты, перенёсшие инсульт, применяют меньше активных и проблемно-ориентированных стратегий [35]. Способ, которым пациенты справляются с последствиями инсульта в своей повседневной жизни, имеет значительное влияние на их психологическое состояние [36]. Использование неадекватных копинг-стратегий служит предиктором развития депрессии и тревожности в постинсультный период [37], при этом пациенты с депрессивными расстройствами значительно реже прибегают к активным стратегиям преодоления, отдавая предпочтение избеганию и магическому мышлению [38, 39]. Неадаптивные копинг-стратегии связаны с ухудшением качества жизни, причём выраженность депрессивных расстройств выступает в качестве связующего элемента между методами преодоления и показателями качества жизни [14].

В исследовании М. Hergmann и соавт. [35] продемонстрировано, что локализация очага поражения влияет на связь между копинг-механизмами и уровнем депрессии у пациентов: выявлено, что у пациентов с поражением правого полушария увеличивается использование стратегий избегания и магического мышления, что в свою очередь негативно сказывается на их психосоциализации и общем функционировании. Для копинг-стратегий активного преодоления и решения проблем, однако, локализация поражения головного мозга не оказала значимого влияния и подобная

взаимосвязь не наблюдалась у пациентов с поражением левого полушария. Исходя из этого, можно предположить, что копинг-стратегии, формируемые под влиянием различных немодифицируемых факторов, таких как образование, пол или место очага инсульта, остаются достаточно стабильными во времени. Это также подтверждается результатами исследования А. Rochette и соавт. [37], которые указывают на неизменность копинг-стратегий в разные временные точки после инсульта. Тем не менее некоторые исследования отмечают возможные изменения в копинг-стратегиях, указывая на то, что адаптация к новым жизненным условиям и изменяющимся обстоятельствам может влиять на выбор методов преодоления [40].

Болезненное состояние из-за своего стрессогенного характера имеет тенденцию изменять структуру мотивационной сферы пациента, подчёркивая приоритет здоровья как основной ценности. В этой связи становятся особенно актуальными создание и поддержка сильной мотивации к выздоровлению, а также активизация личной инициативы в условиях стресса. Это может включать в себя различные стратегии, направленные на улучшение психоэмоционального состояния и способствующие восстановлению, что в итоге будет оказывать существенное влияние на процесс реабилитации и общую эффективность лечения. Тип мотивационного реагирования во многом коррелирует с определением участия пациента не только в реабилитационном процессе, но и в восстановлении за пределами медицинских учреждений. Так, мотивационная направленность на успех у пациентов с ОНМК коррелирует с адаптивным типом представления о заболевании, общим высоким уровнем жизнестойкости и готовности к формированию позитивного комплаенса. В свою очередь мотивация, ориентированная на избегание неудачи, приводит пациентов к формированию неадаптивных типов реагирования на факт наличия заболевания и, соответственно, свидетельствует о дезадаптивной внутренней картине болезни [41].

Таким образом, исследовав вопросы наиболее часто встречающихся эмоционально-личностных факторов, несущих наибольшее значение для медицинских работников в условиях реабилитационного лечения, можно выделить главные из них:

- аффективные нарушения, включающие в себя депрессивные и тревожные симптомы, эмоциональную неустойчивость, такие как повышенная агрессия и чувствительность;
- преморбидные личностные черты, включающие копинг-стратегии и личностные особенности;
- социальный компонент, определяющий наличие социальной поддержки, разделённый нами на три составляющие — профессиональную состоятельность, вовлечённость ближайшего окружения и отдельно выделенную нами вовлечённость семейной структуры;
- внутренняя картина болезни, интегрирующая типы отношения к болезни и лечению;
- мотивационный компонент, определяющий уровень предрасположенности к реабилитационному процессу.

Данное разделение, на наш взгляд, наиболее полно оценивает факторы личности, которые могут служить как ограничивающими показателями реабилитации, так и поддерживающими ресурсами, при опоре на которые мультидисциплинарная реабилитационная команда сможет увеличить эффективность оказываемых процедур.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В выводах, полученных в ходе настоящего исследования, стало очевидно, что понимание реабилитационного потенциала пациента является сложной и многогранной проблемой, требующей дальнейшего анализа и исследования. Ограничения методологии и доступности данных не позволяют объективно оценить влияние различных факторов на реабилитационный потенциал, что в свою очередь лимитирует возможные пути развития и применения новых методов и инструментов.

В будущем для более полного понимания реабилитационного потенциала личности необходимо продолжить исследования в этом направлении, включая разработку новых методов измерения и анализа, а также изучение влияния различных факторов на его формирование и развитие. В частности, следует рассмотреть возможность использования современных технологий и методов анализа, таких как статистическое моделирование и машинное обучение, для улучшения точности оценки реабилитационного потенциала.

Приоритетным заданием для будущих исследований являются также анализ первичной документации пациентов, проходящих 2-й этап медицинской реабилитации в условиях отделения медицинской реабилитации, и разработка индивидуализированных программ реабилитации, учитывающих уникальные характеристики каждого пациента, направленных на максимизацию его реабилитационного потенциала. Ключевым шагом в этом направлении является разработка новых инструментов и методов мониторинга и оценки реабилитационного потенциала, которые позволят медицинским работникам принимать более обоснованные решения о характере и направленности лечения.

Настоящее исследование, представляющее собой важный шаг в этом направлении, привело к важным выводам, которые могут быть использованы в практической медицине.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Вклад авторов. М.Н. Гордеев — методология, проверка и редактирование рукописи; Б.Б. Поляев — разработка дизайна исследования, редактирование; Г.Е. Иванова — курирование проекта; А.М.Ю. Кузнецова — анализ и интерпретация литературных

источников, написание и редактирование рукописи; А.А. Никитина — анализ литературы, редактирование; И.Р. Галкина, М.А. Булатова — редактирование. Все авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICMJE (все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение поисково-аналитической работы и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией).

ADDITIONAL INFORMATION

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

Author contribution. M.N. Gordeev — methodology, verification and editing of the manuscript; B.B. Polyayev — research design development, editing; G.E. Ivanova — project supervision, A.M.Yu. Kuznetsova — analysis and interpretation of literary sources, manuscript writing, editing; A.A. Nikitina — literature analysis, editing; I.R. Galkina, M.A. Bulatova — manuscript editing. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Сковцова В.И. Школа здоровья. Жизнь после инсульта. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 296 с. (Серия «Школа здоровья»).
2. Всемирная ассамблея здравоохранения, 45-я сессия [Интернет]. Предупреждение инвалидности и реабилитация: доклад Генерального директора. Женева, 2015. Режим доступа: <https://iris.who.int/handle/10665/182078>. Дата обращения: 03.06.2024.
3. Королев А.А., Соболевская Ю.А., Рудакова С.М., и др. Медицинская реабилитация: учебное пособие / под ред. С.С. Алексанина. Санкт-Петербург: Политехника-сервис, 2014. 184 с.
4. Михайлов В.А., Лукина Л.В., Балунов О.А., и др. Терапия депрессивных психических расстройств в практике невролога // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2014. № 4. С. 100–105. EDN: TQUTRD
5. Шмонин А.А., Мальцева М.Н., Мельникова Е.В., Иванова Г.Е. Биопсихосоциальная модель пациента с инсультом: роль факторов среды в реабилитации // Consilium Medicum. 2016. Т. 18, № 2-1. С. 14–19. EDN: WBDES
6. Patel A.V., Shah S.H., Patel K., et al. Prevalence of post-stroke anxiety and its association with sociodemographical factors, post-stroke depression, and disability // *Neuropsychiatry i Neuropsychologia*. 2018. Vol. 13, N 2. P. 43–49. doi: 10.5114/nan.2018.79604
7. Przewoźnik D.A., Rajtar-Zembaty A., Starowicz-Filip A. The influence of cognitive, emotional and social factors on motivation for rehabilitation in patients after stroke // *Neuropsychiatry i Neuropsychologia*. 2015. Vol. 10, N 2. P. 64–68.
8. Кадыков А.С., Манвелов Л.С., Шахпаронова Н.В. Ранние клинические формы сосудистых заболеваний головного мозга: руководство для врачей / под ред. Л.С. Манвелова, А.С. Кадыкова. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 344 с.
9. McCarthy M., Sucharew H.J., Alwell K., et al. Age, subjective stress, and depression after ischemic stroke // *J Behav Med*. 2016. Vol. 39, N 1. P. 55–64. EDN: HWBPYA doi: 10.1007/s10865-015-9663-0
10. Townend E., Tinson D., Kwan J., et al. 'Feeling sad and useless': An investigation into personal acceptance of disability and its association with depression following stroke // *Clin Rehabil*. 2010. N 24. P. 555–564. doi: 10.1177/0269215509358934
11. Кутлубаев М.А., Менделевич В.Д., Ахмадеева Л.Р. Проблема агрессивного поведения после инсульта // *Неврологический журнал*. 2017. Т. 22, № 3. С. 142–147. EDN: YTPGL doi: 10.18821/1560-9545-2017-22-3-142-147
12. Гусев Е.И., Боголепова А.Н. Депрессивные расстройства пациентов с цереброваскулярными заболеваниями. 2-е изд. Москва: МЕДпресс-информ, 2017. 208 с.
13. Robinson R.G. Poststroke depression: Prevalence, diagnosis, treatment, and disease progression // *Biological Psychiatry*. 2003. Vol. 54, N 3. P. 376–387. EDN: XQZOP doi: 10.1016/s0006-3223(03)00423-2
14. Петрова Е.А., Савина М.А., Концевой М.А., Сковцова В.И. Клинические особенности постинсультных тревожных расстройств // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2012. Т. 112, № 9. С. 12–17. EDN: PIVGLN
15. Савина М.А. Постинсультная депрессия // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2005. Т. 105, № 7. С. 67–77. EDN: HSBPRL
16. Савина М.А. Проблема изучения постинсультных депрессий // *Нейрореабилитация-2009: материалы Первого международного конгресса*, Москва, 2-3 июня. Москва, 2009. С. 3.
17. Савина М.А., Петрова Е.А., Сафарова Т.П. Профилактика постинсультных депрессий // *Фарматека*. 2017. № 19. С. 92–95. EDN: ZVMVAF
18. Чухловина М.Л., Чухловин А.А. Оценка клинических проявлений и лечения постинсультной депрессии у пациентов молодого возраста, перенесших ишемический инсульт // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2018. Т. 118, № 3. С. 52–55. EDN: YVPAZY doi: 10.17116/jnevro20181183152-55
19. Carod-Artal F.J., Egido J.A. Quality of life after stroke: The importance of a good recovery // *Cerebrovascular Diseases*. 2009. Vol. 27, Suppl. 1. P. 204–214. EDN: LSFHP doi: 10.1159/000200461
20. Salter K., Bhogal S.K., Foley N., et al. The assessment of poststroke depression // *Topics in Stroke Rehabilitation*. 2007. Vol. 14, N 3. P. 1–24. doi: 10.1310/tsr1403-1
21. Трошин В.Д., Густов А.В. Острые нарушения мозгового кровообращения. 3-е изд., перераб. Москва: Медицинское информационное агентство, 2006. 432 с.
22. Gaete J.M., Bogousslavsky J. Post-stroke depression // *Exp Rev Neurotherapeutics*. 2008. Vol. 8, N 1. P. 75–92. doi: 10.1586/14737175.8.1.75
23. Quimet M.A., Primeau F., Cole M.J. Psychosocial risk factors in poststroke depression: A systematic review // *Canadian J Psychiatry*. 2001. Vol. 46, N 9. P. 819–828. EDN: DQLNND doi: 10.1177/070674370104600905

24. Pohjasvaara T., Vataja R., Leppävuori A., et al. Depression is an independent predictor of poor long-term functional outcome post-stroke // *Eur J Neurol*. 2001. Vol. 8, N 4. P. 315–319. EDN: BAIDJX doi: 10.1046/j.1468-1331.2001.00182.x
25. Tinga A.M., Visser-Meily J.M., van der Smagt M.J., et al. Multisensory stimulation to improve low- and higher-level sensory deficits after stroke: A systematic review // *Neuropsychology Rev*. 2016. Vol. 26, N 1. P. 73–91. EDN: XJGCKI doi: 10.1007/s11065-015-9301-1
26. Балунов О.А., Лукина Л.В., Семенова Н.В., Ситник Л.И. Дифференциальная диагностика деменций и аффективных расстройств у лиц пожилого возраста в практике невролога: методические рекомендации. Санкт-Петербург, 2012. 36 с.
27. Бельская Г.Н., Лукьянчикова Л.В. Качество жизни, тревожно-депрессивное расстройство и когнитивные функции на фоне восстановительного лечения ишемического инсульта // *Саратовский научно-медицинский журнал*. 2017. Т. 13, № 1. С. 51–57. EDN: YPYFRT
28. Григорьева В.Н., Калинина С.Я., Нестерова В.Н., Сорокина Т.А. Оценка степени достижения целей в нейрореабилитации больных с инсультом // *Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева*. 2015. Т. 47, № 2. С. 52–57. EDN: TUFSLJ
29. Григорьева В.Н., Тхостов А.Ш. Психологическая помощь в неврологии. Нижний Новгород: Издательство Нижегородской государственной медицинской академии, 2009. 444 с.
30. Кислицын Ю.В., Конопаткина И.Ю., Фищева И.Н. Корреляционный анализ параметров неврологического дефицита и качества жизни больных, перенесших атеротромботический инсульт // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2017. Т. 117, № 1. С. 17–20. EDN: XXDSMZ doi: 10.17116/jnevro20171171117-20
31. Ермакова Н.Г. Психологическая коррекция самооотношения у больных с когнитивными нарушениями после инсульта // *Известия РГПУ им. А.И. Герцена*. 2014. № 167. С. 90–103. EDN: SGXDYP
32. Ермакова Н.Г. Психологическая реабилитация больных с последствиями инсульта в условиях восстановительного лечения: этапы и методы // *Международный научно-исследовательский журнал*. 2016. № 4–7. С. 114–119. EDN: VVTNYV doi: 10.18454/IRJ.2016.46.187
33. Ермакова Н.Г. Психологическая помощь больным с двигательными нарушениями после инсульта и их родственникам // *Международный научно-исследовательский журнал*. 2016 № 8–4. С. 43–47. EDN: PQSZOB doi: 10.18454/IRJ.2016.50.154
34. Вассерман Л.И., Абабков В.А., Трифонова Е.А. Совладание со стрессом: учебное пособие. Санкт-Петербург: Речь, 2010. 192 с.
35. Herrmann M., Curio N., Petz T., et al. Coping with illness after brain diseases: Comparison between patients with malignant brain tumors, stroke, Parkinson's disease and traumatic brain injury // *Disabil Rehabil*. 2000. N 22. P. 539–546. doi: 10.1080/096382800416788
36. Visser-Meily J.M., Rhebergen M.L., Rinkel G.J., et al. Long-term health-related quality of life after aneurysmal subarachnoid hemorrhage relationship with psychological symptoms and personality characteristics // *Stroke*. 2009. Vol. 40. P. 1526–1529. doi: 10.1161/STROKEAHA.108.531277
37. Rochette A., Desrosiers J. Coping with the consequences of a stroke // *Int J Rehabil Res*. 2002. Vol. 25, N 1. P. 17–24. doi: 10.1097/00004356-200203000-00003
38. Wei C., Gao J., Chen L., et al. Factors associated with post-stroke depression and emotional incontinence: Lesion location and coping styles // *Int J Neurosci*. 2016. Vol. 126, N 7. P. 623–629. doi: 10.3109/00207454.2015.1051045
39. Wolters G., Stapert S., Brands I. Coping styles in relation to cognitive rehabilitation and quality of life after brain injury // *Neuropsychol Rehabil*. 2010. N 20. P. 587–600. doi: 10.1080/09602011003683836
40. Backhaus S.L., Ibarra S.L., Trexler L.E. Brain injury coping skills group: A preventative intervention for patients with brain injury and their caregivers // *Arch Phys Med Rehabil*. 2010. Vol. 91. P. 840–848. doi: 10.1016/j.apmr.2010.03.015
41. Чупина В.Б., Попенко Н.В. Особенности мотивационной направленности внутренней картины болезни и уровня жизнестойкости у пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения в реабилитационном периоде // *Современные проблемы науки и образования*. 2016. № 6. С. 34. EDN: XIBDNV

REFERENCES

1. Skvortsova V.I. *School of Health. Life after stroke*. Moscow: GEOTAR-Media; 2008. 296 p. (In Russ.)
2. World Health Assembly, 45th Session [Internet]. *Disability prevention and rehabilitation*: Report of the Director-General. Geneva; 2015. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/182078>. Accessed: 03.06.2024.
3. Korolev AA, Sobolevskaya YA, Rudakova SM, et al. *Medical rehabilitation*: Textbook. Ed. by S.S. Aleksanin. Saint-Petersburg: Politekhnik-servis; 2014. 184 p. (In Russ.)
4. Mikhailov VA, Lukina LV, Balunov OA, et al. Therapy of non-psychotic psychiatric disorders in neurological practice. *V.M. Bekhterev Rev Psychiatry Med Psychol = Obzrenie psikiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M. Bekhtereva*. 2014;(4):100–105. EDN: TQUTRD
5. Shmonin AA, Maltseva MN, Melnikova EV, Ivanova GE. The biopsychosocial model of the patient stroke: The role of environmental factors in rehabilitation. *Consilium Medicum*. 2016;18(2-1):14–19. EDN: WBDESX
6. Patel AV, Shah SH, Patel K, et al. Prevalence of post-stroke anxiety and its association with sociodemographical factors, post-stroke depression, and disability. *Neuropsychiatry i Neuropsychologia*. 2018;13(2):43–49. doi: 10.5114/nan.2018.79604
7. Przewoźnik DA, Rajtar-Zembaty A, Starowicz-Filip A. The influence of cognitive, emotional and social factors on motivation for rehabilitation in patients after stroke. *Neuropsychiatry i Neuropsychologia*. 2015;10(2):64–68.
8. Kadykov AS, Manvelov LS, Shakhparonova NV. *Early clinical forms of vascular diseases of the brain: A guide for doctors*. Ed. by L.S. Manvelov, A.S. Kadykov. Moscow: GEOTAR-Media; 2014. 344 p. (In Russ.)
9. McCarthy M, Sucharew HJ, Alwell K, et al. Age, subjective stress, and depression after ischemic stroke. *J Behav Med*. 2016;39(1):55–64. EDN: HWBPYA doi: 10.1007/s10865-015-9663-0
10. Townend E, Tinson D, Kwan J, et al. 'Feeling sad and useless': An investigation into personal acceptance of disability and its association with depression following stroke. *Clin Rehabil*. 2010;(24):555–564. doi: 10.1177/0269215509358934

11. Kutlubaev MA, Mendelevich VD, Akhmadeeva LR. The problem of aggressive behavior after stroke. *Neurolog J = Nevrologicheskii zhurnal*. 2017;22(3):142–147. EDN: YTPGL doi: 10.18821/1560-9545-2017-22-3-142-147
12. Gusev EI, Bogolepova AN. *Depressive disorders of patients with cerebrovascular diseases*. 2nd ed. Moscow: MEDpress-inform; 2017. 208 p. (In Russ.)
13. Robinson RG. Poststroke depression: Prevalence, diagnosis, treatment, and disease progression. *Biological Psychiatry*. 2003;54(3):376–387. EDN: XQZOP doi: 10.1016/s0006-3223(03)00423-2
14. Petrova EA, Savina MA, Kontsevoi VA, Skvortsova VI. Clinical characteristics of post-stroke anxiety disorders. *Zhurnal neurologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova = S.S. Korsakov J Neurol Psychiatr*. 2012;112(9):12–16. EDN: PIVGLN
15. Savina MA. Poststroke depression. *Zhurnal neurologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova = S.S. Korsakov J Neurol Psychiatr*. 2005;105(7):67–77. EDN: HSBPRL
16. Savina MA. The problem of studying post-stroke depression. In: *Neurorehabilitation-2009: Materials of the First International Congress, Moscow, 2-3 June. Moscow; 2009. P. 3. (In Russ.)*
17. Savina MA, Petrova EA, Safarova TP. Prevention of post-stroke depression. *Farmateka = Pharmateca*. 2017;(19):92–95. EDN: ZVMVAF
18. Chukhlovina ML, Chukhlovin AA. Assessment of clinical manifestations and treatment of post-stroke depression in young patients with ischemic stroke. *Zhurnal neurologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova = S.S. Korsakov J Neurol Psychiatr*. 2018;118(3):52–55. EDN: YVPAZY doi: 10.17116/jnevro20181183152-55
19. Carod-Artal FJ, Egido JA. Quality of life after stroke: The importance of a good recovery. *Cerebrovascular Dis*. 2009;27(1):204–214. EDN: LSFHP doi: 10.1159/000200461
20. Salter K, Bhogal SK, Foley N, et al. The assessment of poststroke depression. *Topics Stroke Rehabil*. 2007;14(3):1–24. doi: 10.1310/tsr1403-1
21. Troshin VD, Gustov AV. *Acute disorders of cerebral circulation*. 3rd edition, revised. Moscow: Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo; 2006. 432 p. (In Russ.)
22. Gaete JM, Bogousslavsky J. Post-stroke depression. *Exp Rev Neurotherapeutics*. 2008;8(1):75–92. doi: 10.1586/14737175.8.1.75
23. Ouimet MA, Primeau F, Cole MJ. Psychosocial risk factors in poststroke depression: A systematic review. *Canadian J Psychiatry*. 2001;46(9):819–828. EDN: DQLNND doi: 10.1177/070674370104600905
24. Pohjasvaara T, Vataja R, Leppävuori A, et al. Depression is an independent predictor of poor long-term functional outcome post-stroke. *Eur J Neurol*. 2001;8(4):315–319. EDN: BAIDJX doi: 10.1046/j.1468-1331.2001.00182.x
25. Tinga AM, Visser-Meily JM, van der Smagt MJ, et al. Multisensory stimulation to improve low- and higher-level sensory deficits after stroke: A systematic review. *Neuropsychology Rev*. 2016;26(1):73–91. EDN: XJGCKI doi: 10.1007/s11065-015-9301-1
26. Balunov OA, Lukina LV, Semenova NV, Sitnik LI. *Differential diagnosis of dementia and affective disorders in the elderly in the practice of a neurologist: Methodological recommendations*. Saint Petersburg; 2012. 36 p. (In Russ.)
27. Belskaya GN, Lukyanchikova LV. Quality of life, anxiety-depressive disorders and cognitive functions on the background of rehabilitative period of ischemic stroke. *Saratov J Med Sci Res*. 2017;13(1):51–57. EDN: YPYFRT
28. Grigoreva VN, Kalinina SYa, Nesterova VN, Sorokina TA. Goal attainment scaling method in the neurorehabilitation of stroke patients. *Neurological Bulletin*. 2015;47(2):52–57. EDN: TUFSIJ
29. Grigoreva VN, Thostov AS. *Psychological care in neurology*. Nizhny Novgorod: Izdatel'stvo Nizhegorodskoi gosudarstvennoi meditsinskoi akademii; 2009. 444 p. (In Russ.)
30. Kislitsyn YuV, Konopatkina IYu, Fishcheva IN. The correlation analysis of parameters of neurological deficit and quality-of-life in the patients after atherothrombotic stroke. *Zhurnal neurologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova = S.S. Korsakov J Neurol Psychiatr*. 2017;117(1):17–20. EDN: XXDSMZ doi: 10.17116/jnevro2017117117-20
31. Ermakova NG. Psychological care of patients with cognitive impairment after stroke. *Izvestiya Rossiiskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta imeni A.I. Gertsena*. 2014;(167):90–103. EDN: SGXDYP
32. Ermakova NG. Psychological rehabilitation of patients with stroke in the process of rehabilitation treatment: Stages and methods. *Mezhdunarodnyi nauchno-issledovatel'skii zhurnal*. 2016;(4-7):114–119. EDN: VTNVYV doi: 10.18454/IRJ.2016.46.187
33. Ermakova NG. Psychological care of patients with movement disorders after stroke and their families. *Mezhdunarodnyi nauchno-issledovatel'skii zhurnal*. 2016;(8-4):43–47 EDN: PQSZOB doi: 10.18454/IRJ.2016.50.154
34. Vasserman LI, Ababkov VA, Trifonova EA. *Coping with stress: A training manual*. Saint Petersburg: Rech'; 2010. 192 p. (In Russ.)
35. Herrmann M, Curio N, Petz T, et al. Coping with illness after brain diseases: Comparison between patients with malignant brain tumors, stroke, Parkinson's disease and traumatic brain injury. *Disabil Rehabil*. 2000;22:539–546. doi: 10.1080/096382800416788
36. Visser-Meily JM, Rhebergen ML, Rinkel GJ, et al. Long-term health-related quality of life after aneurysmal subarachnoid hemorrhage relationship with psychological symptoms and personality characteristics. *Stroke*. 2009;40(4):1526–1529. doi: 10.1161/STROKEAHA.108.531277
37. Rochette A, Desrosiers J. Coping with the consequences of a stroke. *Int J Rehabil Res*. 2002;25(1):17–24. doi: 10.1097/00004356-200203000-00003
38. Wei C, Gao J, Chen L, et al. Factors associated with post-stroke depression and emotional incontinence: Lesion location and coping styles. *Int J Neurosci*. 2016;126(7):623–629. doi: 10.3109/00207454.2015.1051045
39. Wolters G, Stapert S, Brands I. Coping styles in relation to cognitive rehabilitation and quality of life after brain injury. *Neuropsychol Rehabil*. 2010;(20):587–600. doi: 10.1080/09602011003683836
40. Backhaus SL, Ibarra SL, Trexler LE. Brain injury coping skills group: A preventative intervention for patients with brain injury and their caregivers. *Arch Phys Med Rehabil*. 2010;91:840–848. doi: 10.1016/j.apmr.2010.03.015
41. Chupina VB, Popenko NV. The features of motivational direction of internal picture of disease and the level of vitality of patients with acute violations of cerebral circulation during the rehabilitation period. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya*. 2016;(6):34. EDN: XIBDNV

ОБ АВТОРАХ

*** Кузнецова Анна Мария Юрьевна;**

адрес: Россия, 117513, Москва, ул. Островитянова, д. 1, стр. 10;
ORCID: 0000-0001-8264-3314;
eLibrary SPIN: 3356-0516;
e-mail: kuznecova.am@fccps.ru

Гордеев Михаил Николаевич, д-р мед. наук,

канд. психол. наук, профессор;
ORCID: 0000-0002-5126-4132;
e-mail: gordeev.m@fccps.ru

Поляев Борис Борисович, канд. мед. наук, доцент;

ORCID: 0000-0002-7032-257X;
eLibrary SPIN: 6714-0595;
e-mail: polyaev@fccps.ru

Иванова Галина Евгеньевна, д-р мед. наук, профессор;

ORCID: 0000-0003-3180-5525;
eLibrary SPIN: 4049-4581;
e-mail: reabilivanova@mail.ru

Никитина Анна Алексеевна;

ORCID: 0009-0004-5586-4591;
e-mail: nikitina.a@fccps.ru

Галкина Ирина Рустэмовна;

ORCID: 0009-0006-1142-6770;
e-mail: ira.raximova@yandex.ru

Булатова Мария Анатольевна, канд. мед. наук, доцент;

ORCID: 0000-0002-7510-7107;
eLibrary SPIN: 5864-7146;
e-mail: inface@mail.ru

AUTHORS' INFO

*** Anna Maria Yu. Kuznetsova;**

address: 1/10 Ostrovityanova street, 117513 Moscow, Russia;
ORCID: 0000-0001-8264-3314;
eLibrary SPIN: 3356-0516;
e-mail: kuznecova.am@fccps.ru

Mikhail N. Gordeev, MD, Dr. Sci. (Medicine),

Cand. Sci. (Psychology), Professor;
ORCID: 0000-0002-5126-4132;
e-mail: gordeev.m@fccps.ru

Boris B. Polyayev, MD, Cand. Sci. (Medicine), Assistant Professor;

ORCID: 0000-0002-7032-257X;
eLibrary SPIN: 6714-0595;
e-mail: polyayev@fccps.ru

Galina E. Ivanova, MD, Dr. Sci. (Medicine), Professor;

ORCID: 0000-0003-3180-5525;
eLibrary SPIN: 4049-4581;
e-mail: reabilivanova@mail.ru

Anna A. Nikitina;

ORCID: 0009-0004-5586-4591;
e-mail: nikitina.a@fccps.ru

Irina R. Galkina;

ORCID: 0009-0006-1142-6770;
e-mail: ira.raximova@yandex.ru

Maria A. Bulatova, MD, Cand. Sci. (Medicine), Assistant Professor;

ORCID: 0000-0002-7510-7107;
eLibrary SPIN: 5864-7146;
e-mail: inface@mail.ru

* Автор, ответственный за переписку / Corresponding author