Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева, 2022, Т. 56, № 1, с. 54-62, http//doi.org/10.31363/2313-7053-2022-56-1-54-62

V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology, 2022, T. 56, no 1, pp. 54-62, http//doi.org/10.31363/2313-7053-2022-56-1-54-62

Психоневрологическая диагностика пациентов в остром периоде ишемического инсульта

Оригинальная статья

Тынтерова А.М.[1], Перепелица С.А.[1,2], Скалин Ю.Е.[1], Реверчук И.В.[1], Тихонова О.А.[1], Гришина А.А.[1]
[1]Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта, Калининград, Россия,
[2]Научно-исследовательский институт общей реаниматологии имени В.А. Неговского «Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии», Москва, Россия

Резюме. **Цель исследования** — установить степень выраженности когнитивных, психоэмоциальных, мотивационных и поведенческих расстройств у пациентов в остром периоде ишемического инсульта. **Материалы и методы исследования**. В исследовани**е** включено 60 пациентов первичного сосудистого отделения с диагнозом «Ишемический инсульт». По исходной выраженности неврологического дефицита согласно национальной шкале инсульта (NIHSS), пациенты были разделены на две группы: 1 группа — 30 пациентов с баллом по NIHSS от 0 до 8 баллов, что соответствовало легкому неврологическому дефициту, 2 группа — 30 пациентов с баллом по NIHSS от 9 до 15 баллов, что соответствовало среднему и среднетяжелому неврологическому дефициту. На 7 сутки болезни проводились исследования когнитивного статуса по Монреальской шкале; оценка уровня дистресса, депрессии, тревоги и соматизации по четырехмерному опроснику; оценка астении по шкале MFI–20; исследование уровня субъективного контроля с помощью шкалы Роттера, оценка личностной мотивационной сферы по тесту Сонди. **Результаты**. В исследовании установлено, что в остром периоде острого нарушения мозгового кровообращения депрессия и когнитивные нарушения преобладают у больных со средним и среднетяжелым неврологическим дефицитом. Для пациентов с легким неврологическим дефицитом характерен умеренный уровень соматизации, психической и физической астении, низкий уровень самоконтроля в отношении здоровья, приверженности к лечению и мотивации к выздоровлению. **Заключение.** Показана целесообразность включения в раннюю диагностику пациентов с ОНМК оценку психоэмоциональных факторов и личностных ресурсов больного в отношении болезни и выздоровления. Наряду с неврологическим дефицитом необходимо оценивать когнитивный, эмоциональный и мотивационный уровни «внутренней картины болезни». Это позволит определить основные компенсационные и адаптационные возможности пациента и выработать индивидуальные стратегии восстановительного лечения.

***Ключевые слова*:** ишемический инсульт, психоэмоциональные расстройства, мотивационная сфера личности, когнитивные нарушения, восстановительный потенциал, приверженность к лечению

Информация об авторах:
Тынтерова Анастасия Михайловна — e-mail: antynterova@mail.ru; https://orcid.org/0000-0003-1743-4713
Перепелица Светлана Александровна — e mail: SPerepelitsa@kantiana.ru; https://orcid.org/0000-0002-4535-9805
Скалин Юрий Евгеньевич — e-mail: iskalin@kantiana.ru; https://orcid.org/0000-0001-5504-0307
Реверчук Игорь Васильевич — e-mail: igor7272igor@gmail.com; https://orcid.org/0000-0002-3498-9094
Тихонова Ольга Алексеевна — e-mail:offelia78@mail.ru;https://orcid.org/0000-0002-1796-0193
Гришина Анастасия Алексеевна — e-mail: maybenastyaa@gmail.com; https://orcid.org/0000-0001-7571-4815

Как цитировать: Тынтерова А.М., Перепелица С.А., Скалин Ю.Е., Реверчук И.В., Тихонова О.А., Гришина А.А. Психоневрологическая диагностика пациентов в остром периоде ишемического инсульта. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева.* 2022; 56:1:54-62. http//doi.org/10.31363/2313-7053-2022-1-54-62

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

Neuropsychological diagnosis in the acute period of ischemic stroke

Research article

Tynterova AM[1], Perepelitsa SA[1, 2], Skalin YuE[1], Reverchuk IV[1], Tikhonova OA[1], Grishina AA[1]
[1]Imannuel Kant Baltic Federal University, Kaliningrad, Russia,
[2]V. A. Negovsky Research Institute of General Reanimatology, Federal Research and Clinical Center of Intensive Care Medicine and Rehabilitology, Moscow, Russia

Автор, ответственный за переписку: Тынтерова Анастасия Михайловна — e-mail: antynterova@mail.ru

Corresponding author: Anastasia M. Tynterova — e-mail: antynterova@mail.ru

Summary. **The aim of the study** — to establish the severity of cognitive, psychoemotional, motivational and behavioral disorders in patients after acute period of ischemic stroke.

Materials and methods. The study included 60 patients with a diagnosis of ischemic stroke. Depending on severity of neurological deficit according to the national stroke scale (NIHSS), patients were divided into two groups: group 1 — 30 patients with an NIHSS score of 0 to 8, associated with mild neurological deficit, group 2 — 30 patients with an NIHSS score of 9 to 15, associated with moderate neurological deficits. The study was conducted on the 7th day of treatment and included: assessment of the cognitive status according to the Montreal Cognitive Assessment scale; assessment of the level of distress, depression, anxiety and somatization using the Four Dimensional Symptom Questionnaire; assessment of mental and physical asthenia according to the MFI-20 scale, level of self-control using the Rotter's Locus of Control Scale and assessment of the personality and the familial unconscious in Szondi's test. **Results.** The study established the prevalence of depression and cognitive impairment in patients with moderate neurological deficits. Patients with mild neurological deficits are characterized by a moderate level of somatization, mental and physical asthenia, a low level of self-control in relation to health, low adherence to treatment and poor motivation to recover. **Conclusion.** The results of the study indicate the need inclusion of assessment of psychoemotional factors and personal resources of the patient in relation to illness and recovery in early diagnosis of patients with stroke. Along with neurological deficits, it is necessary to assess the cognitive, emotional and motivational levels of the "internal picture of the disease". This can help determine the patient's basic compensatory and adaptive capabilities and develop individual rehabilitation strategies.

***Key words*:** ischemic stroke, psychoemotional disorders, motivational personality sphere, cognitive impairment, rehabilitation potential, adherence to treatment

Information about the authors:
Anastasya M. Tynterova. — e-mail: antynterova@mail.ru; https://orcid.org/0000-0003-1743-4713
Svetlana. A. Perepelitsa — e mail: SPerepelitsa@kantiana.ru; https://orcid.org/0000-0002-4535-9805
Yuriy E. Skalin — e-mail: iskalin@kantiana.ru; https://orcid.org/0000-0001-5504-0307
Igor V. Reverchuk — e-mail: igor7272igor@gmail.com; https://orcid.org/0000-0002-3498-9094
Olga A. Tikhonova — e-mail:offelia78@mail.ru;https://orcid.org/0000-0002-1796-0193
Anastasya A. Grishina — e-mail: maybenastyaa@gmail.com; https://orcid.org/0000-0001-7571-4815

To cite this article: Tynterova AM, Perepelitsa SA, Skalin YuE, Reverchuk IV, Tikhonova OA, Grishina AA. Neuropsychological diagnosis in the acute period of ischemic stroke. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology.* 2022; 56:1:54-62. http//doi.org/10.31363/2313-7053-2022-1-54-62.

The authors declare no conflicts of interest.

Инсульт является глобальной проблемой мирового и отечественного здравоохранения. Ежегодная заболеваемость острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) в мире составляет 0,2%. В мировом сообществе активно разрабатываются и применяются современные методы лечения этого заболевания, в результате чего значительно увеличилась выживаемость пациентов. Но, остается проблема последующего качества жизни, по данным отечественных и зарубежных источников от 30% до 50% пациентов имеют остаточные неврологические нарушения различной степени выраженности, от легких форм до глубокой инвалидности [4, 15, 18, 23]. Это обусловливает пересмотр основных детерминант, составляющих концепцию лечения, которое будет влиять на качество жизни пациентов, перенесших инсульт. У значительного числа пациентов ведущим фактором инвалидизации является полиморфизм двигательных расстройств, который связан с дисфункцией различных звеньев системы регуляции движения [6, 13, 25]. Другой группой функциональных нарушений, широко представленной среди пациентов с ишемическим инсультом (ИИ) и затрудняющих реабилитацию, являются расстройства высших психических функций. Эмоциональные, физические, социальные и психологические аспекты личности играют одну из главных ролей в успешной реабилитации. В их число входят когнитивные нарушения, а также расстройства, затрагивающие эмоциональную, мотивационную и личностную сферы пациента, что обусловливает целесообразность равнозначной ориентации реабилитационных стратегий не только на двигательную реабилитацию, но и на нейропсихологические аспекты. Это позволит разработать принципиально новые методики для формирования индивидуальных подпрограмм психологической реабилитации и, тем самым, расширить ресурсы восстановительного потенциала пациентов с ОНМК [2, 10, 14, 20, 21].

Современная ранняя реабилитация инсульта базируется на таких аспектах, как степень выраженности неврологического дефицита, постинсультная депрессия и когнитивные нарушения [17]. Однако, перспективы восстановления пациентов и их дальнейшая адаптация к состоянию болезни зависят также от ряда индивидуальных психологических проактиваторов здоровья, изучению которых в настоящее время уделяется недостаточно внимания. Личностные детерминанты, такие как интернальность (самоконтроль), самоэффективность и мотивационные потребности во многом определяют успех восстанови-

тельного лечения пациентов, перенесших ОНМК [1, 3, 7].

Низкий уровень самоконтроля (локус контроля) и установки в отношении здоровья у пациентов с ОНМК определяет недостаточную приверженность к лечению и дальнейшей физической и психоэмоциональной адаптации [26, 27]. Другим важным аспектом, влияющим на восстановительный потенциал, является мотивационный уровень, отражающий внутреннее восприятие болезни и ее последствий непосредственно зависящий от личностных особенностей больного. Общий профиль мотивационной сферы и поведенческих особенностей влияет на направленность больного в отношении выздоровления. Он может принять болезнь и пассивно относиться к заболеванию, но вероятна и актуализация его деятельности в отношении выздоровления [12].

Цель исследования — установить степень выраженности когнитивных, психоэмоциальных, мотивационных и поведенческих расстройств у пациентов в остром периоде ишемического инсульта.

Материалы и методы

Данное проспективное исследование было одобрено Независимым этическим комитетом Центра клинических исследований ФГАОУ ВО «БФУ им. И. Канта» (выписка из протокола заседания № 23 от 27.04.21) и выполнено в ГБУЗ «Клиническая больница скорой медицинской помощи». У всех пациентов было получено информированное согласие на проведение тестирования. В исследовани**е** включено 60 пациентов первичного сосудистого центра с диагнозом «Ишемический инсульт». По выраженности неврологического дефицита по шкале неврологических расстройств согласно национальной шкале инсульта (National Institutes of Health Stroke Scale, NIHSS), пациенты разделены на две группы:

1 группа- 30 пациентов с баллом по NIHSS от 0 до 8 баллов, что соответствовало легкому неврологическому дефициту, из них 12 (40%) мужчин, 18 (60%) женщин. Средний возраст пациентов составил 60,6 ±13,4 лет.

2 группа- 30 пациентов с баллом по NIHSS от 9 до 15 баллов, что соответствовало среднему и среднетяжелому неврологическому дефициту, из них 14 (46,6 %) мужчин, 16 (53,4%) женщин. Средний возраст пациентов составил 61, 4 ±11,2 года.

Статистически значимых отличий по возрасту и гендерным отличиям между группами не выявлено (p>0,05). Все пациенты были стандартизированы по различным показателям: возраст, пол, коморбидная патология, степень выраженности психоэмоциональных, мотивационных и когнитивных расстройств, астения, варианты копинг стратегий, уровень самоконтроля.

Верификация диагноза проводилась путем оценки неврологического статуса, включая все стандартизированные методы дополнительного обследования пациента с подозрением на ОНМК (ультразвуковая доплерография брахиоцефальных сосудов, компьютерная томография, лабораторная диагностика). Основываясь на данных клинической картины заболевания и результатах инструментальных и лабораторных методов обследования, у пациентов были верифицированы следующие виды ишемического инсульта (см. табл.1). Статистически значимых отличий между группами не выявлено (p>0,05)

У большинства больных был неблагоприятный преморбидный фон, на фоне которого развился ИИ. Данные о коморбидной патологии представлены в Табл.2.

По перечисленным нозологическим формам между группами статистически значимых различий не выявлено (p >0,05).

При поступлении всем пациентам осуществлялся мониторинг, проводилось лечение, направ-

Таблица 1. Виды ишемического инсульта
Table 1. Types of ischemic

Вид ишемического инсульта	1 группа, n=30	2 группа, n=30	p
Кардиоэмболический	5 (16,7%)	7 (23,3%)	0,56
Лакунарный	5 (16,7%)	4 (13,4%)	0,67
Атеротромботический	16 (53,3%)	16 (53,3%)	1,0
Прочие уточненные	4 (13,3%)	3 (10,0%)	0,72

Таблица 2. Преморбидный фон пациентов
(Table 2. Premorbid Risk Factors in patients)

Нозологическая форма	1 группа, n=30	2 группа, n=30	p
Артериальная гипертензия	12(40,0%)	14(46,6%)	0,58
Ишемическая болезнь сердца	8 (26,6%)	9(30,0%)	0,8
Фибрилляция предсердий	7(23,3%)	6(20,0%)	0,78
Сахарный диабет	12 (40,0%)	9(30,0%)	0,42

ленное на стабилизацию жизненно важных жизненных функций. Во всех случаях было благоприятное течение заболевания.

Критерии включения пациентов в исследование:

- Пациенты мужского и женского пола от 40 до 80 лет включительно на момент исследования.
- Верифицированный диагноз одностороннего ОНМК по ишемическому типу в бассейне передней и средней мозговых артерий по данным компьютерной томографии головного мозга.
- Госпитализация в стационар в течение первых 24 часов от дебюта ОНМК.
- Балл по Шкале инсульта Национального института здоровья (NIHSS) ≤ 16
- Ясный уровень сознания пациентов, способность отвечать на предложенные вопросы, самостоятельно или с помощью врача заполнять анкетные формы.
- Носительство русского языка.

Критерии исключения:

- Пациенты с повторным ОНМК.
- Наличие в анамнезе психических заболеваний, тяжелых когнитивных расстройств.
- Декомпенсация коморбидных состояний.

При поступлении в стационар у больных 1 группы средняя оценка по шкале NIHSS составляла 4,6 [2,7; 7,2] баллов, у больных 2 группы — 10,2 [4,7; 8,1] баллов (p=0,0027).

Психоневрологическое тестирование проводилось на 7-й день госпитализации. Использовались следующие критерии:

- Исследование общей когнитивной функции в баллах по Монреальской шкале оценки когнитивных функций (Montreal Cognitive Assessment, MoCA) [16].
- Оценка уровня дистресса, депрессии, тревоги и соматизации в баллах по четырехмерному опроснику [19].
- Оценка общей, психической и физической астении, пониженной активности и снижения мотивации в баллах по шкале MFI–20.
- Исследование мотивационной сферы личности в баллах по тесту Сонди (в модификации Собчик Л.Н., 2002) [9].
- Исследование уровня субъективного контроля в баллах с помощью шкалы Роттера.

Расчет полученных результатов проводили с использованием пакета прикладных программ SPSS 22. Анализ качественных признаков осуществляли с помощью критерия χ^2. Для данных, распределение которых в вариационном ряду носило нормальный характер, использовали среднее арифметическое (M) и стандартное отклонение (SD). Для количественных признаков, отличных от нормального распределения, определяли медиану (Me) и междуквартильный размах (Q1; Q3).

Две независимые группы сравнивались с помощью U-критерия Манна-Уитни. Анализ различия частот в двух независимых группах проводился при помощи точного критерия Фишера с двусторонней доверительной вероятностью, критерия χ^2 с поправкой Йетса. Отличия считали достоверными при уровне статистической значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования

Перед проведением исследования производилась комплексная оценка соматического, неврологического статуса. На момент проведения исследования состояние всех больных, на фоне проведенной базисной терапии, расценивалось как удовлетворительное. Все пациенты имели стабильную гемодинамику.

Данные обследования когнитивных, психоэмоциональных и астенических расстройств представлены на Рис.1. Признаки «соматизация и депрессия» соответствуют четырехмерному опроснику (4DSQ), «физическая и психическая астения» — шкале MFI–20, а «общая когнитивная функция» — шкале MoCA. С помощью опросника 4DSQ у пациентов устанавливалась выраженность симптомов по шкалам дистресса, депрессии, тревоги и соматизации. Из всех изучаемых признаков наиболее значимыми были соматизация и депрессия, которые имеют статистически значимые отличия между группами. Установлено, что у больных 1-й группы, по сравнению со 2-й группой, выявлена статистическая значимость в отношении шкалы соматизации, ее медиана составляет 10 [1,7;7,9] баллов, что соответствует умеренному уровню соматизации ($p<0,05$), а у пациентов 2-й группы, по сравнению с 1-й, установлено статистически значимое отличие в отношении депрессии ($p<0,05$). Медиана признака составила 2 [1,7;10,1] балла, что характерно для умеренной депрессии.

При оценке уровня астении по шкале MFI–20, установлено, что из всех исследуемых параметров, статистически значимые отличия между группами имеют физическая и психическая астения. У пациентов 1-й группы уровень физической астении соответствует 12 [1,8; 5,1] баллам, психической — 11 [2,0; 5,0] баллам, у больных 2-й группы, эти показатели статистически значимо ниже ($p<0,05$). Известно, что уровень выше 11 баллов может быть предварительным основанием для постановки диагноза «астенический синдром».

Оценка общей когнитивной функции проводилась с помощью шкалы MoCA. Установлено, что для пациентов 1-й группы характерны умеренные когнитивные расстройства, которые соответствуют 24 [0,8; 6,9] баллам по шкале MoCA, у больных 2-й группы выявлены тяжелые когнитивные расстройства, которым соответствуют 20 [1,8;5,0] баллов шкалы. Выявленные отличия статистически значимые ($p<0,05$).

Оценка мотивационной сферы обеспечивает основу для построения дальнейших индивидуальных подпрограмм реабилитации. Для оценки личностных особенностей и психического статуса использовалась проективная методика — тест восьми влечений Сонди (в модификации Собчик Л.Н.,

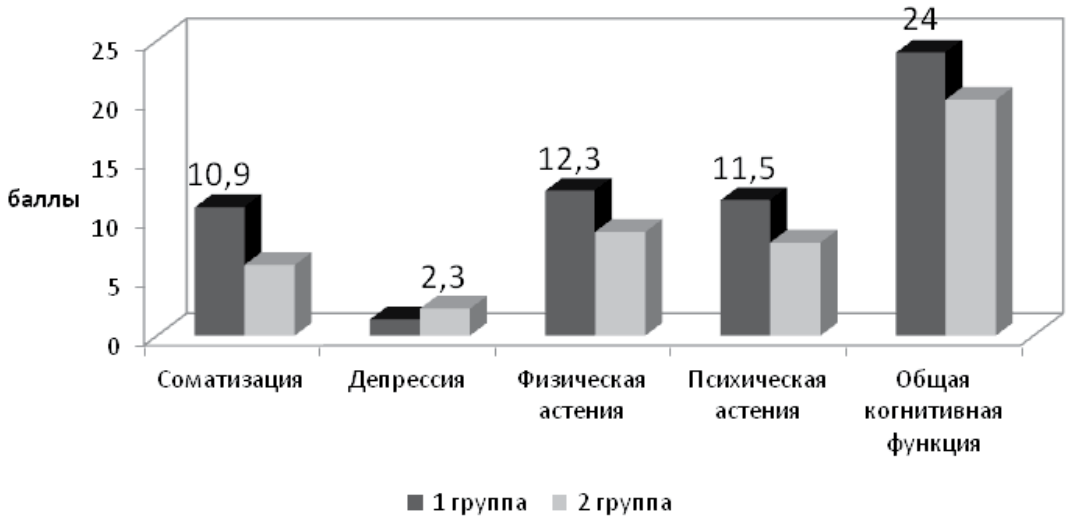

Рис. 1. Психоэмоциональные, астенические и когнитивные расстройства у пациентов в остром периоде ОНМК (4DSQ, MoCA, MFI–20, баллы). Примечание: * p<0,05 — статистически значимые отличия между группами
Fig.1. Psychoemotional and cognitive disorders in patients after acute period of ischemic stroke (4DSQ, MoCA, MFI–20, scores). Note: * p <0.05 — statistically significant differences between groups)

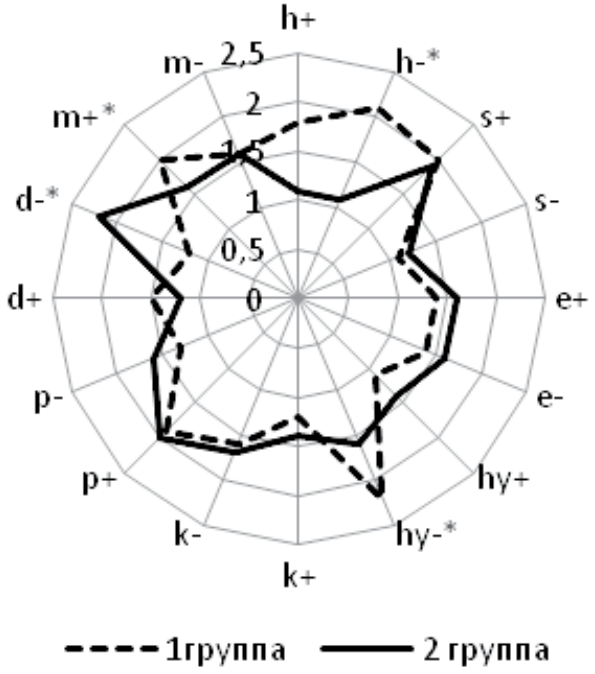

Рис. 2. Оценка мотивационной сферы личности у пациентов в остром периоде ОНМК (тест Сонди, баллы).
Примечание: * p<0,05 — статистически значимые отличия между группами
Примечание. Факторы: h — сексуальная недифференцированность; s— садизм-мазохизм;
e — эпилептоидные тенденции; hy — истерические склонности; k— кататонические проявления;
p— паранойяльность; d— депрессивное состояние; m — маниакальные проявления.
Fig. 2. Assessment of the motivational sphere in patients after acute period of ischemic stroke (Szondi test, scores**).**
Note: * p <0.05 — statistically significant differences between groups Note: h — sexual indifference; s— sadism;
e — epileptoid tendencies; hy — истерические склонности; k— catatonic manifestations; p— paranoia;
d— depressive state; m — manic manifestations.

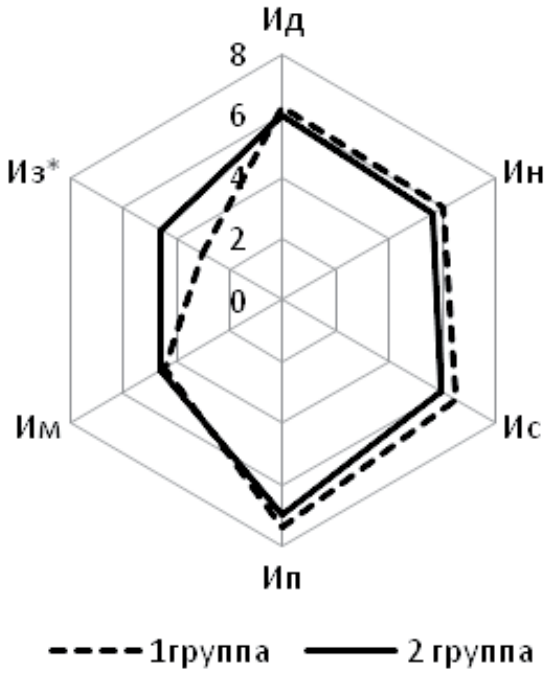

Рисунок 3. Уровень субъективного самоконтроля и оценка мотивационной сферы личности у пациентов в остром периоде ОНМК (шкала Роттера, баллы).
Примечание: Статистически значимые отличия между группами (p <0,05). Шкалы интернальности: Ид — в области достижений, Ин — в области неудач, Ис — в семейных отношениях, Ип — в области производственных отношений, Им — в области межличностных отношении, Из — в отношении здоровья и болезни.
Figure 3. Subjective control in patients after acute period of ischemic stroke (Rotter's Locus of Control Scale, scores).
Note: * p <0.05 — statistically significant differences between groups. Scales: Id — Achievement internality, In — internality in the area of failure, Is — internality in the field of family relations, Ip -internality in the field of industrial relations, Im-internality in the field of interpersonal relations, Iz — Internality of Health and Disease

2002). Исследование включает анализ положительных (полных) и отрицательных (негативных) форм реакции по различным векторным факторам (факторы: h — сексуальная недифференцированность; s — садизм-мазохизм; e — эпилептоидные тенденции; hy — истерические склонности; k — кататонические проявления; p — паранойяльность; d — депрессивное состояние; m — маниакальные проявления).

Клиническую значимость в большей степени имеют отрицательные формы реакции, которые характеризуют неудовлетворенность той или иной тенденцией и невозможность удовлетворения значимой потребности в силу «внутриличностных преград». Результаты тестирования показали, что у пациентов 1-й группы, по сравнению со 2-й группой, статистически значимо (p<0,05) преобладают отрицательные формы реакции по факторам *h u hy,* а также положительная форма реакции по фактору *m*, что свидетельствует о наличии эмотивного типа реагирования, аффилиативной потребности, тревожности, склонности к драматизации имеющихся проблем. У пациентов 2-й группы, по сравнению с 1-й группой, выявлено доминирование выбора отрицательных форм реакций по фактору *d* (депрессивное состояние), что соответствует циклотимическому типу реагирования, меланхолической акцентуации, депрессивному состоянию. По другим показателям статистически значимых отличий (p>0,05) между группами не было (Рис.2).

Анализ уровня самоконтроля определяет как возможности ранней реабилитации (шкалы интернальности в области межличностных отношений, здоровья и болезни), так и дальнейшие перспективы восстановления пациентов с ОНМК (шкалы интернальности в области достижений и неудач, семейных отношений). Результаты исследования уровня самоконтроля и мотивационной сферы представлены на Рис.3. Данные тестирования по шкале Роттера показали, что у пациентов 1-й группы, по сравнению со 2-й группой, выявлен статистически значимо низкий показатель в отношении здоровья и болезни (p<0,05), что свидетельствует о низкой приверженности к лечению и тенденцией к возникновению депрессии. По другим показателям статистически значимых отличий (p>0,05) между группами не было.

Обсуждение

Течение острого периода ИИ в бассейнах передней и средней мозговой артерий характеризуется не только двигательными нарушениями, но и когнитивными, мотивационными и психоэмоциональными расстройствами. Их выраженность коррелировала с уровнем исходного состояния пациента. Для больных с легким неврологическим

дефицитом характерен умеренный уровень соматизации, физической и психической астении. Такие личностные особенности, как эмотивный тип реагирования, затруднение адаптации в межличностной сфере, тревожность и низкий локус контроля объясняют раннее возникновение астенических расстройств и соматизированность пациентов в остром периоде ОНМК. Совокупность таких детерминант приводит к недостаточному уровню приверженности к лечению и суживает рамки восстановительного потенциала. Таким образом, «внутренняя картина болезни» и, в частности, ее мотивационный уровень, в данном случае является базисной составляющей для дальнейшего планирования реабилитации. Основной терапевтической стратегией в отношении пациентов данной группы является проведение психологической коррекции, преимущественно ориентированной на личностно-мотивационную сферу больного с учетом факторов психической адаптации [5, 8, 22].

Для пациентов со средним и среднетяжелым неврологическим дефицитом выявлены умеренный уровень депрессии, снижение когнитивных функций до уровня умеренного и тяжелого когнитивного расстройства. Результаты исследования согласуются с данными других авторов, свидетельствующими о корреляции степени выраженности неврологических расстройств с такими показателями как депрессия и когнитивная дисфункция [11, 24]. Особенности личностного профиля, такие как циклотимический тип реагирования и меланхолическая акцентуация, могут способствовать дальнейшему усугублению депрессивного состояния, что, в конечном итоге снижает восстановительный ресурс пациента, несмотря на удовлетворительную приверженность к лечению. Совокупность моторных, когнитивных и психоэмоциональных детерминант предполагают выбор стратегий восстановления, включающих психологическую, когнитивную и двигательную реабилитацию.

Заключение

Результаты исследования показывают целесообразность включения в раннюю диагностику пациентов с ОНМК оценку психоэмоциональных факторов и личностных ресурсов больного в отношении болезни и выздоровления. Наряду с неврологическим дефицитом необходимо оценивать когнитивный, эмоциональный и мотивационный уровни «внутренней картины болезни». Это позволит определить основные компенсационные и адаптационные возможности пациента и выработать индивидуальные стратегии восстановительного лечения.

Литература / References

1. *Ерзин А.И. Проблема проактивности в психологии здоровья. Психолог. 2014:1;94-124. DOI: 10.7256/2306-0425.2014.1.11536. Erzin AI. The problem of proactivity in health psychology. Psiholog. 2014:1;94-124 (In Russ.). DOI: 10.7256 / 2306-0425.2014.1.11536*
2. *Ермакова Н. Г. Психологическая реабилитация больных с последствиями инсульта в условиях восстановительного лечения: этапы и методы. Международный научно-исследовательский журнал. 2016;4(46)Часть 7:114—119. doi: 10.18454/IRJ.2016.46.187. Yermakova NG. Psychological rehabilitation of patients with stroke in the process of rehabilitation treatment: stages and methods. Mezhdunarodnyy issledovatel'skiy zhurnal. 2016;4(46)Part 7:114-119 (In Russ.). DOI: 10.18454 / IRJ.2016.46.187.*
3. *Ефремова Е.В., Шутов А.М., Петрова Е.В. Личностные особенности и механизмы адаптации больных с артериальной гипертензией и хронической сердечной недостаточностью. Архивъ внутренней медицины. 2021;11(1):34-42. DOI: 10.20514/2226-6704-2021-11-1-34-42. Efremova EV, Shutov AM, Petrova EV. Personal Characteristics and Adaptation Mechanisms of Patients with Arterial Hypertension and Chronic Heart Failure. Arhiv» vnutrennej mediciny. 2021;1(1):34-42. (In Russ.). DOI: 10.20514/2226-6704-2021-11-1-34-42*
4. *Клочихина О.А., Шпрах В.В., Стаховская Л.В., Полунина О.С., Полунина Е.А. Динамика показателей заболеваемости инсультом и смертности от него за восьмилетний период на территориях, вошедших в федеральную программу реорганизации помощи пациентам с инсультом. Acta biomedica scientifica. 2021;6(1):75-80. doi: 10.29413/ ABS.2021-6.1.10. Klochikhina OA, Shprakh VV, Stakhovskaya LV., Polunina OS, Polunina EA. Dynamics of Stroke Incidence and Mortality Indicators over Eight-Year Period in the Territories Included into the Federal Program of Reorganization of Care for Patients with Stroke. Acta Biomedica Scientifica. 2021;6(1):75-80 (In Russ.). https://doi.org/10.29413/ABS.2021-6.1.10*
5. *Кулагина И.Ю., Сенкевич Л.В. Реабилитационный потенциал личности при различных хронических заболеваниях. Культурно-историческая психология. 2015;11(1):50—60. doi:10.17759/chp.2015110107. Kulagina IY, Senkevich LV. Rehabilitation Potential of Personality in Various Chronic Conditions. Kul'turnoistoricheskaya psihologiya. 2015;11(1):50–60 (In Russ.). doi:10.17759/chp.2015110107*
6. *Левин О.С. Постинсультные двигательные нарушения. Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2016;3:25-32. Levin OS. Post-stroke movement disorders. Sovremennaya terapiya v psikhiatrii i nevrologii. 2016;3:25-32 (In Russ.).*
7. *Назметдинова Д.Г., Обуховская В.Б. Особенности когнитивной и эмоционально-волевой*

сфер пациентов с постинсультными неврологическими нарушениями на разных этапах восстановительного лечения. Психолог. 2020;1:9-15.
DOI: 10.25136/2409-8701.2020.1.31680.
Nazmetdinova DG. Obukhovskaya VB. Features of the cognitive and emotional-volitional spheres of patients with post-stroke neurological disorders at different stages of rehabilitation treatment. Psiholog. 2020;1:9-15. (In Russ.).
DOI: 10.25136 / 2409-8701.2020.1.31680

8. *Светкина А.А. Психологическая реабилитация больных с ОНМК. Медицинская психология в России. 2016;8(5):7. doi: 10.24411/2219-8245-2016-15070.*
Svetkina AA. Psychological rehabilitation of patients with stroke. Meditsinskaya psikhologiya v Rossii. 2016;8(5):7 (In Russ.).
doi: 10.24411 / 2219-8245-2016-15070
9. *Собчик Л.Н. Метод портретных выборов — адаптированный тест Сонди. Практическое руководство. СПб.: Речь; 2013. ISBN 978-5-9268-1385-9.*
Sobchik L.N. Metod portretnyh vyborov — adaptirovannyj test Sondi. Prakticheskoe rukovodstvo. SPb.: Rech'; 2013. ISBN 978-5-9268-1385-9. (In Russ.).
10. *Хатькова С.Е., Акулов М.А., Орлова О.Р., Орлова А.С. Современные подходы к реабилитации больных после инсульта. Нервные болезни. 2016;3:27-33.*
Khat'kova SE, Akulov MA, Orlova OR, Orlova AS. Modern Approaches to the Rehabilitation of Patients After a Stroke. Nervnyye bolezni. 2016;3:27-33 (in Russ.).
11. *Чарикова, И.А., Ахтямов, Н.Н., & Волкова, Л.И. (2013). Эмоциональные нарушения у больных в остром периоде ишемического инсульта. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2013;(3): 36-40.*
Charikova IA, Akhtyamov NN, Volkova LI. Emotional Disorders in Patients in the Acute Period of Ischemic Stroke. Nevrologiya, nejropsihiatriya, psihosomatika. 2013;3:36-40 (in Russ.).
12. *Шабанова А.С. Мотивация к лечению у пациентов с различными соматическими заболеваниями. Бюллетень физиологии и патологии дыхания. 2015;57:130-136.*
Shabanova AS. Motivation to treatment in patients with different somatic diseases. Byulleten' fiziologii i patologii dyhaniya. 2015; (57):130-136 (In Russ.).
13. *Awad LN, Lewek MD, Kesar TM, Franz JR, Bowden MG. These legs were made for propulsion: advancing the diagnosis and treatment of post-stroke propulsion deficits. J. Neuroeng. Rehabil. 2020;17:1–16. 10.1186/s12984-020-00747-6*
14. *Bejot Y, Bailly H, Durier J, Giroud M. Epidemiology of stroke in Europe and trends for the 21st century. Presse Med. 2016;45(12 Pt 2):391– 398.*
15. *Bernhardt J, Hayward KS, Kwakkel G, Ward NS, Wolf SL, Borschmann K et all. Agreed definitions and a shared vision for new standards in stroke recovery research: The Stroke Recovery and Rehabilitation Roundtable taskforce. Int J Stroke. 2017;12(5):444-450.*
doi: 10.1177/1747493017711816.
16. *Freitas S., Simões M.R., Alves L., Vicente M., Santana I. Montreal Cognitive Assessment (MoCA): validation study for vascular dementia. J Int Neuropsychol Soc. 2012;18(6):1031-1040.*
doi: 10.1017/S135561771200077X.
17. *Hirata S, Ovbiagele B, Markovic D, Towfighi A. Key Factors Associated with Major Depression in a National Sample of Stroke Survivors. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2016;25(5):1090–1095.*
18. *Johnson CO, Nguyen M, Roth GA, Nichols E, Alam T, Abate D, et al. Global, regional, and national burden of stroke, 1990-2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet Neurol. 2019;18(5):439-458.*
doi: 10.1016/ S1474-4422(19)30034-1
19. *Langerak W., Langeland W., van Balkom A., Draisma S., Terluin B., Draijer N. A validation study of the Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ) in insurance medicine. Work. 2012;43(3):369-80.*
doi: 10.3233/WOR-2012-1393.
20. *Freitas S, Simões MR, Alves L, Vicente M, Santana I. Cognition in stroke rehabilitation and recovery research: Consensus-based core recommendations from the second Stroke Recovery and Rehabilitation Roundtable. International Journal of Stroke. 2019;14(8):774-782.*
doi:10.1177/1747493019873600
21. *Mijajlovic, MD, Pavlovic, A, Brainin, M, et al. Post-stroke dementia — a comprehensive review. BMC Med. 2017;15:11.*
22. *Perna R, Harik L. The role of rehabilitation psychology in stroke care described through case examples. NeuroRehabilitation. 2020;46(2):195-204.*
doi: 10.3233/NRE-192970. PMID: 32083601.
23. *Sacco RL, Kasner SE, Broderick JP, Caplan LR, Connors JJ, Culebras A et al. An updated definition of stroke for the 21st century: a statement for healthcare professionals from the American heart association/American stroke association. Stroke. 2013;44(7):2064–2089.*
doi: 10.1161/STR.0b013e318296aeca.
24. *Skrobot OA, Black SE, Chen C, DeCarli C, Erkinjuntti T, Ford GA et all. Progress toward standardized diagnosis of vascular cognitive impairment: Guidelines from the Vascular Impairment of Cognition Classification Consensus Study. Alzheimers Dement. 2018;14(3):280-292.*
doi: 10.1016/j.jalz.2017.09.007.
25. *Tater P, Pandey S. Post-stroke Movement Disorders: Clinical Spectrum, Pathogenesis, and Management. Neurol India. 2021;69(2):272-283.*
doi: 10.4103/0028-3886.314574.
26. *Wong HJ, Anitescu M. The Role of Health Locus of Control in Evaluating Depression and Oth-*

er Comorbidities in Patients with Chronic Pain Conditions, A Cross-Sectional Study. Pain Pract. 2017;17(1):52-61. doi: 10.1111/papr.12410.

27. *Zirk M, Storm V. Subjective Stroke Impact and Depressive Symptoms: Indications for a Moderating Role of Health-Related Locus of Control. Front Psychiatry. 2019;10:918.*

Сведения об авторах

Тынтерова Анастасия Михайловна — к.м.н., старший преподаватель кафедры психиатрии и нейронаук, Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта. E-mail: antynterova@mail.ru

Перепелица Светлана Александровна — д.м.н, профессор кафедры хирургических дисциплин, Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта. Ведущий научный сотрудник, Научно-исследовательский институт общей реаниматологии имени В.А. Неговского ФГБНУ «Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии», г. Москва. E-mail: SPerepelitsa@kantiana.ru

Скалин Юрий Евгеньевич — к.м.н., главный врач Клинико-диагностического центра БФУ им. И. Канта. E-mail: iskalin@kantiana.ru

Реверчук Игорь Васильевич — д.м.н., профессор, зав. кафедрой психиатрии и нейронаук БФУ имени Иммануила Канта. E-mail: igor7272igor@gmail.com

Тихонова Ольга Алексеевна — аспирант кафедры психиатрии и нейронаук БФУ имени И. Канта. E-mail: offelia78@mail.ru

Гришина Анастасия Алексеевна — ординатор кафедры психиатрии и нейронаук БФУ имени Иммануила Канта. E-mail: maybenastyaa@gmail.com

Поступила 18.06.202
Received 18.06.202
Принята в печать 05.10.2021
Accepted 05.10.2021
Дата публикации 31.03.2022
Date of publication 31.03.2022