

**Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины  
им. А.М. Никифорова МЧС России**

---

**ВЕСТНИК  
ПСИХОТЕРАПИИ**

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ**

**Главный редактор В.Ю. Рыбников**

**№ 57 (62)**

Санкт-Петербург  
2016

# СОДЕРЖАНИЕ

## ПСИХОТЕРАПИЯ

**Александров А.А.**

Соотношение когнитивного и аффективного в аналитико-катартической терапии ..... 7

**Курпатов В.И., Гладышенко А.В.**

Кризис или коллапс российской психотерапии? ..... 19

## МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

**Ермакова Н.Г.**

Применение программы индивидуальной психологической коррекции в процессе реабилитации больных с когнитивными и двигательными нарушениями после инсульта ..... 30

**Яковлева М.В.**

Особенности личности и отношения к болезни пациентов, приверженных и неприверженных к лечению в восстановительном периоде после коронарного шунтирования ..... 49

**Гордиенко А.В., Сорокин Н.В., Рыжков А.И., Сердюков Д.Ю.**

Эмоциональные расстройства у больных с гипертонической болезнью молодого возраста при различных вариантах метаболического синдрома ..... 59

**Леушина Е.А.**

Особенности самооценки подростков с хроническими аллергическими заболеваниями ..... 71

**Змановская Е.В., Миропольская О.В.**

Теоретико-методологическое обоснование применения проективной методики Роршаха в комплексной диагностике психосоматических расстройств ..... 83

**Суховская О.А., Иванова С.С., Смирнова М.А.**

Психологические особенности личности при различном статусе курения ..... 100

**Рыбников В.Ю., Морозова Е.В.**

Структурно-динамическая модель внутренней картины инвалидности в контексте психологической реабилитации ..... 113

**Улюкин И.М., Григорьев С.Г.**

Многомерный факторный анализ психологического статуса больных в динамике ВИЧ-инфекции ..... 134

Информация о журнале ..... 147

## CONTENTS

### PSYCHOTHERAPY

<b>Aleksandrov A.A.</b> Cognitive and affective interaction in the analytic-cathartic therapy .....	7
<b>Kurpatov B.I., Gladyschenko A.V.</b> The crisis and the collapse of the Russian psychotherapy .....	19

### MEDICAL PSYCHOLOGY

<b>Ermakova N.G.</b> Psychological care in rehabilitation of patients with cognitive and motor disorders after stroke .....	30
<b>Iakovleva M.V.</b> Features of the personality and the attitude towards the disease of adherent and non-adherent to treatment patients during the recovery period after coronary bypass surgery .....	49
<b>Gordienko A.V., Sorokin N.V., Ryzhkov A.I., Serdyukov D.Y.</b> Anxiety-depressive disorders in the young age patients with the essential hypertension and the diverse variants of the metabolic syndrome .....	59
<b>Leushina E.A.</b> The features of self-esteem of adolescents suffering from chronic allergic diseases .....	71
<b>Zmanovskaya E.V., Miropol'skaya O.V.</b> Application of the Rorschach method in comprehensive diagnostics of psychosomatic disorders: theoretical and methodological validation .....	83
<b>Sukhovskaya O.A., Ivanova S.S., Smirnova M.A.</b> Accentuation depending on the smoking status .....	100
<b>Rybnikov V.Y., Morozova E.V.</b> Structural-dynamic model of the internal picture of disability in the context of psychological rehabilitation .....	113
<b>Uliukin I.M., Grigorjev S.G.</b> Multivariate factor analysis of the psychological status of patients in the dynamics of HIV infection .....	134
Information about the Journal .....	147

# МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 615.851 : 616.831-005

Н.Г. Ермакова

## ПРИМЕНЕНИЕ ПРОГРАММЫ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С КОГНИТИВНЫМИ И ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена  
(Россия, Санкт-Петербург, наб. р. Мойки, д. 48)

Представлены результаты опытного применения программы индивидуальной психологической коррекции больных с нарушениями когнитивных и двигательных функций после инсульта, направленной на эмоциональную стабилизацию и активизацию больных. Программа была ориентирована на формирование положительного отношения к самому себе, к болезни и к лечению в процессе реабилитации. Наряду с индивидуальной психологической коррекцией проводились малогрупповые занятия с применением арттерапии, музыкотерапии, библиотерапии, видеотерапии. Проанализированы результаты применения коррекционной программы у 84 больных с последствиями ишемического (I69.3 по МКБ-10) и геморрагического инсульта (I69.1 по МКБ-10) в условиях стационарной реабилитации. По завершении программы индивидуальной психологической коррекции отмечается улучшение эмоционального состояния, самоотношения, приверженности к лечению.

Ключевые слова: клиническая (медицинская) психология, реабилитация, инсульт, нарушения когнитивных и двигательных функций, индивидуальная психологическая коррекция, приверженность к лечению, психодиагностика.

### Введение

В последние десятилетия отмечается увеличение частоты возникновения острых нарушений мозгового кровообращения, отрывающих от общественно полезной деятельности наиболее трудоспособную часть населения [6].

Длительный период восстановительного лечения после инсульта, инвалидизирующие последствия оказывают значительное влияние на самооценку больного, способствуют формированию невротических, депрес-

---

Ермакова Наталья Георгиевна – канд. психол. наук, доц. каф. клинич. психологии и психол. помощи Рос. гос. пед. ун-та им. А.И. Герцена (Россия, 191186, Санкт-Петербург, наб. р. Мойки, д. 48); e-mail: nataliya.ermakova@yandex.ru.

сивных, ипохондрических реакций на заболевание, возникновению пессимистической лечебной и жизненной перспективы [5, 10, 13]. Лечение и реабилитация больных после инсульта является сложной общебиологической и психосоциальной проблемой, решение которой предполагает наличие биопсихосоциального подхода.

У больных после инсульта блокирована возможность самообслуживания в связи с тяжелыми последствиями заболевания в виде нарушений соматических, двигательных сенсорных, когнитивных функций. Невозможность самообслуживания и реализации насущных биологических потребностей приводит к ощущению беспомощности и сопровождается депрессивными и невротическими реакциями на заболевание.

На восстановление работы соматических систем организма, двигательных функций направлены прежде всего биологические (физические) методы лечения (лекарственная терапия, лечебная физкультура, физиотерапия, кинезотерапия). Дальнейшее расширение двигательных возможностей больного – возможность доходить до туалета, передвигаться по палате (квартире) – в значительной мере уменьшает физическую зависимость больного.

Восстановление самообслуживания затрудняется также нарушением сенсорных функций (снижение остроты слуха, зрения, гемианопсия) и когнитивных функций (прежде всего речи, а также памяти, внимания, мышления, праксиса, гнозиса). Нередко больной забывает о процедурах, затрудняется в уборке кровати и др. [21, 22]. Восстановлению речи и других когнитивных функций (памяти, внимания, праксиса) способствуют занятия с логопедом и психологом.

Восстановление навыков самообслуживания в повседневной жизни возвращает больному физическую и психологическую независимость от помощи других людей. Ощущение независимости в значительной мере повышает самооценку больного. Как отмечает Г. Аммон (2000), «body image» является ядром личности.

Эмоциональные реакции на заболевание и ситуации болезни возникают как реакция на стресс, на внезапную болезнь [19, 20] с трудно прогнозируемым восстановлением нарушенных функций.

Больные со значительными двигательными и когнитивными нарушениями на этапе ранней реабилитации, а в ряде случаев и в более поздние сроки от начала заболевания, испытывают депривацию (эмоциональную, сенсорную, социальную). Депривация может приводить к депрессивным и ипохондрическим реакциям на заболевание.

Эмоциональная депривация связана с изоляцией больного в больничных условиях, где пребывание значимых лиц ограничено, ограничена эмоциональная поддержка, принятие больного. Сенсорная депривация нередко усиливается нарушениями зрительной функции (гемианопсия, снижение остроты зрения, зрительная агнозия и др.); снижением слуховой функции (снижение остроты слуха, слуховая агнозия). Социальную депривацию усиливают нарушение коммуникативной функции речи, значительные двигательные нарушения. Депривация корригируется правильно организованной терапевтической средой отделения, общением с больными на отделении, участием в группах психологической помощи; при индивидуальной коррекции – доверительными отношениями больного с психологом [1].

Психологические реакции больного на последствия заболевания связаны также с осознанием больным трудоемкости и длительности восстановления нарушенных функций [3, 9, 12, 25].

Ряд авторов отмечают депрессию у 25–30 % больных с последствиями инсульта [16, 23]. Депрессия в ряде случаев обусловлена самим заболеванием, в виде снижения уровня функционирования активирующих структур мозга. С другой стороны, могут возникать и депрессивные реакции на болезнь [14, 24]. В то же время, у больных отмечаются тревога за свое здоровье, за перспективы выздоровления, боязнь повторного инсульта, что оказывает влияние на отношение к болезни и к лечению.

О.А. Балунов и Т.Д. Демиденко [2] наблюдали при исследовании постинсультных больных в процессе восстановительного лечения доминирование смешанного типа отношения к болезни. У 45 % больных отмечался сенситивный тип, и лишь у 30 % наблюдалось благоприятное сочетание гармонического и эргопатического типа отношения к болезни (по методике ТОБОЛ-тип отношения к болезни и отношения к лечению). После курса восстановительного лечения количество больных гармонического типа увеличилось до 40 %.

Преимущественная группа психических расстройств после инсульта – расстройства адаптации, эмоционально лабильные расстройства, которые доступны коррекции при необходимости с помощью транквилизаторов, реже антидепрессантов, а также с помощью психотерапевтических средств [3, 12].

Нарушения когнитивных функций, психологическая реакция больных на заболевание затрудняют активное включение больного в лечение и

делают необходимым применение в реабилитационном процессе психокоррекционных мероприятий.

*Цель исследования* – разработка и применение программы индивидуальной коррекции больных после инсульта с нарушениями самообслуживания вследствие когнитивных и двигательных нарушений, направленная на коррекцию эмоционального состояния, самоотношения и отношения к лечению.

### **Материал и методы**

В исследовании приняли участие 84 больных с последствиями перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения, женщин было 29, мужчин – 55. В возрасте до 40 лет оказался 1 больной, 40–49 лет – 13, 50–59 лет – 31, 60–69 лет – 34, старше 70 лет – 5. Последствия ишемического инсульта наблюдались у 72 больных (169.3 по МКБ-10), геморрагического – у 12 больных (169.1 по МКБ-10). Первый инсульт наблюдался у 59 больных, повторный – у 35.

Локализация очага поражения в бассейнах артерий левого полушария отмечалась у 40 больных, правого полушария – у 27, в ветребро-базиллярном бассейне – у 17. Давность заболевания от 2 до 6 мес была у 36 больных, 7–12 мес – у 26, от 1 до 3 лет – у 22. Двигательные нарушения в виде гемипареза легкой степени наблюдались у 11 человек, средней тяжести – у 40, выраженной – у 22, вестибулярные двигательные нарушения (атаксия) – у 9, тетрапареза – у 2 больных.

Легкие когнитивные расстройства (F06.7 по МКБ-10) были у 53 больных, из них остаточные проявления речевых нарушений – у 45 (в виде дизартрии – у 12 пациентов, афферентной-моторной, эфферентной-моторной, семантической, динамической афазии – у 32, постинсультное заикание – 1). Органические эмоционально-лабильные расстройства (F06.6 по МКБ-10) наблюдались у 18 больных, расстройства адаптации (F43.2 по МКБ-10) в виде легкого депрессивного эпизода – у 13 больных, сенсорные нарушения – у 27 больных (снижения остроты слуха – у 8, зрения – у 19).

В исследование не включали больных с длительностью заболевания меньше 2 месяцев и больных с сенсорной афазией. Все больные получали комплексное восстановительное лечение в городской клинической больнице № 40 Санкт-Петербурга.

У всех больных получили письменное информированное согласие на проведение психодиагностики и программы психологической коррекции. С больными вначале и после психологической коррекции проводили кли-

ническое интервью, которое позволяло оценить жалобы, эмоциональное состояние, самоотношение и установки больных [18]. Осуществляли изучение качества жизни [11], самооценки по методике Дембо–Рубинштейн (оценка здоровья, настроения, самообслуживания, участия в лечении) [15]. Оценивали возможность самообслуживания по шкале Бартела [4].

Сравнение результатов провели с помощью t-критерия Стьюдента и G критерия знаков [17].

*Программа индивидуальной психологической коррекции* больных с нарушениями самообслуживания после инсульта вследствие когнитивных и двигательных расстройств была направлена на осознание и принятие больным нарушенных болезнью функций организма, повышение самопринятия, приверженности лечению (положительного комплайенса), на формирование активной позиции в лечении и интеграцию образа «Я».

Психологическую коррекцию проводили с больными 2-3 раза/нед в течение 20–30 мин в условиях палаты или кабинета психотерапии. Впоследствии подключали малогрупповые занятия 1-2 раза/нед, в зависимости от возможностей и склонностей больного. С каждым больным провели от 8 до 12 занятий.

Наряду с традиционными приемами гуманистической психотерапии (эмоциональная поддержка, сопереживание, эмпатия, терапевтические метафоры), с больными проводили психологическую коррекцию с использованием разработанных нами психологических приемов, применительно к больным с нарушениями самообслуживания после инсульта [7]:

1) эмоциональную поддержку оказывали в процессе индивидуальной коррекции в палате или в кабинете в виде сочувствия, сопереживания, поддержки, укрепления веры в восстановление нарушенных функций. Применяли внушение и убеждение, направленные на укрепление самопринятия;

2) формировали собственную активность путем информирования пациентов о необходимости возвращения навыков самообслуживания (самостоятельного приема пищи, одевания, осуществления личной гигиены), выполнения самостоятельных упражнений лечебной физкультуры и заданий логопеда;

3) формировали отношения сотрудничества с персоналом побуждением к принятию помощи, готовности к взаимодействию, проявлению терпимости к нравам других людей (соседей по палате, медперсоналу);

4) формировали принятие болезни – принятие себя после болезни, понимание того, что с этой болезнью можно жить и проявлять свои интересы и привязанности;

5) формировали позитивную лечебную перспективу – использовали информирование о назначении лечебных процедур и их влиянии на организм, патронирование лечебных процедур;

6) при недоверии больного возможностям восстановления применяли терапевтические метафоры, например «Не боги горшки обжигают», при побуждении к необходимости собственных усилий в разработке движений руки, ноги, тренировке ходьбы – «Без труда не вынешь рыбку из пруда», при недовольстве медленным процессом восстановления – «Тише едешь – дальше будешь» или «Торопись медленно», при трудностях восстановления – «Терпение и труд все перетрут» и др. Нередко больные и сами применяли поговорки и пословицы, укрепляющие свои лечебные и жизненные установки;

7) формировали навык контроля над ритмом движений ходьбы. Больные часто стремились выполнять упражнения лечебной физкультуры или ходьбы в быстром темпе, что приводило к учащенному сердцебиению и к быстрому утомлению. Ставили задачу распознавания своего ритма ходьбы и его регуляции с помощью ритма песни. Если ходьба проходила в ритме марша («Вих / ри / враждеб / ные / ве / ют / над / нами...»), то больные должны были перейти на более медленный ритм, например вальса – («Плавно / Амур / свои воды / несет...») или еще более медленный ритм – («В понедельник / до второго / мы поедем / в Комарово...»). Больные вспоминали и применяли свои знакомые мелодии, что повышало их эмоциональную включенность в процесс восстановления.

Приемы коррекции отношения к болезни и к лечению имели разную направленность.

1. «Сужение и конкретизация цели деятельности – восстановление нарушенных функций». Психологическое воздействие направляли на осознание больным собственных возможностей организма. Это достигалось за счет формирования реально достижимой цели восстановления нарушенных функций, за счет конкретизации и сужения масштаба цели. Так, вместо далекой и кажущейся нереальной цели «научиться ходить» перед больным ставили более реальную и достижимую цель: «научиться стоять». Решение этой цели могло быть обеспечено реальным состоянием двигательных функций. На следующем этапе формировали задачу: «ходить с поддержкой другого человека», затем «ходить с поддержкой другого чело-

века и с опорой на трость», затем «ходить без поддержки другого человека с опорой на трость». И лишь потом «ходить без поддержки и опоры на трость», то есть самостоятельно. Таким образом, формировали ступеньки реального приближения к главной цели: «научиться ходить».

При афазиях, например, ставили цель: научиться выражать мысли короткими фразами вместо «научиться говорить» и т. д. Сужение и конкретизация цели деятельности способствовали формированию адекватной возможностям мотивации.

Неконкретизированная цель при сопоставлении с реальными возможностями расценивалась едва ли достижимой, что делало желание её добиться слабо выраженным, возникало чувство беспомощности. С другой стороны, попытки воплощения нереальных целей, не подкрепленных реальными двигательными возможностями, приводили к потере равновесия, травмам или усилению мышечного тонуса и к снижению мотивации к лечению, усилению депрессивных реакций.

При психологическом воздействии, направленном на коррекцию цели деятельности (различных лечебных процедур – лечебной физкультуры, трудотерапии, самообслуживания, логопедических занятий), использовали элементы этих специальных методов лечения, которые служили специальным психологическим «мостиком» к созданию у больного адекватной мотивации к данному виду лечения.

2. «Формирование партнерства с персоналом» применяли в случаях трудностей принятия больным помощи специалистов-реабилитологов. В случае завышенной ответственности больного за исход лечения его требования, предъявляемые к себе, были выше реальных возможностей организма. Психологической задачей в этом случае являлось снижение чувства ответственности больного и повышения терпимости к помощи других людей, формирование партнерства с методистом лечебной физкультуры, логопедом, трудотерапевтом и другими специалистами-реабилитологами. Объектом воздействия этого партнерства являлись нарушенная функция или навык.

В процессе восстановления происходило освобождение пациента от образа «Я – тяжело больной» и создание образа «Я – выздоравливающий». У больного формировали терпеливое отношение к своим неудачным действиям, что способствовало самопринятию и интеграции образа «Я».

3. «Сужение зоны болезни – конкретизация достижений» применяли в случае переоценки тяжести состояния и неверия в возможности восстановления. Возникла задача доведения до сознания больного уже имею-

щихся достижений в восстановлении функций. Для этого использовали убеждение, внушение, демонстрацию упражняемости функций больного, способности его организма к выработке новых условных рефлексов и возможности сознательного управления новым навыком. На занятиях предлагали задания на выполнение различных движений и действий, запоминание слов, ориентацию в пространстве; подчеркивалось улучшение выполнения их от занятия к занятию. Принцип наглядности помогал больному более объективно оценивать свои достижения

4. «Расширение зоны болезни» применяли в случае недооценки больным заболевания и непринятия помощи специалистов. Ставилась задача доведения до сознания больного наличия дефекта, коррекция которого была реальной и могла стать ближайшей задачей восстановления. Занятия проводили в процессе естественного эксперимента, который переходил в обучающий эксперимент и формирование навыка. Предлагали задания на психомоторную координацию (удержать трость, карандаш), на долговременную память (назвать соседей по палате) и др. Осуществляли положительное подкрепление в виде эмоциональной поддержки, похвалы. Больные осознавали наличие нарушений функций и включались в процесс восстановления.

Работа психолога являлась неким психотерапевтическим мостиком и способствовала более успешному включению больных в процесс лечения, в работу со специалистами реабилитационной бригады (методистом ЛФК, логопедом, эрготерапевтом и др.).

Наряду с индивидуальной коррекцией, применяли работу в малой группе, направленной на уменьшение сенсорной, эмоциональной и социальной депривации, формирование самопринятия через принятие другими. В процессе занятий больные проявляли поддержку и принятие друг друга. Занятия проводили 1-2 раза/нед в условиях кабинета. В малогрупповые занятия не включали больных с нестабильным артериальным давлением, судорожным синдромом, с обострением сердечной патологии. С ними продолжали индивидуальные занятия в палате. В малой группе применяли музыкотерапию, арттерапию, видеотерапию, библиотерапию, терапию занятостью.

*Музыкотерапия.* Применяли пассивную музыкотерапию в виде прослушивания музыкальных произведений в малой группе (длительностью 30–40 мин). Она была направлена на активизацию больных, побуждение к коммуникативной активности. Музыкальные темы выбирали сами больные, часто это были мелодии их юности. В отдельных занятиях музыкаль-

ные прослушивания сопровождали рассказами о композиторах и их творчестве. В конце занятия проводили обсуждение чувств и ассоциаций.

*Арттерапия.* Приемы и техники арттерапии применяли в виде создание коллажа в малой группе (3-4 человека), при индивидуальной работе в виде совместного рисования в паре с психологом или родственником больного. Создание коллажа проводили из заранее вырезанных заготовок цветной бумаги, изображений предметов, геометрических форм. Рисование красками, кистью, масляными мелками, рисование клякс больные выполняли самостоятельно больным или совместно с другим членом группы. Работа кистью не требует нажима, может выполняться одной рукой на закреплённом листе бумаги, способствует отражению чувств, настроений и ассоциаций. Арттерапия была направлена на эмоциональное отреагирование, осознание своих ресурсов и возможностей, коррекции нарушенных когнитивных функций (оптико-пространственных функций, зрительного прогноза и др).

В том случае, когда больной не мог участвовать в арттерапии и в музыкотерапии (снижение остроты зрения, гемианопсия, низкая мотивация, астения, депрессия, значительные двигательные и когнитивные нарушения), применялась разработанная автором методика видеотерапии.

*Видеотерапия* была направлена на формирование позитивного отношения к самому себе, на самопринятие, коррекцию депрессивных и невротических реакций на болезнь, коррекцию сенсорной депривации больных. Разработанная видеотерапия [7] рассматривается нами как метод седативной психологической коррекции, как разновидность музыкотерапии.

В процессе видеотерапии использовали специально подобранные видеофильмы с различными сюжетами природы: морские пейзажи, реки, водопады, степи, леса, пустыни, флора и фауна, закат и восход солнца, смены времен года на фоне спокойной классической музыки (Л. ван Бетховен, П.И. Чайковский, Э. Григ). Важным при подборе видеокассет являлось отсутствие вербального сопровождения сюжета. Таким образом, визуальное и звуковое воздействие были ориентированы на правое полушарие. Отсутствие текста (активизирующего левое полушарие) давало больший простор ассоциациям. Занятия проводились в группе 1-2 раза/нед, в течение 30–40 мин.

Больным рекомендовали расположиться удобно в кресле, «отодвинуть» мысли, расслабить мышцы рук и ног и наблюдать за изменениями сюжетов на экране. В случае возникновения утомления предлагали прикрыть глаза и сосредоточиться на восприятии музыки. При подборе видео-

материалов отдавали предпочтение фильмам с медленно сменяющимися друг друга кадрами, с однородной цветовой гаммой в течение одного сеанса, с медленным переходом от дальнего плана к крупному плану, а также с более спокойной музыкой. Терапевтическим действием, по нашим представлениям, обладает спокойный, гуманистический видеоряд, способствующий формированию ощущения целостности и гармонии мира, а также размышлениям о вечности явлений природы, дающий простор ассоциациям, формирующий жизнеутверждающее настроение.

По завершении занятий проводили опрос больных о состоянии во время занятия. На основании словесных отчетов все больные отмечали ощущение умиротворения и покоя, улучшение настроения во время занятия, улучшения сна.

По нашим наблюдениям, видеотерапия как симптомоцентрированная психологическая коррекция в процессе реабилитации больных с последствиями мозгового инсульта способствует уменьшению сенсорной депривации, формированию позитивной установки к окружающей среде, укреплению положительной Я-концепции и положительного комплайенса.

*Библиотерапия.* Индивидуально и в малой группе больных осуществляли библиотерапию, направленную на коррекцию сенсорной депривации, на формирование позитивного настроения больного и приверженности к лечению [8]. Больным рекомендовали читать книги, которые подбирались совместно с родственниками больных, в зависимости от интересов больного. Выбирали книги с оптимистическим настроением. По нашим наблюдениям, интересы к чтению в значительной мере изменялись после болезни. Те произведения и авторы, которые раньше радовали и доставляли удовольствие (Бунин, Чехов), перестали быть интересными. Интересы больных сместились к более простому, оптимистичному сюжету и короткому объему (юмористические рассказы, реже детективы, сказки, приключения). Если больной не мог читать самостоятельно, то читать книги для больного рекомендовалось родственникам больного. С родственниками обсуждали возможность применения современных форм библиотерапии: прослушивание больным записей стихов, рассказов, спектаклей на электронных носителях, прослушивание радиопередач (театр у микрофона и др.), просмотр определенных программ телевидения (клуб кинопутешествий, рассказы о животных, старые советские комедии).

Наряду с индивидуальными занятиями и занятиями в малой группе больным рекомендовали ежедневное посещение кабинета бытовой реабилитации, где они проходили занятия по *терапии занятости* и по *восста-*

*новлению бытовых навыков* (восстановлению навыков самообслуживания). На занятиях ставились индивидуальные задачи. Назначение занятий согласовывали с лечащим врачом. Занятия проводила специально подготовленная медсестра в отдельном кабинете.

Психолог осуществлял также семейное консультирование родственников, направленное на улучшение взаимодействия родственников и больных. Нередко инициаторами обращения к психологу были родственники, обеспокоенные эмоциональным состоянием больных, неверием их в выздоровление, апатичностью, нежеланием участвовать в лечебных мероприятиях. В ряде случаев родственники интересовались возможностью восстановления нарушенных функций (когнитивных, эмоциональных, поведенческих) больных, а также возможным их участием в сопровождении процесса восстановления, выполнения вместе с больным каких-либо заданий. В ряде случаев проводили семейное консультирование, направленное на улучшение возможностей взаимодействия родственников с больным (муж–жена, мать–дочь и др.). Социальная поддержка больных со стороны родственников имела важное значение в укреплении самопринятия после инсульта.

### **Результаты и их анализ**

По результатам психологического интервью выявлены ведущие соматические жалобы и жалобы на сенсорные и когнитивные нарушения больных (табл. 1).

Доминировали нестабильность артериального давления (97,6 %), двигательные нарушения (95,2 %), утомление (92,8 %), боли в руках и ногах (90,4 %), головная боль (89,3 %), среди психологических жалоб – снижение памяти (82,1 %), снижение сообразительности (47,6 %), нарушение сна (61,9 %), нарушение речи (39,3 %).

Положительные и отрицательные доминирующие эмоциональные состояния представлены в табл. 2. Отрицательные состояния явились мишенями при проведении психокоррекционной работы. Среди положительных качеств наиболее значимыми оказались надежда на выздоровление и терпение. Обследованные больные в силу большей выраженности двигательных и когнитивных нарушений с начала заболевания уже частично осознали необходимость этих двух качеств, без которых трудно восстанавливаться.

Таблица 1

## Динамика показателей жалоб больных, n (%)

Показатель	Период коррекции		Изменение показателей	p* <
	до	после		
Ведущие соматические жалобы				
Нестабильность АД	82 (97,6)	29 (34,5)	-53 (-63,1)	0,05
Двигательные нарушения	80 (95,2)	73 (86,9)	-7 (-8,3)	0,05
Утомление	78 (92,8)	46 (54,7)	-32 (-38,1)	0,05
Боли в руках и ногах	76 (90,5)	57 (67,9)	-19 (-22,6)	0,05
Головная боль	75 (89,3)	25 (29,8)	-50 (-59,5)	0,05
Беспокойство в области сердца	21 (25,0)	13 (15,5)	-8 (-9,5)	0,05
Ведущие жалобы на сенсорные и когнитивные нарушения				
Снижение памяти	69 (82,1)	42 (50,0)	-27 (-32,1)	0,05
Нарушение сна	52 (61,9)	19 (22,6)	-33 (-39,3)	0,05
Снижениесообразительности	40 (47,6)	18 (21,4)	-22 (-26,2)	0,05
Нарушение речи	33 (39,3)	25 (29,8)	-8 (-9,5)	0,05
Снижение зрения	19 (22,6)	11 (13,1)	-8 (-9,5)	0,05
Снижение слуха	8 (9,5)	6 (7,1)	-2 (-2,4)	-

Здесь и в табл. 2, 3 знаком \* отмечены различия по критерию знаков (G).

Таблица 2

## Динамика показателей эмоционального состояния больных, n (%)

Показатель	Период коррекции		Изменение показателей	p <
	До	после		
Отрицательное эмоциональное состояние				
Апатия	74 (88,1)	45 (53,6)	-29 (-34,5)	0,05
Боязнь повтора	59 (70,2)	28 (33,3)	-31 (-36,9)	0,05
Обида	49 (58,3)	21 (25)	-28 (-33,3)	0,05
Депрессия	42 (50,0)	14 (16,7)	-28 (-33,3)	0,05
Раздражительность	16 (19,1)	9 (10,7)	-7 (-8,4)	0,05
Чувство вины	14 (16,7)	11 (13,1)	-3 (-3,6)	-
Мнительность	15 (17,8)	13 (15,4)	-2 (-2,4)	-
Положительное эмоциональное состояние				
Надежда на выздоровление	41 (48,8)	76 (90,5)	+35 (+41,7)	0,05
Терпение	37 (44,1)	71 (84,5)	+34 (+40,4)	0,05
Удовлетворение восстановлением	19 (22,6)	38 (45,2)	+19 (+22,6)	0,05
Спокойствие	15 (17,8)	36 (42,8)	+21 (+25,0)	0,05
Интерес к лечению	13 (15,5)	48 (57,1)	+35 (+41,6)	0,05
Доверие к лечению	17 (20,2)	25 (29,7)	+8 (+9,5)	0,05

Самоотношение больных характеризовалось отрицательными и положительными оценками самого себя (табл. 3). Среди отрицательных оценок наблюдались: снижение своих способностей, физическая зависимость от помощи других людей. Больные считали себя иждивенцем, беспомощным инвалидом, выбитым из колеи жизни, утратившим авторитет в семье.

Таблица 3  
Динамика показателей самоотношения больных, n (%)

Показатель	Период коррекции		Изменение показателей	p* <
	до	после		
Отрицательное самоотношение				
Снижение способностей	84 (100)	73 (86,9)	-11 (-13,1)	0,05
Физически зависимый от помощи других	76 (90,5)	63 (75,0)	-13 (-15,5)	0,05
Иждивенец	68 (80,9)	47 (55,9)	-21 (-25,0)	0,05
Беспомощный, инвалид	54 (64,3)	24 (28,6)	-30 (-35,7)	0,05
Выбитый из колеи жизни	52 (61,9)	28 (33,3)	-24 (-28,6)	0,05
Утративший авторитет в семье	51 (60,7)	39 (46,4)	-12 (-14,3)	0,05
Положительное самоотношение				
Обучающийся	55 (65,5)	70 (83,3)	+15 (+17,8)	0,05
Терпеливый	53 (63,1)	66 (78,6)	+13 (+15,5)	0,05
Заботящийся о себе	43 (51,2)	51 (60,7)	+8 (+9,5)	0,05
Больной	33 (39,3)	49 (58,3)	+16 (+19,0)	0,05
Выздоровливающий	31 (36,9)	59 (70,2)	+28 (+33,3)	0,05
Самодостаточный	16 (19,1)	27 (32,2)	+11 (+13,1)	0,05
Достойный	13 (15,5)	38 (45,2)	+25 (+29,7)	0,05
Помогающий другим	9 (10,7)	12 (14,3)	+3 (3,6)	–

Среди своих позитивных, ресурсных, саногенных качеств больные отметили оценку «обучающийся» («научился сам садиться, самостоятельно надевать тапочки, сам вставать»), что повышало позитивную самооценку. Позитивными достижениями отмечалась следующие высказывания: «заботящийся о себе» («кладу руку (больную) в карман, чтобы не мешала»); «выздоровливающий» («стали пальчики шевелиться», «нога меньше подворачивается»). В меньшей степени были выражены оценки «самодостаточный»; «достойный»; «помогающий другим».

В процессе клинического интервью было выделены следующие установки больных по отношению к болезни:

1) переоценка тяжести заболевания наблюдалась у 54 (49,1 %) больных. В отношении к себе звучало самообесценивание («беспомощный, ин-

валид»), недооценка собственных возможностей восстановления («жизнь кончилась, все это уже не для меня»). У части больных сопровождалась депрессивными, ипохондрическими реакциями, самонеприятием и самонаказанием (уходом от возможных радостей жизни: интересная книга, вкусная еда, музыка);

2) недооценка болезни («все пройдет само по себе, со временем», «ничего делать не надо») сопровождалась отказом от процедур, негативизмом и была у 5 (5,9 %) пациентов. С больными с переоценкой тяжести состояния и с недооценкой болезни проводились прежде всего индивидуальная коррекция и затем, по возможности, 1 раз/нед занятия в малой группе;

3) принятие болезни – жизнь продолжается («я болен, и мне нужно лечиться») – наблюдалось у 25 (29,7 %) больных. После 2-3 установочных индивидуальных занятий больные включались в занятия малой группы.

Выявленные неадекватные установки больных препятствовали формированию приверженности к лечению и отношений сотрудничества с персоналом – они были мишенями при психокоррекционной работе.

После проведения программы психологической коррекции отмечается достоверно значимое снижение соматических и психологических жалоб (на сенсорные и когнитивные нарушения). У пациентов уменьшились вариабельность АД, головная боль, боль в руках и ногах, улучшился сон, снизилось утомление, отмечалось улучшение движений (см. табл. 1). Уменьшились жалобы на когнитивное снижение памяти и сообразительность. Больные выполняли задания на тренировку внимания, памяти, речи, которые необходимо было выполнять также самостоятельно и продолжить в домашних условиях.

После проведения психологической коррекции отмечается достоверное улучшение эмоционального состояния (см. табл. 2). В процессе индивидуальной коррекции больные осознавали, что выполнение назначений лечащего врача (регулярный контроль за АД, прием лекарств, соблюдение гипохолестериновой диеты, дозированной физической и психической нагрузки) является главным в профилактике рецидива и зависит во многом от самого себя. Больные осознавали собственную ответственность за свое восстановление и здоровье.

Также положительно изменилось и самоотношение (см. табл. 3). Достоверно значимо уменьшилась оценка себя как физически зависимого индивиденца, беспомощного инвалида, выбитого из колеи жизни.

Отмечаются положительная динамика по результатам методик: шкале самообслуживания Бартела, шкалам самооценки Дембо–Рубинштейн (табл. 4).

Таблица 4  
Динамика показателей методик у больных, (M ± σ) балл

Показатель	Период коррекции		p* <
	до	после	
Шкала самообслуживания Бартела	79,7 ± 3,8	85,0 ± 3,5	0,05
Качество жизни	2,2 ± 0,5	2,7 ± 0,2	–
Шкала самооценки Дембо–Рубинштейн:			
здоровье	31,4 ± 4,3	42,6 ± 3,7	0,05
настроение	31,3 ± 3,4	47,1 ± 3,2	0,05
самообслуживание	48,2 ± 4,2	66,1 ± 3,8	0,01
участие в лечении	46,8 ± 3,3	63,3 ± 3,5	0,01

\* – различия по t-критерию Стьюдента.

### Заключение

По завершении программы индивидуальной психологической коррекции с применением малогрупповых форм работы (музыкотерапии, арт-терапии, библиотерапии, видеотерапии, а также терапии занятостью и восстановлением бытовых навыков) отмечается улучшение эмоционального состояния и самоотношения больных. По результатам повторного клинического интервью после проведения программы психологической коррекции отмечаются готовность больных к принятию болезни и самопринятию, повышение приверженности к лечению, осознание необходимости собственной активности при восстановлении нарушенных функций.

Следует отметить, что значительные двигательные и когнитивные нарушения препятствовали части больным участвовать в малогрупповых занятиях арттерапии и музыкотерапии. В то же время больные смогли участвовать в видеотерапии. Таким образом, при оказании психологической помощи наиболее тяжелому контингенту больных после инсульта возможно применение видеотерапии, направленной на эмоциональную стабилизацию, снижение депривации. Библиотерапия у больных с сохранными функциями чтения также успешно применима, а в случае нарушения чтения – в виде прослушивания записей, просмотра телефильмов, старых советских комедий.

Применение программы индивидуальной психологической коррекции с использованием малогрупповых форм работы с больными со значительными нарушениями самообслуживания вследствие двигательных и когнитивных нарушений способствовало уменьшению депривации больных, эмоциональной стабилизации и самопринятию, повышению активизации больных в лечении.

### Литература

1. Александров А.А. Современная психотерапия. – СПб. : Акад. проект, 1997. – 334 с.
2. Балунов О.А., Демиденко Т.Д. Факторы, определяющие устойчивость уровня реабилитации постинсультных больных : метод. рекомендации. – СПб. : Изд-во С.-Петерб. психоневрол. науч.-исслед. ин-та им. В.М. Бехтерева, 1995. – 16 с.
3. Балунов О.А., Ананьева Н.И., Сафонова Н.Ю. Лакунарные инфаркты головного мозга: клиника, диагностика, вторичная профилактика : пособие для врачей. – СПб. : Изд-во С.-Петерб. психоневрол. науч.-исслед. ин-та им. В.М. Бехтерева, 2011. – 46 с.
4. Белова А.Н., Щепетова О.Н. Шкалы, тесты, опросники в медицинской реабилитации. – М. : Антитор, 2002. – 440 с.
5. Григорьева В.Н. Психосоматические аспекты нейрореабилитации. Хронические боли. – Н. Новгород : Изд-во НГМА, 2004. – 420 с.
6. Гусев Е.И., Боголепова А.Н. Когнитивные нарушения при цереброваскулярных заболеваниях. – [3-е изд.]. – М. : Медпресс-информ, 2013. – 176 с.
7. Демиденко Т.Д., Ермакова Н.Г. Основы реабилитации неврологических больных. – СПб. : Фолиант, 2004. – 304 с.
8. Ермакова Н.Г. Применение библиотерапии в процессе восстановительного лечения постинсультных больных // ESSJ = Европейский журнал социальных наук. – 2015. – Т. 1, № 1. – С. 313–320.
9. Ермакова Н.Г. Концепция психологической реабилитации больных с последствиями инсульта в условиях восстановительного лечения // Комплексная психологическая помощь в образовании и здравоохранении : материалы 5-й науч.-практ. конф. – СПб. : Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2015. – С. 28–36.
10. Кадыков А.С., Черникова Л.А., Шахпаранова Н.В. Реабилитация неврологических больных. – М. : Медпресс-информ, 2008. – 560 с.
11. Логунов К.В. Оценка эффективности лечебных и диагностических методов. – СПб. : СПбМАПО, 1999. – 26 с.
12. Михайлов В.А., Лукина Л.В., Балунов О.А. [и др.]. Терапия непсихотических психических расстройств в практике невролога // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2014. – № 4. – С. 100–105.
13. Парфенов В.А., Хасанова Д.Р. Ишемический инсульт. – М. : МИА, 2012. – 288 с.
14. Путилина М.В. Тревожно-депрессивные расстройства и инсульт // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2014. – № 6. – С. 86–93.

15. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методы патопсихологии и опыт их применения в клинике. – М. : Ин-т психотерапии, 2010. – 384 с.
16. Савина М.А. Постинсультная депрессия // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2005. – № 7. – С. 67– 77.
17. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии. – СПб. : Речь, 2007. – 350 с.
18. Sommerz-Flanagan Д., Sommerz-Flanagan Р. Клиническое интервьюирование. – М. : Вильямс, 2006. – 672 с.
19. Ташлыков В.А. Психология лечебного процесса. – Л., 1984. – 186 с.
20. Ташлыков В.А. Психологическая коррекция и психотерапия в соматической клинике // Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике / Л.И. Вассерман, Е.А. Трифонова, О.Ю. Щеглова. – СПб. : Речь, 2011. – С. 194–206.
21. Цветкова Л.С. Афазиология: современные проблемы и пути их решения. М. ; Воронеж : МОДЭК, 2010. – 744 с
22. Шевченко Ю.Л., Кузнецов А.Н., Виноградов О.И. Лакунарный инфаркт головного мозга. – М. : ПЕАН, 2011. – 159 с.
23. Gainotti G., Antonucci G., Marra C., Paolucci S. Relation between depression after stroke, antidepressant therapy, and functional recovery // J. of Neurology Neurosurgery and Psychiatry. – 2001. – Vol. 71, N 2. – P. 258–261.
24. Paolucci, S. Epidemiology and treatment of post-stroke depression // Neuropsychiatric Disease and Treatment. – 2008. – Vol. 4, N 1. – P. 145–154.
25. Thomas S.A., Lincoln N.B. Predictors of emotional distress after stroke // Stroke. – 2008. – Vol. 39, N 4. – P. 1240–1245.

**Ermakova N.G.** Primenenie individualnoi psikhologicheskoi korreksii pri vosstanovitel'nom lechenii bol'nykh s posledstviyami kognitivnykh i dvigatelnykh narushenii posle insulta [Psychological care in rehabilitation of patients with cognitive and motor disorders after stroke]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2016. N 57. P. 30–48.

The Herzen State Pedagogical University of Russia  
(Russia, St. Petersburg, Moika Embankment, 48)

Ermakova Nataliya Georgievna – PhD Psychol. Sci., Associate Prof. of the Chair of Clinical psychology and Psychological Care Herzen State Pedagogical University of Russia (Russia, 191186, Saint-Petersburg, Moika Embankment, 48); e-mail: nataliya.ermakova@yandex.ru.

Abstract. The results of testing of compiled programs of the psychological care in patients with impaired cognitive and motor function after a stroke aimed at the emotional stabilization and activation of patients. The program was focused on the formation of a positive attitude to himself, to the illness and the treatment in the rehabilitation process. Along with individual psychological correction were conducted applied lessons in small groups with the use of art therapy, music therapy, bibliotherapy,

videoterapii. The results of the application of correctional programs in 84 patients with ischemic effects (I69.3 ICD-10) and hemorrhagic stroke (I69.1 ICD-10) in a stationary rehabilitation. Upon completion of the program of individual psychological care marked improvement in the emotional state of the self, adherence to treatment.

Keywords: clinical (medical) psychology, rehabilitation, stroke, cognitive and motor disorders, individual psychological care, adherence to treatment, psychological testing.

### References

1. Aleksandrov A.A. *Sovremennaya psikhoterapiya* [Modern psychotherapy]. Sankt-Peterburg. 1997. 334 p. (In Russ.)
2. Balunov O.A., Demidenko T.D. *Faktory opredelyayushchie ustoichivost' urovnya reabilitatsii postinsul'tnykh bol'nykh* [Factors determining the sustainable level of rehabilitation of post-stroke patients]. Sankt-Peterburg. 1995. 16 p. (In Russ.)
3. Balunov O.A., Anan'eva N.L., Safonova N.Yu. *Lakunarnye infarkty golovnogo mozga: klinika, diagnostika, vtorichnaya profilaktika* [Lacunar infarction of the brain: clinic, diagnosis, secondary prevention]. Sankt-Peterburg. 2011. 46 p. (In Russ.)
4. Belova A.N., Shchetpova O.N. *Shkaly, testy, oprosniki v meditsinskoj reabilitatsii* [Scale, tests, questionnaires in medical rehabilitation]. Moskva. 2002. 440 p. (In Russ.)
5. Grigor'eva V.N. *Psikhosomaticheskie aspekty neiroreabilitatsii. Khronicheskie boli* [Psychosomatic aspects of neurorehabilitation]. Nizhnii Novgorod. 2004. 420 p. (In Russ.)
6. Gusev E.I., Bogolepova A.N. *Kognitivnye narusheniya pri tserebrovaskulyarnykh zabol'evaniyakh* [Cognitive impairment in cerebrovascular disease]. Moskva. 2013. 176 p. (In Russ.)
7. Demidenko T.D., Ermakova N.G. *Osnovy reabilitatsii nevrologicheskikh bol'nykh* [Basics of the rehabilitation of neurological patients]. Sankt-Peterburg. 2004. 304 p. (In Russ.)
8. Ermakova N.G. *Primenenie biblioterapii v protsesse vosstanovitel'nogo lecheniya postinsul'tnykh bol'nykh* [The use of bibliotherapy in the process of rehabilitation treatment of patients after stroke]. *ESSJ Evropeiskii zhurnal sotsial'nykh nauk*. [European Social Science Journal]. 2015. Vol. 1, N 1. Pp. 313–320.
9. Ermakova N.G. *Kontseptsiya psikhologicheskoi reabilitatsii bol'nykh s posledstviyami insul'ta v usloviyakh vosstanovitel'nogo lecheniya* [The concept of psychosocial rehabilitation of patients with stroke in a rehabilitation treatment]. *Kompleksnaya psikhologicheskaya pomoshch' v obrazovanii i zdravookhraneniye* [Complex psychological care in education and health] : Scientific. Conf. Proceedings. Sankt-Peterburg. 2015. Pp. 28–36. (In Russ.)
10. Kadykov A.S., Chernikova L.A., Shakhparanova N.V. *Reabilitatsiya nevrologicheskikh bol'nykh* [Rehabilitation of neurological patients]. Moskva. 2008. 560 p. (In Russ.)
11. Logunov K.V. *Otsenka effektivnosti lechebnykh i diagnosticheskikh metodov* [Evaluation of the effectiveness of therapeutic and diagnostic methods]. Sankt-Peterburg. 1999. 26 p. (In Russ.)

12. Mikhailov V.A., Lukina L.V., Balunov O.A. [et al.]. Terapiya nepsichoticheskikh psikhicheskikh rasstroistv v praktike nevrologa [Therapy non-psychotic mental disorders in the practice of the neurologist]. *Obozrenie psikhiiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V.M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 2014. N 4. Pp. 100–105. (In Russ.)
13. Parfenov V.A., Khasanova D.R. Ishemicheskii insult [Ischemic stroke]. Moskva. 2012. 288 p.
14. Putilina M.V. Trevozhno-depressivnye rasstroistva i insult [Anxiety and depressive disorders and stroke]. *Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii im. S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2014. N 6. Pp. 86–93. (In Russ.)
15. Rubinshtein S.Ya. Eksperimental'nye metody patopsikhologii i opyt ikh primeneniya v klinike [Experimental methods pathopsychology and experience of their use in the clinic]. Moskva. 2010. 384 p. (In Russ.)
16. Savina M.A. Postinsul'tnaya depressiya [Depressive disorders after stroke]. *Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii im. S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2005. N 7. Pp. 67–77. (In Russ.)
17. Sidorenko E.V. Metody matematicheskoi obrabotki v psikhologii [Mathematical processing methods in psychology]. Sankt-Peterburg. 2007. 350 p. (In Russ.)
18. Sommerz-Flanagan D., Sommerz-Flanagan R. Klinicheskoe interv'yuirovanie [Clinical interviews]. Moskva. 2006. 672 p. (In Russ.)
19. Tashlykov V.A. Psikhologiya lechebnogo protsesssa [The psychology of the therapeutic process]. Leningrad. 1984. 186 p. (In Russ.)
20. Tashlykov V.A. Psikhologicheskaya korrektsiya i psikhoterapiya v somaticheskoi klinike [Psychological correction and psychotherapy in somatic clinic]. *Psikhologicheskaya diagnostika i korrektsiya v somaticheskoi klinike* [Psychological diagnostics and correction in somatic clinic] : collection of scientific works. Eds. L.I. Vasserman, E.A. Trifonova. O.Yu. Shcheglova. Sankt-Peterburg. 2011. Pp. 194–206. (In Russ.)
21. Tsvetkova L.S. Afaziologiya: sovremennye problemy i puti ikh resheniya [Aphasiology: current problems and and their solutions]. Moskva ; Voronezh. 2010. 744 p. (In Russ.)
22. Shevchenko Yu.L., Kuznetsov A.N., Vinogradov O.I. Lakunarnyi infarkt golovnogogo mozga [Lacunar brain infarction]. Moskva. 2011. 159 p. (In Russ.)
23. Gainotti G., Antonucci G., Marra C., Paolucci S. Relation between depression after stroke, antidepressant therapy, and functional recovery. *J. of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*. 2001. Vol. 71, N 2. Pp. 258–261.
24. Paolucci, S. Epidemiology and treatment of post-stroke depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2008. Vol. 4, N. 1. Pp. 145–154.
25. Thomas S.A., Lincoln N.B. Predictors of emotional distress after stroke. *Stroke*. 2008. Vol. 39, N 4. Pp. 1240–1245.

Received 20.01.2016