

## Особенности эмоционального состояния, качества жизни пациентов после инсульта и направленность программы психологической помощи

Н. Г. Ермакова<sup>1</sup>, Е. В. Гаврюшкина<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Российский государственный педагогический университет им. А. И. Герцена, 191186, Россия, г. Санкт-Петербург, наб. реки Мойки, д. 48

### Сведения об авторах:

**Наталья Георгиевна Ермакова**

e-mail: nataliya.ermakova@yandex.ru

SPIN: 8037-9078

Scopus AuthorID: 57216493968

ResearcherID: AAD-1734-2019

ORCID: 0000-0002-3015-8488

**Екатерина Владимировна Гаврюшкина**

e-mail: ekaterinagavryshkina@gmail.com

© Авторы (2025).

Опубликовано Российским государственным педагогическим университетом им. А. И. Герцена.

**Аннотация.** После перенесенного инсульта в клинической картине наряду с двигательными и когнитивными нарушениями у пациентов от 40 до 60 % отмечаются эмоциональные нарушения (Боголепова 2019; Кадыков и др. 2021), которые могут зависеть от локализации очага поражения или иметь психогенный характер. Эмоциональные нарушения после инсульта могут снижать приверженность лечению, затруднять процесс реабилитации (Ковальчук и др. 2022; Танащян и др. 2023). В связи с этим актуальным является изучение особенностей эмоционального состояния пациентов с последствиями инсульта.

Целью настоящего исследования является выявление клиничко-психологических особенностей

эмоционального состояния и стратегий совладающего поведения у больных с различной локализацией очага поражения и разработка программы психологической помощи. В исследовании участвовали 75 пациентов в раннем восстановительном периоде после инсульта, наблюдавшиеся в условиях медицинских стационаров г. Санкт-Петербурга и г. Пскова. Пациенты были разделены на три группы: с очагом поражения в левом, в правом полушарии и в вертебробазилярном бассейне (ВББ). Методы исследования: клиничко-психологическое интервью, оценка качества жизни (EQ-5D), Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), шкала САН, оценка самообслуживания (Д. Бартел) и когнитивных функций (MMSE); опросник «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса в адаптации Л. И. Вассермана. В исследование не включались пациенты с выраженными двигательными и когнитивными нарушениями.

По результатам исследования у больных с очагом поражения в правом полушарии значительно больше трудности в уходе за собой, что может быть связано с нарушением у них оптико-пространственных функций, по сравнению с группой ВББ. Больные с правополушарным поражением значительно чаще используют копинг-стратегию самоконтроля по сравнению с больными с поражением в левом полушарии. По показателям депрессии и тревоги различия не выявлены, но показатели тревоги выше нормы во всех трёх группах. Была разработана программа психологической помощи, направленная на обучение приемам эмоциональной стабилизации и навыкам совладания со стрессом, а также повышение приверженности лечению.

**Ключевые слова:** пациенты после инсульта, эмоциональное нарушение, копинг-стратегии, психологическая помощь

# The emotional state and quality of life in patients after a stroke and the focus of a psychological assistance program

N. G. Ermakova<sup>1</sup>, E. V. Gavryushkina<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Herzen State Pedagogical University of Russia, 48 Moika Emb., Saint Petersburg 191186, Russia

## Authors:

**Natalya G. Ermakova**

e-mail: nataliya.ermakova@yandex.ru

SPIN: 8037-9078

Scopus AuthorID: 57216493968

ResearcherID: AAD-1734-2019

ORCID: 0000-0002-3015-8488

**Ekaterina V. Gavryushkina**

e-mail: ekaterinagavryushkina@gmail.com

Copyright:

© The Authors (2025).

Published by Herzen State

Pedagogical University of Russia.

**Abstract.** Along with motor and cognitive impairments, the clinical picture of stroke in 40–60% of patients includes emotional disorders (Bogolepova 2019; Kadykov et al. 2021), which may depend on lesion localization or be psychogenic in nature. Emotional disorders after a stroke can reduce treatment adherence and complicate the rehabilitation process (Kovalchuk et al. 2022; Tanashyan et al. 2023), highlighting the importance of studying the emotional state of patients experiencing post-stroke consequences.

This study aimed to identify the clinical and psychological characteristics of emotional state and coping strategies in patients with different lesion localizations and to develop a psychological assistance program. The study involved 75 patients in the early recovery period after a stroke, observed in hospitals in Saint Petersburg

and Pskov. Patients were divided into three groups depending on lesion localization: left hemisphere, right hemisphere, and vertebrobasilar basin (VBB). The study employed the clinical and psychological interview method and the following questionnaires: the EQ-5D questionnaire to assess quality of life, the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), the Well-Being, Activity and Mood Scale (WAM), the Barthel Index to assess activities of daily living, the Mini-Mental State Examination (MMSE), and the Ways of Coping Questionnaire (R. Lazarus). Patients with severe motor or cognitive impairments were not included.

Patients with right-hemisphere lesions exhibited significantly more difficulties in self-care compared to the VBB group, which may be associated with damage to their visuospatial functions. They were also significantly more likely to use self-control as a coping strategy compared to patients with left-hemisphere lesions. No differences were found among the groups regarding depression and anxiety, although anxiety was elevated in all three groups. A psychological assistance program was developed, aimed at teaching techniques for emotional stabilization, enhancing stress-coping skills, and increasing treatment adherence.

**Keywords:** post-stroke patients, emotional disorder, coping strategies, psychological assistance

## Введение

По данным Всемирной организации здравоохранения, инсульт входит в десятку самых значимых медицинских и социальных проблем. В России ежегодно регистрируется 450 тыс. случаев инсульта, при этом летальность составляет 35%, а инвалидизация – 80% (Кадыкови др. 2021). Наряду с двигательными и когнитивными нарушениями после инсульта

(Боголепова и др. 2024), отмечаются эмоциональные нарушения в виде депрессивных и тревожных расстройств (Бельская, Лукьянчикова 2017; Гоголева, Захаров 2019); а также агрессивные нарушения (Кутлубаев и др. 2023). Эмоциональные нарушения могут иметь органическое происхождение в зависимости от локализации и объёма очага поражения (Боголепова 2019), а также иметь психогенный ха-

ракти, как реакция на болезнь (Ермакова 2022; Михайлов и др. 2021; McCarthy et al. 2016).

Двигательное и когнитивное снижение после инсульта приводит к ограничению самообслуживания, нередко сопровождается невротическими, депрессивными реакциями на болезнь, что снижает приверженность лечению (Ковальчук и др. 2022; Танащян и др. 2023), в связи с чем является актуальным изучение эмоционального состояния пациентов после инсульта и обозначение направленности программы психологической помощи.

### Материалы и методы исследования

Гипотеза исследования заключается в том, что характер нарушений эмоциональной сферы у пациентов после инсульта различается в зависимости от локализации очага поражения в левом, правом полушарии и в вертебробазиллярном бассейне.

Целью настоящего исследования является изучение особенностей эмоциональной сферы пациентов на раннем этапе реабилитации с учетом локализации очага поражения, а также разработка направлений психологической помощи.

Критерии включения: наличие подтвержденного диагноза ишемического инсульта, нахождение пациента на этапе ранней реабилитации в условиях неврологического стационара.

Критерии исключения: транзиторная ишемическая атака, геморрагический инсульт, выраженные когнитивные, речевые и двигательные нарушения, соматическая патология в стадии декомпенсации.

В исследование приняли участие 75 пациентов в возрасте от 42 до 85 лет; 33 мужчины и 42 женщины на этапе ранней реабилитации (5–7 дней) после ишемического инсульта. Пациенты были распределены на три группы в зависимости от локализации очага поражения. Группу 1 составили 33 пациента (21 женщина, 12 мужчин), у них очаг поражения находился в левом полушарии и наблюдался правосторонний гемипарез легкой и средней тяже-

сти, чувствительные нарушения. В группу 2 вошли 24 пациента с очагом поражения в правом полушарии (12 женщин, 12 мужчин), у них наблюдался левосторонний гемипарез легкой и средней тяжести. В группу 3 вошли 18 пациентов с очагом поражения в вертебробазиллярном бассейне (9 женщин, 9 мужчин), у них отмечалась неустойчивость при ходьбе.

Исследование проводилось на базе ГБУЗ «Псковской областной клинической больницы» (г. Псков) и СПбГБУЗ «Городской больницы № 15» (г. Санкт-Петербург). Все пациенты дали информированное согласие на проводимое психологическое исследование.

### Методы исследования

Применялись клиничко-психологические, скрининговые и экспериментально-психологические методы:

1. Структурированное клиническое интервью.

2. Анализ медицинской документации.

3. Оценка психического статуса MMSE (Mini-Mental State Examination) (Белова 2018). Чем выше балл, тем лучше состояние когнитивных функций.

4. Оценка самообслуживания «Индекс Бартела» (Barthel Index, Mahoney FI, Barthel DW) (оценивает уровень самообслуживания). Чем больше балл, тем выше самообслуживание (Белова 2018).

5. Шкала оценки качества жизни EQ5D-3L. Обратная шкала: чем больше балл по оценке (подвижность, самообслуживание, бытовая активность, боль, тревога и депрессия), тем хуже состояние; но чем выше балл по самооценке здоровья, тем выше оценивает свое здоровье пациент в момент исследования (Александрова, Хабидулина 2019).

6. Опросник «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (The Hospital Anxiety and Depression Scale) (HADS), A. S. Zigmond и R.P. Snaithe в адаптации М. Ю. Дробичева) (Белова 2018). Чем выше балл, тем выше тревога или депрессия.

7. Методика «Самочувствие, активность, настроение (САН)» (Райгородский 2025).

Чем выше балл, тем больше выраженность признака.

8. Опросник «Копинг-стратегии в стрессовых ситуациях» (Вассерман 2009). Чем выше балл, тем больше выраженность признака.

Применялись методы математической статистики: описательная статистика, оценка средних значений показателей, проведен сравнительный анализ показателей с применением критерия Краскела – Уоллеса и непараметрического критерия Манна – Уитни с использованием программы SPSS и Statistica.

## Результаты исследования

*Результаты сравнительного анализа показателей самообслуживания и качества жизни.*

По показателю самообслуживания значимых различий у пациентов 1, 2 и 3 группы не выявлено (таблицы 1, 2). Пациенты всех трех групп могли самостоятельно (или с тростью) передвигаться по палате, доходить до туалета, до столовой при сохранении отдельных симптомов (неустойчивость при ходьбе, нарушение чувствительности, головокружение, быстрая утомляемость).

**Таблица 1. Показатели средних значений 1 (очаг в левом полушарии), 2 (очаг в правом полушарии) и 3 (очаг в ВББ) группы исследования, значимость по критерию Краскела – Уоллеса ( $p < 0,05$ )**

Показатели	Группа(1) (n=33) (M± SD)	группа (2) (n=24) (M± SD)	группа (3) (n=18) (M± SD)	К-У P<0,05*
Шкала самообслуживания	82.67 ± 18.84	79.46 ± 23.11	91.33 ± 4.99	-
EQ-5D (здоровье)	58.61 ± 19.70	61.38 ± 20.70	63.56 ± 16.55	-
EQ-5D Уход за собой	1.39 ± 0.66	1.50 ± 0.78	1.06 ± 0.24	*
MMSE	22.94 ± 6.41	23.33 ± 5.04	25.61 ± 3.05	-
HADS тревога	7.21 ± 3.71	7.38 ± 2.76	7.17 ± 2.77	-
HADS депрессия	5.09 ± 2.72	5.42 ± 2.70	3.89 ± 1.94	-
Самочувствие	4.91 ± 0.88	4.63 ± 1.11	5.35 ± 0.68	-
Активность	4.63 ± 1.18	4.73 ± 0.64	5.15 ± 0.61	-
Настроение	5.37 ± 1.11	5.55 ± 0.94	5.92 ± 0.61	-
Конфронтация	50.76 ± 11.70	54.04 ± 12.09	49.28 ± 10.99	-
Дистанцирование	51.30 ± 8.73	56.21 ± 10.49	54.83 ± 9.26	-
Самоконтроль	43.73 ± 8.14	49.25 ± 10.55	52.67 ± 8.50	*
Поиск социальной поддержки	48.91 ± 8.57	48.00 ± 8.62	48.50 ± 8.04	-
Принятие ответственности	47.70 ± 10.86	50.13 ± 7.04	47.17 ± 9.69	-
Бегство-избегание	56.45 ± 9.84	54.29 ± 9.24	52.72 ± 11.58	-
Планирование решения проблемы	45.24 ± 10.50	47.75 ± 9.93	49.67 ± 9.69	-
Позитивная переоценка ситуации	48.52 ± 10.06	46.96 ± 7.79	49.72 ± 10.55	-

По показателю качества жизни EQ-5D значимые различия отмечались только по показателю EQ-5D (Уход за собой) у пациентов 2 и 3 группы (таблица 1, 2). Пациенты с очагом поражения в ВББ значительно меньше испытывают проблем по уходу

за собой, чем пациенты с очагом в правом полушарии, у которых наблюдался левосторонний гемипарез, снижение оптико-пространственных функций и конструктивного праксиса.

**Таблица 2. Сравнение показателей пациентов 1 (очаг в левом полушарии), 2 (очаг в правом полушарии), и 3(очаг в ВББ) группы исследования по критерию Манна – Уитни (U)**

Показатели	группа 1 и группа 2 U/p	группа 1 и группа 3 U/p	группа 2 и группа 3 U/p
Шкала самообслуживания	383/0,830	387/0,066	285/0,71
EQ5D, здоровье	376/0,743	277/0,688	211/0,898
EQ5D (уход за собой )	376/0,693	222/0,39	154/0,028*
MMSE	387,5/0,890	344/0,352	273/0,145
HADS Тревога	457/0,320	322,5/0,613	207,5/0,826
HADS Депрессия	438/0,493	227/0,161	144/0,062
САН самочувствие	360,5/0,564	376,5/0,109	287,5/0,065
САН активность	413,5/0,776	381/0,095	297,5/0,37
САН настроение	432,5/0,554	400/0,42	265,5/0,188
Конфронтация	351,5/0,471	273/0,635	165/0,193
Дистанцирование	309/0,158	237/0,236	206,5/0,809
Самоконтроль	257,5/0,025*	132/0,01*	170,5/0,246
Поиск социальной поддержки	257,5/0,916	295/0,976	211,5/0,909
Принятие ответственности	345/0,406	294/0,953	196,5/0,617
Бегство избегание	305,5/0,461	260/0,465	208,5/0,849
Планирование решения	310,5/0,166	211,5/0,91	187,5/0,467
Переоценка ситуации	356/0,516	332,5/0,482	167,5/0,217

*Результаты оценки когнитивных функций.* По показателям оценки когнитивных функций по шкале MMSE статистически значимых различий не выявлено. В то же время у пациентов 1 и 2 группы отмечались жалобы на снижение памяти, что и проявилось в легком когнитивном снижении: 1 группа ( $22.94 \pm 6.41$ ); и 2 группа ( $23.33 \pm 5.0$ ) (таблица 1). Более высокие средние значения у пациентов с ВББ ( $25.61 \pm 3.05$ ). В целом, все пациенты понимали инструкцию и справлялись с заданиями.

*Результаты оценки эмоционального состояния.* По показателям Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) значимых различий не выявлено (таблица 1 и 2). Средний балл по депрессии ниже критического уровня (ниже 7 баллов). У пациентов всех групп низкие показатели по депрессии: 1 группа ( $5.09 \pm 2.72$ ); 2 группа ( $5.42 \pm 2.70$ ); 3 группа ( $3.89 \pm 1.94$ ); что подтверждается и данными интервью.

Показатель по шкале тревоги имеет пограничные значения: 1 группа ( $7.21 \pm 3.71$ ); 2 группа ( $7.38 \pm 2.76$ ); 3 группа ( $7.17 \pm 2.77$ ). По данным интервью тревога связана с трудно предсказуемыми возможностями восстановления нарушенных функций, длительным процессом реабилитации, а

также с опасениями по поводу возможного повторения заболевания, что может быть мишенью при разработке программы психологической помощи.

*По результатам методики САН* значимых различий не выявлено (таблица 1, 2). Показатели свидетельствуют об относительно уравновешенном настроении и удовлетворительном самочувствии. Отмечались жалобы на быструю утомляемость у всех пациентов, которая может быть связана со снижением активности ретикулярной формации (энергетического блока по А. Р. Лурия) на этапе ранней реабилитации.

*По результатам методики «Копинг-стратегии в стрессовых ситуациях»* значимые различия выявлены только по показателю «Самоконтроль» (таблица 1, 2). Трудности самообслуживания при наличии гемипареза являются стрессовым фактором для пациентов после инсульта и требуют повышенного внимания и терпения.

У пациентов с очагом поражения в правом полушарии выше показатели самоконтроля по сравнению с пациентами с очагом в левом полушарии, что можно объяснить сохранной функцией правой руки у пациентов 2 группы и нарушением

двигательной функции в правой руке у пациентов с очагом в левом полушарии. В то же время показатели самоконтроля у пациентов с очагом в правом полушарии ниже по сравнению с пациентами с очагом в ВББ, что можно пояснить наличием у них левостороннего гемипареза и снижения двигательной функции в левой руке, в то время как у пациентов с ВББ гемипарез не наблюдался.

На основании полученных результатов была разработана коррекционная программа, направленная на формирование позитивной лечебной и жизненной перспективы, приверженности лечению, на освоение приемов совладания со стрессом и приемов психологической саморегуляции.

### Обсуждение результатов

После перенесенного инсульта наряду с двигательными и когнитивными нарушениями отмечаются и эмоциональные расстройства в зависимости от обширности и локализации очага поражения, а также как психогенной реакции на последствия заболевания (Кадыков и др. 2021; Кутлубаев и др. 2023).

По результатам нашего исследования, по показателям когнитивных функций у пациентов с локализацией очага в правом и левом полушарии по сравнению с пациентами с очагом в ВББ значимых различий не выявлено. В то же время показатели когнитивных функций у пациентов с локализацией очага в правом и левом полушарии можно оценить как легкое когнитивное снижение, что преимущественно связано со снижением памяти (по данным MMSE и данным интервью). У пациентов с ВББ более высокие показатели когнитивных функций.

По показателям качества жизни EQ-5D и показателям самооценки настроения и самочувствия (САН) пациенты находились в удовлетворительном состоянии и настроении. По показателям активности (САН) и по данным интервью, пациенты отмечали быструю утомляемость, что совпадает с данными других авторов, отмеча-

ющих астению у пациентов на раннем этапе реабилитации (Ковальчук и др. 2022), которая связана со снижением активности ретикулярной формации.

Показатели депрессии (HADS) во всех трех группах находятся в пределах нормы. Средний балл по депрессии ниже критического уровня (ниже 7 баллов), что подтверждается и данными интервью. Умеренные двигательные нарушения, а также удовлетворительные показатели самообслуживания, по-видимому, и объясняют низкие показатели по депрессии: ряд авторов отмечают, что эмоциональное состояние зависит от тяжести инсульта и его последствий (Кадыков и др. 2021). В то же время сохранялись нарушения координации, неловкость движений, чувствительные расстройства, головокружение, нестабильность артериального давления, что сохраняло уровень тревоги.

По показателям тревоги (HADS) значимых различий не выявлено, в то же время тревога во всех группах оценивается как субклиническая тревога, что подтверждается данными других исследователей (Гоолева, Захаров 2019; Ермакова 2022; Михайлов и др. 2021). Это можно объяснить трудной предсказуемостью и длительностью периода восстановления нарушенных функций, которые могут быть мишенями для разработки программы психологической помощи

### Выводы

1. У пациентов после инсульта с достаточным уровнем самообслуживания и легким снижением когнитивных функций на раннем этапе реабилитации отмечается уровень депрессии ниже клинических значений, удовлетворительное самочувствие и настроение, хотя отмечается снижение активности.

2. У пациентов с очагом поражения в правом и левом полушарии головного мозга и с очагом вертебробазиллярном бассейне отмечается субклинический уровень тревоги, что можно объяснить неопределенностью и длительностью восстановления нарушенных функций, опасе-

ниями по поводу рецидива заболевания, что является мишенью для разработки программы психологической помощи.

3. На основании полученных данных была разработана программа психологи-

ческой помощи, направленная на формирование позитивной лечебной и жизненной перспективы, освоение приемов совладания со стрессом и приемов психологической саморегуляции.

### Литература

- Александрова, Е. А., Хабибуллина, А. Р. (2019) Методология оценки качества жизни связанного со здоровьем с использованием опросника EQ-5D-3L. *Российский медицинский журнал*, т. 25, № 4, с. 202–209. DOI: 10.18821/0869-2106-2019-25-4-202-209
- Белова, А. Н. (2018) *Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии*. 3-е изд. М.: Практическая медицина, 696 с.
- Бельская, Г. Н., Лукьянчикова, Л. В. (2017) Качество жизни, тревожно-депрессивное расстройство и когнитивные функции на фоне восстановительного лечения ишемического инсульта. *Саратовский научно-медицинский журнал*, т. 13, № 1, с. 51–57.
- Боголепова, А. Н. (2019) Сосудистая депрессия и когнитивная дисфункция. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*, т. 11, № 3S, с. 26–31. DOI: 10.14412/2074-2711-2019-3S-26-31
- Боголепова, А. Н., Мхитарян, Э. А., Левин, О. С. (2024) Когнитивные нарушения при сосудистых заболеваниях головного мозга. *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*, т. 124, № 4, вып. 2, с. 12–16. DOI: 10.17116/jnevro202412404212
- Вассерман, Л. И. (2009) *Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями*. СПб.: СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 38 с.
- Гоголева, А. Г., Захаров, В. В. (2019) Тревожно-депрессивные расстройства у пациентов после инсульта: распространенность, подходы к диагностике и терапии. *Эффективная фармакотерапия. Неврология и психиатрия*, т. 15, № 34, с. 36–44. DOI: 10.33978/2307-3586-2019-15-34-36-44
- Ермакова, Н. Г. (2022) *Психологическая реабилитация больных с последствиями инсульта*. СПб.: Айсинг, 314 с.
- Кадыков, А. С., Черникова, Л. А., Шахпаронова, Н. В. (2021) *Реабилитация неврологических больных*. М.: Медпресс информ, 560 с.
- Ковальчук, В. В., Дроздова, М. С., Нестерин, К. В. (2022) Факторы успеха и причины неудач реабилитации пациентов, перенесших инсульт. Новые возможности нейропротективной терапии. *Эффективная фармакотерапия*, т. 18, № 43, с. 28–36. DOI: 10.33978/2307-3586-2022-18-43-28-36
- Кутлубаев, М. А., Ахметова, А. И., Озерова, А. И. (2023) Эмоциональные расстройства после инсульта. *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*, т. 123, № 12, вып. 2, с. 30–35. DOI: 10.17116/jnevro202312312230
- Михайлов, В. А., Лукина, Л. В., Сафонова, Н. Ю. (2021) Эффективность нейротропной терапии при лечении непсихотических психических расстройств у пациентов, перенесших церебральный инсульт. *Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева*, т. 55, № 2, с. 37–44. DOI: 10.31363/2313-7053-2021-55-2-37-44
- Райгородский, Д. Р. (ред.). (2025) *Практическая психодиагностика. Методики и тесты*. Самара: Бахрах-М, 672 с.
- Танашян, М. М., Антонова, К. В., Лагода, О. В. и др. (2023) Приверженность лечению у пациентов с цереброваскулярными заболеваниями как мультифакториальная проблема. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*, т. 15, № 1, с. 18–27. DOI: 10.14412/2074-2711-2023-1-18-27

McCarthy, M. J., Sucharew, H. J., Alwell, K. et al. (2016) Age, subjective stress, and depression after ischemic stroke. *Journal of Behavioral Medicine*, vol. 39, pp. 55–64. DOI: 10.1007/s10865-015-9663-0

### References

- Aleksandrova, E. A., Khabibullina, A. R. (2019) Metodologiya otsenki kachestva zhizni svyazanogo so zdorov'em s ispol'zovaniem oprosnika EQ-5D-3L [Methodology of health-related quality of life assessment using the EQ-5D-3L questionnaire]. *Rossiyskiy meditsinskiy zhurnal — Medical Journal of the Russian Federation, Russian journal*, vol. 25, no. 4, pp. 202–209. DOI: 10.18821/0869-2106-2019-25-4-202-209 (In Russian)
- Belova, A. N. (2018) *Shkaly, testy i oprosniki v nevrologii i neyrokhirurgii [Scales, tests and questionnaires in neurology and neurosurgery]*. 3rd ed. Moscow: Prakticheskaya meditsina Publ., 696 p. (In Russian)
- Belskaya, G. N., Luk'yanchikova, L. V. (2017) Kachestvo zhizni, trevozhno-depressivnoe rasstroystvo i kognitivnye funktsii na fone vosstanovitel'nogo lecheniya ishemicheskogo insul'ta [Quality of life, anxiety-depressive disorder and cognitive functions during rehabilitation of ischemic stroke]. *Saratovskiy nauchno-meditsinskiy zhurnal — Saratov Journal of Medical Scientific Research*, vol. 13, no. 1, pp. 51–57. (In Russian)
- Bogolepova, A. N. (2019) Sosudistaya depressiya i kognitivnaya disfunktsiya [Vascular depression and cognitive dysfunction]. *Nevrologiya, neyropsikhiatriya, psichosomatika — Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*, vol. 11, no. 3S, pp. 26–31. DOI: 10.14412/2074-2711-2019-3S-26-31 (In Russian)
- Bogolepova, A. N., Mkhitarian, E. A., Levin, O. S. (2024) Kognitivnye narusheniya pri sosudistykh zabolevaniyakh golovnogogo mozga [Cognitive impairments in cerebrovascular diseases]. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii imeni S. S. Korsakova — S. S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*, vol. 124, no. 4, iss. 2, pp. 12–16. DOI: 10.17116/jnevro202412404212 (In Russian)
- Gogoleva, A. G., Zakharov, V. V. (2019) Trevozhno-depressivnye rasstroystva u patsientov posle insul'ta: rasprostranennost', podkhody k diagnostike i terapii [Anxiety and depressive disorders in post-stroke patients: prevalence, diagnostic and therapy approaches]. *Effektivnaya farmakoterapiya. Nevrologiya i psikhiatriya — Effective Pharmacotherapy. Neurology and Psychiatry*, vol. 15, no. 34, pp. 36–44. DOI: 10.33978/2307-3586-2019-15-34-36-44 (In Russian)
- Ermakova, N. G. (2022) *Psikhologicheskaya rehabilitatsiya bol'nykh s posledstviyami insul'ta [Psychological rehabilitation of patients with the consequences of stroke.]*. Saint Petersburg: Aising Publ., 314 p. (In Russian)
- Kadykov, A. S., Chernikova, L. A., Shakhparonova, N. V. (2021) *Rehabilitatsiya nevrologicheskikh bol'nykh [Rehabilitation of neurological patients]*. Moscow: Medpress Inform Publ., 560 p. (In Russian)
- Koval'chuk, V. V., Drozdova, M. S., Nesterin, K. V. (2022) Faktory uspekha i prichiny neudach rehabilitatsii patsientov, pereneshevshikh insult: novye vozmozhnosti neyroprotektivnoy terapii [Success factors and failure causes of rehabilitation in stroke survivors: new opportunities of neuroprotective therapy]. *Effektivnaya farmakoterapiya — Effective Pharmacotherapy*, vol. 18, no. 43, pp. 28–36. DOI: 10.33978/2307-3586-2022-18-43-28-36 (In Russian)
- Kutlubayev, M. A., Akhmetova, A. I., Ozerova, A. I. (2023) Emotsional'nye rasstroystva posle insul'ta [Emotional disorders after stroke]. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii imeni S. S. Korsakova — S. S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*, vol. 123, no. 12, iss. 2, pp. 30–35. DOI: 10.17116/jnevro202312312230 (In Russian)

- McCarthy, M. J., Sucharew, H. J., Alwell, K. et al. (2016) Age, subjective stress, and depression after ischemic stroke. *Journal of Behavioral Medicine*, vol. 39, pp. 55–64. DOI: 10.1007/s10865-015-9663-0 (In English)
- Mikhajlov, V. A., Lukina, L. V., Safonova, N. Yu. (2021) Effektivnost' neyrotropnoj terapii pri lechenii nepsikhoticheskikh psikhicheskikh rasstrojstv u patsientov, perenesshikh tserebral'nyj insult [Efficacy of neurotropic therapy in treatment of non-psychotic mental disorders in patients after cerebral stroke]. *Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni V. M. Bekhtereva — V. M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*, vol. 55, no. 2, pp. 37–44. DOI: 10.31363/2313-7053-2021-55-2-37-44 (In Russian)
- Raygorodskiy, D. R. (ed.). (2025) *Prakticheskaya psikhodiagnostika. Metodiki i testy [Practical psychodiagnosics. Methods and tests]*. Samara: Bakhrakh-M Publ., 672 p. (In Russian)
- Tanashyan, M. M., Antonova, K. V., Lagoda, O. V. et al. (2023) Priverzhennost' lecheniyu u patsientov s tserebrovaskulyarnymi zabolevaniyami kak mul'tifaktorial'naya problema [Adherence to treatment in patients with cerebrovascular diseases as a multifactorial problem]. *Nevrologiya, neyropsikhiatriya, psikhosomatika — Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*, vol. 15, no. 1, pp. 18–27. DOI: 10.14412/2074-2711-2023-1-18-27 (In Russian)
- Wasserman, L. I. (2009) *Metodika dlya psikhologicheskoy diagnostiki sposobov sovladaniya so stressovymi i problemnymi dlya lichnosti situatsiyami [Method for psychological diagnosis of coping styles in stressful and problematic situations for personality]*. Saint Petersburg: The St. Petersburg V. M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute Publ., 38 p. (In Russian)