

Назметдинова Дилара Гамзатовна

аспирант кафедры генетической и клинической психологии, младший научный сотрудник лаборатории «Психология здоровья» Национального исследовательского Томского государственного университета, младший научный сотрудник неврологического отделения филиала Томского научно-исследовательского института курортологии и физиотерапии Сибирского федерального научно-клинического центра Федерального медико-биологического агентства

Обуховская Виктория Борисовна

соискатель кафедры генетической и клинической психологии, младший научный сотрудник лаборатории «Психология здоровья» Национального исследовательского Томского государственного университета, ассистент кафедры фундаментальной психологии и поведенческой медицины, эксперт Центра бережливых технологий в здравоохранении Сибирского государственного медицинского университета Министерства здравоохранения Российской Федерации

МИШЕНИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ В ПЕРИОД КОМПЕНСАЦИИ И РЕАДАПТАЦИИ [1]

Аннотация:

В статье представлены результаты эмпирического исследования, направленного на определение мишеней психологической реабилитации (тип отношения к болезни, проявления депрессии и тревоги, качество жизни, жизнестойкость) на разных этапах восстановительного лечения, необходимых для последующей разработки программ психологической коррекции постинсультных пациентов. Сбор эмпирического материала производился с использованием методик: «Тип отношения к болезни», «Госпитальная шкала тревоги и депрессии», «Краткая форма оценки здоровья SF-36», «Тест жизнестойкости». Статистическая обработка данных проводилась при помощи пакета SPSS с использованием корреляционного анализа. Выявлено, что 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 пациентов. Определено, что в период реадaptации мишенью реабилитации являются тревожный, ипохондрический и дисфорический типы, проявления депрессии и тревоги, вовлеченность и физический компонент качества жизни, которые могут быть компенсированы за счет жизненной активности, социального функционирования, контроля, принятия риска и психологического компонента качества жизни.

Ключевые слова:

реабилитация, ишемический инсульт, внутренняя картина болезни, депрессия, тревога, качество жизни, жизнестойкость, период компенсации, период реадaptации.

Nazmetdinova Dilara Gamzatovna

PhD student, Genetic and Clinical Psychology Department, Junior Research Fellow, Health Psychology Laboratory, Tomsk State University, Junior Research Fellow, Neurological Department, Tomsk Research Institute of Health Resort Medicine and Physiotherapy, branch of the Siberian Federal Research and Clinical Center of the Federal Medical and Biological Agency

Obukhovskaya Viktoria Borisovna

External PhD student, Genetic and Clinical Psychology Department, Junior Research Fellow, Health Psychology Laboratory, Tomsk State University, Assistant Professor, Department of Fundamental Psychology and Behavioral Medicine, Expert at Center for Healthcare Lean Technology, Siberian State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation

THE TARGETS FOR PSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF ISCHEMIC STROKE PATIENTS DURING THE COMPENSATION AND READAPTATION PERIODS [1]

Summary:

The paper presents the results of an empirical study aimed at determining the targets for psychological rehabilitation (the type of attitude to the disease, manifestations of depression and anxiety, quality of life, and hardiness) at different stages of rehabilitation treatment required for further development of the psychological correction programs for post-stroke patients. To collect empirical data, the authors applied the following techniques: Type of Attitude to the Disease, Hospital Anxiety and Depression Scale, The 36-Item Short Form Health Survey, and Hardiness Test. Statistical data were processed through the SPSS correlation analysis. The study reveals that during the compensation period within the rehabilitation process, it is necessary to maintain the harmonic, ergopathic, and anosognosic types of response to disease, the physical and psychological components of the quality of life, and the hardiness of patients. The research determines that during the readaptation period, the rehabilitation targets include the anxious, hypochondriac, and dysphoric types of response, the manifestations of depression and anxiety, the involvement and the physical component of the quality of life that can be compensated by vitality, social functioning, control and risk acceptance, and the psychological component of the quality of life.

Keywords:

rehabilitation, ischemic stroke, internal picture of the disease, depression, anxiety, quality of life, hardiness, compensation period, readaptation period.

Актуальность исследования

В мире каждый год отмечается до 16 млн новых случаев возникновения инсульта, причем ишемический тип встречается в 4 раза чаще геморрагического [2]. По данным Минздрава РФ за 2016 г., ежегодно в России возникают 450 000 инсультов, около трети заканчиваются летальным исходом. 70 % пациентов становятся инвалидами, и каждый пятый требует постоянного ухода, что приводит к огромным экономическим потерям (затраты на уход за постинсультными пациентами в России составляют порядка 361 млрд р. в год). Важно отметить, что инсульт приводит к существенному изменению физического, социального и психологического состояния пациента: частое сочетание неврологической и кардиологической патологии, наличие постинсультной депрессии [3], снижение мотивации к лечению, длительное пребывание в стационаре, что приводит к снижению качества жизни пациента, благоприятного реабилитационного прогноза.

Ряд авторов указывают на необходимость раннего начала реабилитационных мероприятий у постинсультных пациентов [4]. На сегодняшний день выделяют три основных периода реабилитации: 1-й – восстановление, его длительность в среднем составляет 21 день от начала заболевания (происходит восстановление нормальной деятельности нервных клеток головного мозга, находящихся в состоянии пониженной активности); 2-й – компенсация, продолжается до 1,5 месяцев от начала ишемического инсульта; 3-й – реадaptация, длится в среднем до 1–1,5 лет [5].

Современные исследования посвящены вопросу реабилитации пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения, однако в научной литературе понятие «реабилитация» зачастую сужается до рассмотрения исключительно медицинского аспекта: большую роль играют медикаментозная терапия, физиотерапия, массаж, кинезотерапия, улучшающие показатели когнитивной сферы и уменьшающие выраженность постинсультного двигательного дефекта [6]. Нельзя недооценивать значение психологической реабилитации, учитывающей индивидуально-личностные особенности пациента, его установки, отношение к своему заболеванию, информирование о возможностях адекватного существования в новых условиях [7]. Н.Г. Ермакова при исследовании пациентов с ОНМК обнаружила, что постинсультные пациенты переоценивают тяжесть своего заболевания, а также недооценивают свои возможности, что взаимосвязано с депрессивными реакциями на болезнь, препятствует принятию последствий болезни и является негативным фактором с точки зрения прогноза заболевания [8].

Реабилитационный потенциал представляет собой показатель, который позволяет оценить, с одной стороны, возможность восстановления последствий заболевания, с другой – способности самого организма [9].

К методам психологической диагностики реабилитационного потенциала пациента наряду с психологическим анамнезом и качественной оценкой нарушений его психической деятельности относят анализ внутренней картины болезни пациента (ВКБ) [10]. С точки зрения эффективности реабилитационного процесса ВКБ представляет собой ключевой аспект реабилитационного потенциала пациента, поскольку ее особенности, которые могут выступать мишенями интервенций, напрямую определяют прогноз, течение и исход болезни. ВКБ является сложным конструктом, который вне зависимости от многообразия трактовок отражает переживания и ощущения пациента в ответ на заболевание, лечение и последствия. По данным Е.В. Строковой, 50 % пациентов не выполняют рекомендации специалистов [11]. Подобный факт объясняется негативным влиянием неадаптивных вариантов ВКБ на реабилитационный процесс, что актуализирует необходимость исследования ресурсных возможностей личности, которые способны стать мишенями реабилитации. Ресурсами личности могут выступать ее базовые характеристики, такие как контроль, позволяющий преодолеть беспомощность в связи с заболеванием, вовлеченность в процесс реабилитации и жизни в целом, а также осознание и принятие риска. Подобные характеристики отражают жизнестойкость человека, которая позволяет пациенту совладать с последствиями заболевания [12].

В исследовании, проведенном Б.Б. Айсмондасом и М.А. Одинцовой, подтверждается взаимосвязь реабилитационного потенциала и жизнестойкости пациентов [13]. В статье Е.В. Елфиновой указывается на нехватку исследований, посвященных проблеме приверженности лечению и ее взаимосвязи с ВКБ и качеством жизни [14]. С.Л. Соловьева доказала, что качество жизни является тем фактором, который приводит к затруднению реабилитационного процесса за счет самостигматизации пациента [15]. Необходимость учета эмоциональной сферы индивида в виде проявлений тревоги и депрессии обуславливается ее негативным влиянием на восстановление пациента, его инвалидизацией, а также снижением качества жизни.

Цель исследования – определение мишеней психологической реабилитации (тип отношения к болезни, проявления депрессии и тревоги, качество жизни, жизнестойкость) на разных этапах восстановительного лечения, необходимых для последующей разработки программ психологической коррекции постинсультных пациентов.

Материал и методы исследования

Описание выборки. Исследование проводилось на базе неврологических отделений филиала Томского научно-исследовательского института курортологии и физиотерапии Сибирского

федерального научно-клинического центра Федерального медико-биологического агентства и Сибирского государственного медицинского университета Министерства здравоохранения Российской Федерации. Всего обследовано 45 человек в возрасте от 60 до 75 лет. Все пациенты были поделены на 2 группы: 1-я группа – 25 пациентов, проходивших курс реабилитации в период компенсации (I63 – Ранний восстановительный период после перенесенного острого первичного или повторного нарушения мозгового кровообращения ишемического характера); 2-я группа – 20 пациентов в период реадaptации (I69 – Период последствий острого первичного или повторного нарушения мозгового кровообращения по ишемическому типу).

Было проведено психодиагностическое исследование с применением следующих методик.

1. «Тип отношения к болезни» (Л.И. Вассерман, А.Я. Вукс, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова, 1987) – для диагностики 12 типов отношения к болезни на основании информации о ряде жизненных проблем и ситуаций: отношение к болезни, к ее лечению, врачам и медперсоналу, родным и близким, окружающим, работе, одиночеству, будущему, а также самооценка самочувствия, настроения, сна и аппетита.

2. «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (А.С. Зигмонд, Р. Снейт, 1983) – для скринингового выявления и оценки тяжести тревоги и депрессии у пациентов.

3. «Краткая форма оценки здоровья SF-36» (Дж. Уэйр, 1992) – для оценки качества жизни, связанного с физическим и психологическим здоровьем.

4. «Тест жизнестойкости» (С. Мадди, 1984) – для выявления убеждений о мире, отношениях с миром и о себе, определяющих вовлеченность, контроль и принятие риска. Статистическая обработка данных проводилась при помощи пакета SPSS с использованием корреляционного анализа (критерий Спирмена). Проверка на нормальность осуществлялась с помощью критерия Колмогорова – Смирнова.

Обсуждение результатов

Определены преобладающие типы отношения к болезни, проявления депрессии и тревоги, физический и психологический компоненты качества жизни, показатели жизнестойкости как отражение внутренней картины болезни пациентов на этапе компенсации и реадaptации.

Для большинства постинсультных пациентов (76 %) на этапе компенсации комплексной реабилитации характерно стремление преодолеть заболевание с сохранением активного функционирования без отчетливых проявлений психической и социальной дезадаптации: у 36 % респондентов был диагностирован эргопатический, у 24 % – анозогнозический и у 16 % гармоничный типы отношения к болезни. Пациенты данной группы не принимают «роль больного» и стремятся сохранить активное социальное функционирование.

В период реадaptации у 80 % пациентов с последствиями инсульта преобладает интрапсихическая направленность дезадаптации, при которой эмоциональная сфера пациентов проявляется в подавленном и угнетенном состоянии, реакциях по типу раздражительной слабости, неверия в успех лечения с последующим отказом от «борьбы». Большая часть респондентов (40 %) проявляет тревожность и повышенный интерес к объективным данным касательно заболевания, тогда как пациенты с ипохондрическим типом (30 %) – к субъективным ощущениям с преувеличением и «выискиванием» симптоматики. Помимо подобного ипохондрического реагирования у части пациентов (20 %) отмечаются вспышки озлобленности и деспотическое отношение к близким (смешанный ипохондрически-дисфорический тип).

В ходе исследования эмоциональной сферы внутренней картины болезни было выявлено, что у 40 % постинсультных пациентов в период компенсации отмечается отсутствие депрессивной симптоматики, у 16 % респондентов – субклинически выраженные симптомы, у 44 % – легкая степень депрессии. Возможно, это объясняется ранним началом реабилитационных мероприятий, быстрым купированием симптомов острого инсульта, предотвращением серьезных последствий заболевания, как результат – оптимистичный настрой на лечение и благоприятный исход реабилитации. На этапе реадaptации клинически выраженные симптомы депрессии и тревоги выявлены у 70 % респондентов. Для них характерны утрата интереса к деятельности и жизни, снижение мотивации, а также повышенная тревожность в отношении своего состояния и будущего в целом, что обусловлено влиянием специфичной неврологической патологии на возможность функционирования в социуме.

Почти 30 % постинсультных пациентов в период компенсации испытывают физические ограничения при ходьбе, подъеме по лестнице и самообслуживании. Это связано с остаточным проявлением болевого синдрома в связи с коротким временным промежутком от момента купирования острых симптомов инсульта до начала реабилитационных мероприятий.

На ранних этапах реабилитации пациенты в целом высоко оценивают свое общее состояние здоровья, у них преобладают положительные эмоции и оптимистичный настрой на лечение (у 78 % испытуемых диагностировались высокие показатели по шкалам «Общее состояние здоровья», «Жизненная активность» и «Психическое здоровье»).

В период реадaptации пациенты с последствиями инсульта также не испытывают существенных затруднений в самообслуживании, подъеме, ходьбе, поднятии тяжестей и пр. (100 % –

средние значения физического функционирования), но отмечают негативное влияние физического состояния здоровья и наличие болевых ощущений при выполнении повседневных обязанностей (40 % – низкий и пониженный показатель ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием; 80 % – низкий и пониженный показатель интенсивности боли). Наиболее сохранно восприятие своего общего состояния здоровья, которое помогает больным не фиксироваться на болезненном процессе (60 % – высокий показатель). При рассмотрении психического компонента качества жизни преобладают средние и повышенные показатели жизненной активности и социального функционирования (по 50 %), при которых респонденты не ощущают существенного влияния эмоций на ограничение социальных контактов, у большинства преобладают положительные эмоции (психологическое здоровье). Несмотря на это, у 30 % отмечается снижение качества и объема повседневной деятельности. В целом физический компонент качества жизни снижен у 85 % пациентов, тогда как психический – у 10 %.

Постинсультные пациенты в период компенсации характеризуются высокими показателями по всем шкалам методики жизнестойкости: у 64 % пациентов диагностируются высокие показатели по шкале «Вовлеченность», у 60 % – по шкалам «Контроль» и «Риск». Согласно С. Мадди, именно выраженность всех трех компонентов жизнестойкости очень важна для сохранения здоровья и оптимального уровня работоспособности и активности в стрессогенных условиях. В данном случае высокие показатели жизнестойкости характеризуют способность пациента выдерживать стрессовые ситуации, сохраняя внутреннюю сбалансированность и эффективность мышления, что, в свою очередь, обеспечивает успешность поведения и реабилитации. В период реадaptации для 42,5 % пациентов с последствиями инсульта характерен низкий уровень вовлеченности, что ведет к отсутствию удовольствия от жизни, деятельности и переживанию отвергнутости (вовлеченность). Несмотря на низкие значения вовлеченности, в отношении контроля (90 %) и принятия риска (92,5 %) большая часть пациентов демонстрируют средние значения, т. е. принимают как позитивный, так и негативный опыт, считая, что это способствует развитию (принятие риска), и способны сами выбирать деятельность и влиять на ее результат (контроль).

Для конкретизации и объективизации мишеней психологической реабилитации следующим этапом эмпирического исследования стало определение корреляционных связей между следующими показателями: типы отношения к болезни, проявления депрессии и тревоги, физический и психологический компоненты качества жизни, показатели жизнестойкости.

Как уже было отмечено ранее, согласно данным описательной статистики, у постинсультных пациентов на этапе компенсации не была выявлена депрессивная симптоматика, как следствие, у пациентов отмечаются жизненная активность, повышенный фон настроения, отсутствуют ограничения в выполнении физических нагрузок, что подтверждается отрицательными корреляциями между показателями депрессии и шкалами SF-36 «Физическое функционирование» ($r = -0,747$ при $p \leq 0,01$), «Жизненная активность» ($r = -0,727$ при $p \leq 0,01$), и «Психическое здоровье» ($r = -0,719$ при $p \leq 0,01$). Коэффициент корреляции между шкалой «Вовлеченность» и эргопатическим типом отношения к болезни составляет 0,621 при уровне значимости $p \leq 0,01$, а с апатическим типом отношения к болезни $-0,704$ при $p \leq 0,01$. Это указывает на стремление постинсультных больных сохранить свой социальный и профессиональный статус (для работающих пациентов) с возможностью продолжения активной деятельности в прежнем качестве. С этой целью пациенты данной группы более ответственно относятся к назначенным реабилитационным процедурам.

На основе корреляционного анализа между показателями жизнестойкости и шкалами SF-36 у постинсультных пациентов в период реадaptации были получены достоверные результаты: показатель «Интенсивность боли» коррелирует со шкалой «Контроль» ($r = 0,584$ при $p \leq 0,01$), «Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» коррелирует с показателями «Вовлеченность» и «Контроль» ($r = 0,805$, $r = -0,726$ при $p \leq 0,01$), коэффициент корреляции шкалы «Контроль» со шкалой «Психологический компонент здоровья» составил $-0,628$ при уровне значимости $p \leq 0,01$. «Психическое здоровье» имеет отрицательную корреляцию со шкалой «Контроль» жизнестойкости: $-0,690$ при $p \leq 0,01$.

Наличие тревожности, депрессивной симптоматики у постинсультных пациентов в период реадaptации приводит к ощущению собственной беспомощности, неверию в благоприятный исход заболевания, особенно в случае влияния болезни на возможность полноценного выполнения повседневной деятельности. При этом пациенты не проявляют поведения по типу «раздражительной слабости», а, скорее, наоборот, погружаются в свои тревожные и депрессивные переживания, о чем свидетельствует значимая отрицательная корреляция между показателями тревоги и депрессии с неврастеническим типом отношения к болезни ($r = -0,580$, $r = 0,685$ при $p \leq 0,01$). Была выявлена отрицательная корреляция между шкалой «Физическое функционирование» и эгоцентрическим типом отношения к болезни ($r = -0,565$ при $p \leq 0,01$). При средних значениях физического функционирования (согласно данным описательной статистики) постинсультные пациенты на этапе реадaptации не склонны демонстрировать близким и окружающим свои страдания и переживания с целью вызвать сочувствие, заботу и внимание. «Физический компонент здоровья» отрицательно коррелирует с ипохондрическим типом отношения к болезни ($r = -0,644$ при $p \leq 0,01$), что

свидетельствует об отсутствии у пациентов существенных ограничений в самообслуживании, подъеме, ходьбе, и, как результат, они не акцентируют внимание на неприятных, возможно болезненных ощущениях, выполняют назначенное лечение и процедуры. Согласно показателям корреляционного анализа, шкала «Общее состояние здоровья» коррелирует с гармоничным ($r = 0,493$ при $p \leq 0,05$) и анозогнозическим ($r = 0,696$ при $p \leq 0,05$) типами отношения к заболеванию. Пациенты либо адекватно оценивают свое состояние на текущий момент и стараются содействовать успеху лечения как самостоятельно, так и совместно с врачами и клиническими психологами, либо отрицают последствия заболевания, что затрудняет реабилитационный процесс.

Заключение

Анализ результатов показал, что при разработке индивидуальной программы психологической реабилитации для пациентов в период компенсации на передний план выходит поддержание адаптивных вариантов ВКБ. Раннее начало реабилитационных мероприятий действительно играет большую роль в восстановлении пациента: своевременно проведенная медикаментозная терапия, массаж, ЛФК, бальнеолечение, физиотерапия приводят к полному регрессу неврологического дефицита, устранению депрессивной и тревожной симптоматики, болевого синдрома, частичной или полной компенсации утраченных в результате ОНМК функций, повышению мотивации к выздоровлению.

При разработке индивидуальной программы психологической реабилитации для пациентов в период реадaptации 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. Причем психологические интервенции должны проходить не параллельно с медицинскими реабилитационными мероприятиями, а немного предвосхищая их. Благодаря курсу психокоррекции или психологического консультирования пациент будет «настроен» на реабилитационные мероприятия, что, в свою очередь, приведет к положительному эффекту комплексного восстановления.

По итогам исследования можно сделать следующие **выводы**.

1. Большинство пациентов в период компенсации демонстрируют эргопатический тип отношения к заболеванию, главным принципом которого является «уход от болезни в деятельность». С одной стороны, при эргопатическом типе психическая социальная адаптация существенно не нарушается, но с другой – подобный «уход» в работу/дела частично или полностью приводит к отрицанию факта заболевания, что может существенно сказаться на дальнейшем курсе реабилитации/лечения.

2. 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 пациентов.

3. Большинство пациентов в период реадaptации демонстрируют отсутствие мотивации к выздоровлению, неверие в благоприятный исход восстановления, что указывает на необходимость психологической коррекции ВКБ на всех уровнях (сензитивном, эмоциональном, интеллектуальном и мотивационном).

4. В период реадaptации мишенью реабилитации являются тревожный, ипохондрический и дисфорический типы, проявления депрессии и тревоги, вовлеченность и физический компонент качества жизни, которые могут быть компенсированы за счет жизненной активности, социального функционирования, контроля и принятия риска и психологического компонента качества жизни.

Ссылки и примечания:

1. Исследование выполнено при поддержке Российского фонда фундаментальных исследований, проект № 18-013-00937 «Биопсихосоциальный подход в реабилитации пациентов с цереброваскулярными заболеваниями: интегративная медико-психологическая модель оценки здоровья».
2. Дамулин И.В., Екушева Е.В. Инсульт и нейропластичность // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2014. № 12. С. 136–142. <https://doi.org/10.17116/jnevro2014114121136-142>.
3. Максимова М.Ю., Хохлова Т.Ю., Суанова Е.Т. Постинсультная депрессия как частая медико-социальная проблема // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2016. № 3. С. 96–103. <https://doi.org/10.17116/jnevro20161163196-103>; Парфенов В.А. Постинсультная депрессия: распространенность, патогенез, диагностика и лечение // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2012. Т. 4, № 4. С. 84–88. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2012-428>; Чухловина М.П., 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. № 3. С. 52–55. <https://doi.org/10.17116/jnevro20181183152-55>.
4. Ковальчук В.В., Богатырева М.Д., Минуллин Т.И. Современные аспекты реабилитации больных, перенесших инсульт // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2014. № 6. С. 101–105; Кулишова Т.В., Шинкоренко О.В. Эффективность ранней реабилитации больных с ишемическим инсультом // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2014. № 6. С. 9–12.
5. Маркин С.П. Современный взгляд на проблему реабилитации постинсультных больных // Вестник восстановительной медицины. 2005. № 1. С. 28–30.
6. Мельникова Е.А. Особенности применения транскраниальной магнитотерапии и электростимуляции у больных с различными типами инсульта // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2015. № 5.

- C. 12–17. <https://doi.org/10.17116/kurort2015512-17> ; Современные возможности организации реабилитации пациентов после инсульта / Е.П. Баранцевич, В.В. Ковальчук, Д.А. Овчинников, Ю.В. Стурова // Артериальная гипертензия. 2015. Т. 21, № 2. С. 206–217. <https://doi.org/10.18705/1607-419x-2015-21-2-206-217> ; Chang W.H., Kim Y.H. Robot-assisted Therapy in Stroke Rehabilitation // *Journal of Stroke*. 2013. Vol. 15, no. 3. P. 174–181. <https://doi.org/10.5853/jos.2013.15.3.174> ; Rehabilitation of Hemiparesis after Stroke with a Mirror / E.L. Altschuler, S.B. Wisdom, L. Stone, C. Foster, D. Galasko, D.M. Llewellyn, V.S. Ramachandran // *The Lancet*. 1999. Vol. 353, iss. 9169. P. 2035–2036. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(99\)00920-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(99)00920-4).
7. Therapy-based Rehabilitation Services for Patients Living at Home More than One Year after Stroke / N.A. Aziz, J. Leonardi-Bee, M.F. Phillips, J. Gladman, L.A. Legg, M. Walker // *Cochrane Library*. 2008. Apr. 23. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd005952.pub2>.
 8. Ермакова Н.Г. Психологическая коррекция в реабилитации больных с выраженными двигательными и когнитивными нарушениями после инсульта // *Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена*. 2010. № 128. С. 83–92.
 9. Чижова В.М., Кардаш О.И. Содержание реабилитационного потенциала постинсультных пациентов как основа ресоциализации // Социальные аспекты здоровья населения : электрон. науч. журн. 2017. <https://doi.org/10.21045/2071-5021-2017-53-1-5>.
 10. О штатных нормативах учреждений, оказывающих психиатрическую помощь : приказ МЗ РФ от 13 февр. 1995 г. № 27 ; Положение об организации деятельности медицинского психолога, участвующего в оказании психотерапевтической помощи : приказ МЗ РФ от 16 сент. 2003 г. № 438.
 11. Строчкова Е.В., Наумова Е.А., Шварц Ю.Г. Влияние внутренней картины болезни, копинг-стратегий и самооотношения пациенток, перенесших инфаркт миокарда, на регулярность и приверженность к длительной терапии ишемической болезни сердца // *Современные исследования социальных проблем : электрон. науч. журн.* 2012. № 1. С. 1169–1190.
 12. Будакова А.В., Сметанова Ю.В., Богомаз С.А. Психологическая безопасность как условие развития личностного потенциала // *Вестник Томского государственного университета*. 2010. № 338. С. 156–159 ; Одицова М.А. Психология жизнестойкости : учеб. пособие. М., 2015. 296 с.
 13. Айсмонтас Б.Б., Одицова М.А. Социально-психологическое сопровождение студентов с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья // *Психологическая наука и образование*. 2017. Т. 22, № 1. С. 71–80. <https://doi.org/10.17759/pse.2017220109>.
 14. Елфимова Е.В., Елфимов М.А. Личность и болезнь: «внутренняя картина болезни», качество жизни и приверженность // *Заместитель главного врача*. 2009. № 11. С. 18–25.
 15. Соловьева С.П. Самостигматизация как фактор превращения личности здорового в личность больного // *Неврологический вестник*. 2017. Т. XLIX, вып. 1. С. 49–56.

References:

- Aismontas, BB & Odintsova, MA 2017, 'Social Psychological Support of Students with Disabilities', *Psychological Science and Education*, vol. 22, no. 1, pp. 71-80. <https://doi.org/10.17759/pse.2017220109>.
- Altschuler, EL, Wisdom, SB, Stone, L, Foster, C, Galasko, D, Llewellyn, DM & Ramachandran, VS 1999, 'Rehabilitation of Hemiparesis after Stroke with a Mirror', *The Lancet*, vol. 353, iss. 9169, pp. 2035-2036. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(99\)00920-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(99)00920-4).
- Aziz, NA, Leonardi-Bee, J, Phillips, MF, Gladman, J, Legg, LA & Walker, M 2008, 'Therapy-based Rehabilitation Services for Patients Living at Home More than One Year after Stroke', *Cochrane Library*, April 23. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd005952.pub2>.
- Barantsevich, ER, Kovalchuk, VV, Ovchinnikov, DA & Sturova, YuV 2015, 'Modern Aspects of Organization of Rehabilitation in Stroke Patients', *Arterial Hypertension*, vol. 21, no. 2, pp. 206-217. <https://doi.org/10.18705/1607-419x-2015-21-2-206-217>.
- Budakova, AV, Smetanova, YuV & Bogomaz, SA 2010, 'Psychological Security as a Prerequisite for the Development of Personal Potential', *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta*, no. 338, pp. 156-159, (in Russian).
- Chang, WH & Kim, YH 2013, 'Robot-assisted Therapy in Stroke Rehabilitation', *Journal of Stroke*, vol. 15, no. 3, pp. 174-181. <https://doi.org/10.5853/jos.2013.15.3.174>.
- Chizhova, VM & Kardash, OI 2017, 'Rehabilitation Potential of Post-Stroke Patients as Basis for Resocialization', *Social Aspects of Population Health*. <https://doi.org/10.21045/2071-5021-2017-53-1-5>.
- Chukhlovina, ML & Chukhlovina, AA 2018, 'Assessment of Clinical Manifestations and Treatment of Post-Stroke Depression in Young Patients with Ischemic Stroke', *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova*, no. 3, pp. 52-55. <https://doi.org/10.17116/jnevro20181183152-55>.
- Damulin, IV & Ekusheva, EV 2014, 'Stroke and Neuroplasticity', *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova*, no. 12, pp. 136-142. <https://doi.org/10.17116/jnevro2014114121136-142>.
- Elfimova, EV & Elfimov, MA 2009, 'Personality and Illness: Internal Picture of the Disease, Quality of Life and Commitment', *Zamestitel' glavnogo vracha*, no. 11, pp. 18-25, (in Russian).
- Ermakova, NG 2010, 'Psychological Correction in Rehabilitation of Patients with Severe Motor and Cognitive Impairment after a Stroke', *Izvestiya Rossiyskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta im. A.I. Gertsena*, no. 128, pp. 83-92, (in Russian).
- Kovalchuk, VV, Bogatyreva, MD & Minullin, TI 2014, 'Current Aspects of Rehabilitation of Stroke Patients', *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova*, no. 6, pp. 101-105, (in Russian).
- Kulishova, TV & Shinkorenko, OV 2014, 'The Effectiveness of Early Rehabilitation of Ischemic Stroke Patients', *Voprosy kurortologii, fizioterapii i lechebnoy fizicheskoy kul'tury*, no. 6, pp. 9-12, (in Russian).
- Markin, SP 2005, 'Modern View on the Problem of Rehabilitation of Post-Stroke Patients', *Vestnik vosstanovitel'noy meditsiny*, no. 1, pp. 28-30, (in Russian).
- Maximova, MYu, Chochlova, TYu & Suanova, ET 2016, 'Poststroke Depression – a Common Medical and Social Problem', *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova*, no. 3, pp. 96-103. <https://doi.org/10.17116/jnevro20161163196-103>.
- Melnikova, EA 2015, 'The Peculiarities of the Application of Transcranial Magnetic Therapy and Electrical Stimulation for the Treatment of the Patients Presenting with Various Types of Stroke', *Voprosy kurortologii, fizioterapii i lechebnoy fizicheskoy kul'tury*, no. 5, pp. 12-17. <https://doi.org/10.17116/kurort2015512-17>.
- Odintsova, MA 2015, *Psychology of Hardiness*, study guide, Moscow, 296 p., (in Russian).
- Parfenov, VA 2012, 'Poststroke Depression: Prevalence, Pathogenesis, Diagnosis, and Treatment', *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*, vol. 4, no. 4, pp. 84-88. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2012-428>.
- Solovyova, SL 2017, 'Self-Stigmatization as a Factor in the Transformation of a Healthy Person into a Patient's Personality', *Neurologicheskiy vestnik*, vol. XLIX, iss. 1, pp. 49-56, (in Russian).
- Strokovaya, EV, Naumova, EA & Schwartz, YuG 2012, 'Impact of the Internal Picture of the Disease, Coping Strategies and Self-Attitude of Myocardial Infarction Patients on Adherence to Long-Term Treatment of Coronary Heart Disease and Its Regularity', *Sovremennyye issledovaniya sotsial'nykh problem: elektron. nauch. zhurn.*, no. 1, pp. 1169-1190, (in Russian).