

Н.Г. Ермакова

ПРИМЕНЕНИЕ ТЕМАТИЧЕСКИ ОРИЕНТИРОВАННОГО ТРЕНИНГА В ПРОЦЕССЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ИНСУЛЬТА

Российский государственный педагогический университет
им. А.И. Герцена (Россия, 191186, Санкт-Петербург, наб. Мойки, д. 48)

Актуальность. После перенесенного инсульта наряду с проблемами в адаптации к условиям жизни и самообслуживанию возникает необходимость принятия новой социальной роли, изменения ценностных ориентаций и смысла жизни, что делает актуальной разработку программы психологической помощи, направленной на формирование совладающего поведения.

Цель – изучение динамики самоотношения, а также отношения к болезни, к лечению у больных после инсульта в процессе применения тематически ориентированного группового тренинга.

Методология. Исследовано 110 больных с последствиями инсульта (50 мужчин и 60 женщин), в возрасте от 40 до 75 лет, с легкими когнитивными нарушениями в процессе комплексного восстановительного лечения в условиях реабилитационного стационара до и после группового тренинга. Применялась шкала личностной и реактивной тревожности Спилбергера – Ханина, Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS); Краткая шкала оценки психического статуса (MMSE), шкала самообслуживания Бартел, шкала качества жизни, шкала отношения к болезни и к лечению.

Результаты и их анализ. В процессе психологической коррекции больные осознавали необходимость включения своих собственных усилий в лечебный процесс, принятия новой социальной роли; повысился контроль за эмоциями, уменьшились боязнь повторного заболевания, депрессия, обида; увеличились забота о себе, дозированность физической и нервно-психической нагрузки. После тренинга отмечалось значимое снижение реактивной и личностной тревожности, снижение тревоги и депрессии по HADS, повышение качества жизни, повышение по шкале самообслуживания Бартел, по шкале MMSE. Результаты кластерного анализа свидетельствуют о перемещении акцента самооценки с позиции социальной фрустрированности больных до тренинга на позицию эгоцентрированности, целостного самовосприятия и самодостаточности, осознания ценности здоровья (заботы о самом себе) и перестройки иерархии ценностей жизни после тренинга.

Заключение. Проведение тематически ориентированного тренинга с больными после инсульта на этапе позднего реабилитационного периода может способствовать укреплению комплаенса и позитивного самоотношения.

Ключевые слова: психологическая коррекция, инсульт, психологическая помощь, отношение к болезни, самоотношение.

Введение

В последние десятилетия отмечается увеличение числа цереброваскулярных болезней (I60–I69 по МКБ-10), что делает ак-

туальной медико-социальной проблемой реабилитацию постинсультных больных, направленную на восстановление нарушенных двигательных, когнитивных функций,

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

социальных контактов, возвращение больного в общество [9, 17]. После перенесенного инсульта наряду с проблемами в адаптации к условиям жизни и самообслуживанию возникает необходимость принятия новой социальной роли больного, изменения ценностных ориентаций и смысла жизни, что делает актуальной разработку программы психологической помощи, направленной на формирование совладающего поведения [4, 7, 19].

Цель – изучить динамику отношения к болезни и к лечению и самоотношения у больных после инсульта в процессе применения тематически ориентированного группового тренинга.

Материалы и методы

В процессе восстановительного лечения в реабилитационном стационаре городской больницы № 40 (Санкт-Петербурга) с 1998 по 2006 г. обследовали 110 больных (50 мужчин, 60 женщин) после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения (I60–I69 по МКБ-10), в возрасте от 40 до 75 лет. Пациентов в возрасте 39–49 лет было 23; 50–59 лет – 45; 60–69 лет – 38; 70–75 лет – 4. Длительность заболевания от 1 до 6 мес. оказалась у 57 больных, от 7 до 12 – у 25; от 1 года до 3 лет – у 28 больных.

Ишемический тип цереброваскулярных болезней (I69.3 по МКБ-10) был у 102 больных, геморрагический (I69.1 по МКБ-10) – у 8. Локализация очага поражения у 46 больных отмечалась в левой гемисфере; у 36 – в правой, в вертебробазиллярном бассейне – у 28. Двигательные нарушения в виде гемипареза легкой степени тяжести наблюдались у 27 больных, средней тяжести – у 73, вестибулярные расстройства – у 10 больных.

Легкое когнитивное расстройство (F06.7 по МКБ-10) в виде снижения памяти наблюдалось у 41 больного, остаточные речевые нарушения с сохранным пониманием обращенной речи – у 33, дизартрия – 19.

Средние показатели самообслуживания по шкале Бартел составили 85 баллов.

Отмечалась частичная физическая зависимость (снижение уровня самообслуживания). Больные могли самостоятельно передвигаться с тростью или без нее, умываться, принимать пищу, пользоваться туалетом, затруднения возникали при приеме ванны, спуске с лестницы и др.

С больными проводили комплексное восстановительное лечение биологическими (лекарственная терапия, лечебная физкультура, физиотерапия, механотерапия) и психосоциальными методами (занятия с логопедом, психологом). Ведущей психологической проблемой были переживания по поводу утраты социальной роли, вынужденное прекращение трудовой деятельности и необходимость перестройки жизненных ценностей после болезни, к которой пациенты оказались не готовы.

В исследование включали больных с сохранным пониманием обращенной речи и способностью к экспрессивной речи, с легкими когнитивными снижениями, двигательными нарушениями легкой и средней тяжести. Противопоказанием для проведения тематически ориентированного группового тренинга с больными были выраженные двигательные и когнитивные нарушения.

Проводили стандартизированное клиническое интервью до и после проведения тренинга, направленное на выявление ведущих жалоб, эмоционального состояния, установок по отношению к болезни, к лечению и к самому себе, с использованием психологических методик:

- шкалы личностной и реактивной тревожности Спилбергера – Ханина [2];

- Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) [2]: чем больше балл, тем выше тревога или депрессия;

- шкалы самообслуживания Доротей Бартел (Barthel Activities of Daily Living Index, ADL) [2]: чем выше балл, тем лучше самообслуживание;

- шкалы оценки когнитивных функций (Mini Mental State Examination – Краткая шкала оценки психического статуса) [2]: чем больше балл, тем выше когнитивный статус;

– шкалы оценки качества жизни [12]: чем больше балл, тем выше самооценка качества жизни;

– шкалы отношения к болезни и к лечению [6]: чем выше балл, тем больше выражено принятие болезни и принятие лечения.

С больными проводили тематически ориентированный тренинг в группе, направленный на выявление актуальных проблем адаптации и формирование совладающего поведения [8]. При разработке программы психологической помощи и адаптации ее к проблемам больных после инсульта опирались на положения теории личности В.Н. Мясищева [14], личностно-ориентированный подход Б.Д. Карвасарского [10], положения гуманистической психотерапии [1, 3, 15].

Задачи тренинга в группе были ориентированы на формирование позитивного комплекса (коррекция масштаба переживаний болезни, приспособление к дефекту, принятие болезни и лечения), помощи в осознании больными своих возможностей после болезни, социальной роли, коррекцию межличностных отношений и формирование позитивных и доступных жизненных целей [6, 8].

Занятия проводили в группах по 8–12 человек, 2–3 раза в неделю в течение 1 ч. Больные, наряду с эмпатией и поддержкой, получали новый эмоциональный опыт и корректировали свои роли. Использовали:

– управляемую тематически ориентированную дискуссию, в которой обсуждали темы отношения к заболеванию, к лечению, выявляли трудности адаптации к жизни после заболевания и возможности их преодоления;

– арт-терапию;

– ролевое проигрывание;

– музыкотерапию.

Результаты проверили на нормальность распределения признаков. Сравнение результатов проводили с применением критерия Вилкоксона (критерий рангов для связанных выборок), кластерного анализа (способ кластеризации – иерархический кластерный по Уорду). Обработку результатов осуществляли с помощью пакета статистических программ SPSS 19.

Результаты и их анализ

После тренинга отмечается значимое снижение реактивной и личностной тревожности, повышение качества жизни, принятие болезни (отношение к болезни); отмечается снижение тревоги и депрессии по HADS, а также повышение по шкале самообслуживания Бартел и шкале MMSE (табл. 1).

При анализе данных показателей неметрических (порядковых) шкал отношения к болезни и к лечению (средние значения корректно не высчитываются) с применением непараметрического критерия знаковых рангов Вилкоксона (T) для связанных выборок отмечается положительная динамика. При анализе положительных и отрицательных рангов по шкале отношение к болезни до и после тренинга выявлена большая выраженность сдвигов по шкале отношение к болезни после тренинга (T = -9,6; p = 0,001), что означает большее принятие болезни, понимание причин ее возникновения, воз-

Таблица 1

Показатели больных до и после коррекции с помощью критерия Вилкоксона, (M ± m) балл

Методика	Показатель	Период тренинга		p <
		до	после	
Шкала Бартел	Уровень самообслуживания	85,3 ± 0,4	89,3 ± 0,4	0,001
Шкала Спилбергера – Ханина	Реактивная тревожность	55,3 ± 0,3	52,0 ± 0,2	0,001
	Личностная тревожность	52,9 ± 0,2	50,3 ± 0,2	0,001
Оценка качества жизни	Качество жизни	2,9 ± 0,1	3,5 ± 0,1	0,001
HADS	Тревога	8,2 ± 0,1	7,6 ± 0,1	0,001
	Депрессия	9,3 ± 0,1	8,5 ± 0,1	0,001
MMSE	Когнитивный статус	26,7 ± 0,1	28,1 ± 0,1	0,001

возможностей восстановления функций и профилактики рецидива.

По шкале отношения к лечению отмечается также значимая позитивная динамика ($T = -4,2$; $p = 0,001$), но менее выраженная. Происходит принятие лечения, но восстановление нарушенных функций идет медленно и результаты мало заметны. Психологическая составляющая отношения к бо-

лезни и принятия болезни является важным компонентом формирования приверженности лечению и после выписки из стационара.

Проанализированы также результаты интервью до и после проведения психологического тренинга. При анализе высказываний больных в интервью до и после тренинга наблюдалось снижение соматических жалоб, прежде всего в результате комплексного

Таблица 2

Показатели стандартизированного клинического интервью больных, сгруппированные в кластеры, по результатам тематически ориентированного группового тренинга

До коррекции		После коррекции	
№ и название признака	название кластера	№ и название признака	название кластера
13 Стресс в семье 58 Доминирование 31 Депрессия 32 Апатия 51 Обучающийся 45 Утрата авторитета 34 Обида 37 Надежда на выздоровление 48 Терпеливый 43 Выбитый из колеи жизни 47 Больной 53 Достойный	Утрата авторитета и обида	13 Стресс в семье 14 Стресс на работе 60 Жил как живет 43 Выбитый из колеи жизни 31 Депрессия 30 Раздражительность 45 Утрата авторитета 34 Обида 32 Апатия 62 Не заботился о своем здоровье 49 Самодостаточность 33 Боязнь повтора 36 Чувство вины 42 Иждивенец 41 Беспомощный 46 Зависимость	Самодостаточность
14 Стресс на работе 38 Интерес 40 Удовлетворение 55 Ориентация на труд 35 Спокойствие 52 Помогающий другим 49 Самодостаточность 59 Болезнь как стиль жизни 60 Жил как живет 61 Потворство прихотям 54 Забота о себе 36 Чувство вины 50 Выздоровливающий 39 Терпение 42 Иждивенец	Забота о себе, ориентация на труд, терпение	35 Спокойствие 57 Чрезмерная ответственность 59 Болезнь как стиль жизни 38 Интерес 52 Помогающий другим 55 Ориентация на труд	Спокойствие, интерес
30 Раздражительность 41 Беспомощность 46 Зависимость 56 Долженствование 62 Не заботился о здоровье 33 Боязнь повтора 44 Снижение способностей 57 Чрезмерная ответственность	Раздражительность и боязнь повтора	37 Надежда на выздоровление 39 Терпение 50 Выздоровливающий 61 Потворство прихотям 47 Больной 51 Обучающийся 58 Доминирование 54 Заботящийся о себе 56 Долженствование	Терпение, долженствование
		40 Удовлетворение 53 Достойный 44 Снижение способностей 48 Терпеливый	Чувство собственного достоинства

восстановительного лечения. В то же время в процессе психологического тренинга происходила коррекция внутренней картины болезни. Больные осознавали необходимость собственного участия в лечении, за счет самостоятельных тренировок нарушенных функций (упражнений лечебной физкультуры, лечебной ходьбы, заданий логопеда, психолога), что позволяло больным частично контролировать ситуацию, повышало их собственную ответственность за исход лечения и способствовало снижению жалоб, что подтверждается и другими исследователями [11, 18].

По результатам исследования был проведен кластерный анализ высказываний больных до и после тренинга. В табл. 2 представлены ведущие признаки, участвующие в кластерном анализе.

По результатам кластерного анализа показателей до коррекции (рис. 1) выделяются три кластера: утрата авторитета, обида; забота о себе, ориентация на труд, терпение; раздражительность, боязнь повтора. Эти

кластеры свидетельствуют о переживаниях по поводу утраты социального статуса (утрата авторитета), фрустрации социального самоутверждения.

По результатам кластерного анализа после коррекции выделены 4 кластера: 1) самодостаточность; 2) спокойствие, интерес; 3) терпение, долженствование; 4) чувство собственного достоинства (рис. 2). Результаты кластерного анализа свидетельствуют о перемещении акцента самооценки с позиции социальной фрустрированности больных до тренинга на позицию эгоцентрированности, целостного самовосприятия и самодостаточности, осознания ценности здоровья (заботы о самом себе) и перестройки иерархии ценностей жизни после тренинга.

Обсуждение результатов. После перенесенного инсульта наряду с проблемами адаптации к условиям жизни и самообслуживанию у больных возникают переживания по поводу физической зависимости, проблем в межличностных отношениях в семье, утра-

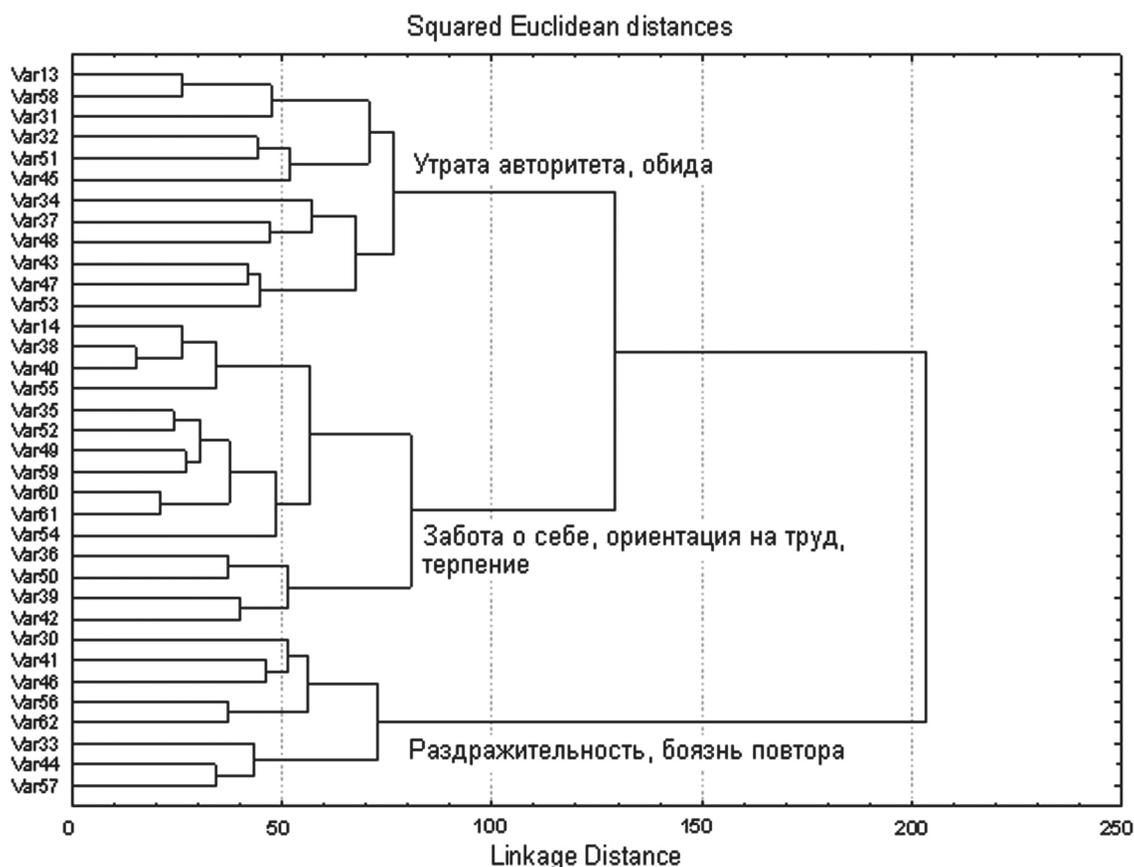


Рис. 1. Кластерное дерево по результатам стандартизированного клинического интервью больных до проведения коррекции [адаптировано по 8]

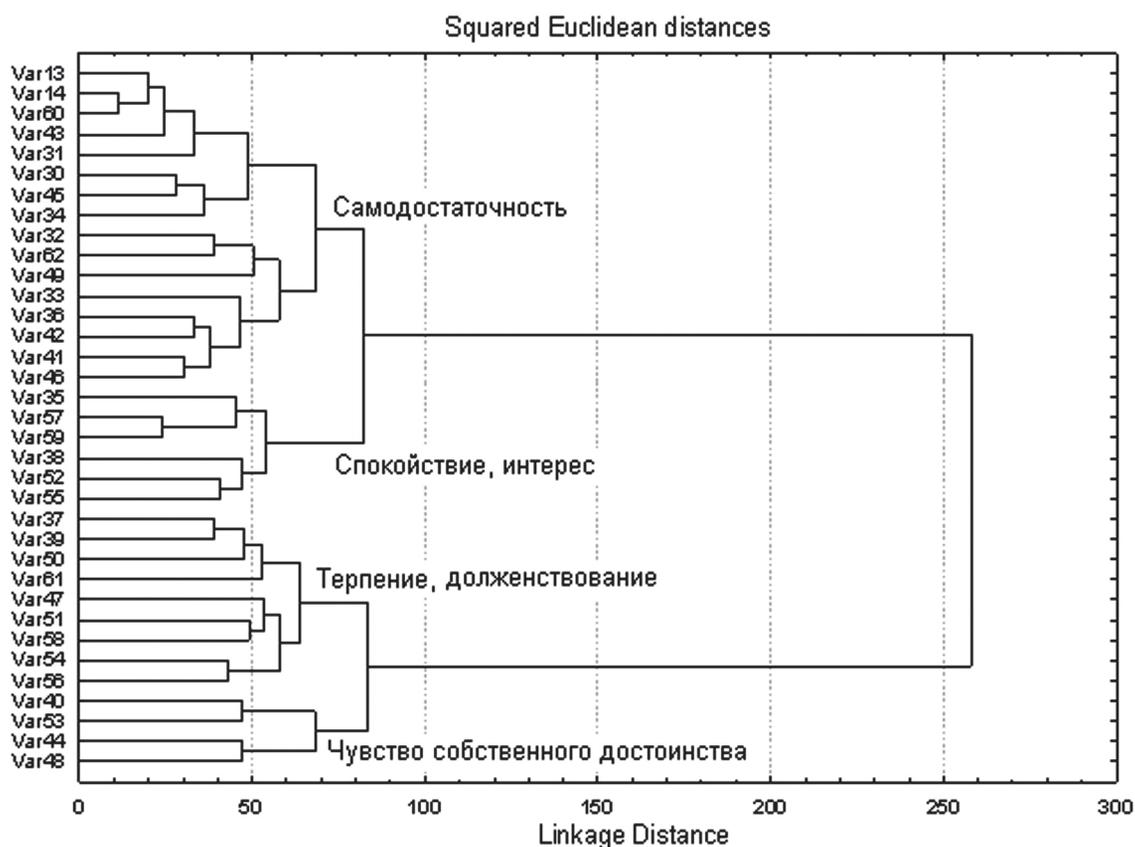


Рис. 2. Кластерное дерево по результатам стандартизированного клинического интервью больных после проведения коррекции [адаптировано по 8]

ты работоспособности и социальной роли в социуме, утраты роли кормильца, изменения ценностных ориентаций и смысла жизни и необходимости принятия новой социальной роли больного [9, 13, 16], что делает важной разработку программы психологической помощи, направленной на коррекцию внутренней картины болезни и на формирование совладающего поведения и позитивного самоотношения [5, 11]. В процессе проведения программы тренинга в группе происходило осознание больными своих возможностей после болезни, социальной роли, формирование позитивных и доступных жизненных целей [8]. Больные осваивали приемы межличностного взаимодействия в новых условиях жизни, в новом социальном статусе – «больного». В процессе проведения программы психологической помощи происходило осознание и разрешение внутриличностного конфликта (непринятие новой социальной роли) и необходимости изменения иерархии жизненных ценностей, где на первое место выходит ценность своего здоровья.

Отмечалась позитивная динамика: снижение реактивной и личностной тревожности по шкале Спилбергера – Ханина, снижение тревоги и депрессии по HADS, принятие болезни; повышение качества жизни, повышение оценок по шкале самообслуживания Бартел и шкале MMSE. Результаты кластерного анализа высказываний больных свидетельствуют о перемещении акцента отношений с позиции социальной и психологической фрустрированности больных до тренинга на позицию целостного самовосприятия и самодостаточности, осознания ценности здоровья, укрепления чувства собственного достоинства после тренинга.

Вывод

Проведение тематически ориентированного тренинга с больными после инсульта на этапе позднего реабилитационного периода может способствовать повышению комплаенса, позитивного самоотношения, стабилизации эмоционального состояния.

Литература

1. Александров А. А. Интегративная психотерапия. СПб.: Питер, 2009. 352 с
2. Белова А.Н. Нейрореабилитация: руководство для врачей. 2-е изд. М.: Антидор, 2010. 1288 с.
3. Бьюдженталь Д. Искусство психотерапевта: пер. с англ. М.: Корвет, 2013. 316 с.
4. Григорьева В.Н., Тхостов А.Ш. Психологическая помощь в неврологии: монография. Н. Новгород: Нижегород. гос. мед. акад., 2009. 444 с.
5. Григорьева В.Н., Калинина С.Я., Нестерева В.Н., Сорокина Т.А. Оценка степени достижения целей в нейрореабилитации больных с инсультом // *Неврол. вестн.* 2015. Т. 47, № 2. С. 52–57.
6. Демиденко Т.Д., Ермакова Н.Г. Основы реабилитации неврологических больных. СПб.: Фолиант, 2004. 304 с.
7. Ермакова Н.Г. Особенности личности, отношение к заболеванию и к лечению больных с последствиями инсульта // *Вестн. психотерапии*. 2019. № 70 (75). С. 54–68.
8. Ермакова Н.Г. Психологическая реабилитация больных с последствиями инсульта в условиях реабилитационного стационара: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 2021. 20 с.
9. Кадыков А.С., Шапаронова Н.В. Реабилитация после инсульта. М.: МИА, 2017. 240 с.
10. Карвасарский Б.Д. Психотерапия при пограничных психических расстройствах // *Пограничные психические расстройства* / под ред. Ю.А. Александровского. М.: ГЭОТАР- Медиа, 2007. С. 402–433.
11. Курмышев М.В., Савилов В.Б., Костюк Г.П. Динамика восприятия качества жизни у пациентов с когнитивным снижением в период пребывания в комплексной программе нейрокогнитивной реабилитации // *Обозр. психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева*. 2018. № 3. С. 47–52.
12. Логунов К.В. Оценка эффективности лечебных и диагностических методов. СПб.: Изд. дом СПбМАПО, 1999. 26 с.
13. Мальцев С.Ю., Михайлов В.А, Мазо Г.Э., Лукина Л.В. Постинсультная депрессия: диагностические трудности и терапевтические перспективы // *Обозр. психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева*. 2017. № 4. С. 13–17.
14. Мясищев В. Н. Психотерапия как система средств воздействия на психику человека в целях восстановления его здоровья // *Психотерапия при нервных и психических заболеваниях: сб. науч. тр. Л., 1973. Т. 66. С. 7–20.*
15. Ялом И. Групповая психотерапия: пер с англ. М.: Эксмо-пресс, 2001. 576 с.
16. Barclay R., Ripat J., Mayo N. Factors describing community ambulation after stroke: a mixed-methods study // *Clinical Rehabilitation*. 2015. Vol. 29, N 5. P. 509–521. DOI: 10.1177/0269215514546769.
17. McCarthy M. Age, subjective stress, and depression after ischemic stroke // *J. Behav Med*. 2016. Vol. 39, N 1. P. 55–64. DOI: 10.1007/s10865-015-9663-0.
18. Patel A.V., Shah S.H., Patel K., Mehta P. Prevalence of post-stroke anxiety and its association with socio-demographical factors, post-stroke depression, and disability // *Neuropsychiatry i Neuropsychologia*. 2018. Vol. 13, N 2. P. 43–49. DOI: 10.5114/nan.2018.79604.
19. Townsend E., Tinson D., Kwan J., Sharpe M. Feeling sad and useless: an investigation into personal acceptance of disability and its association with depression following stroke. *Clinical Rehabilitation*. 2010. Vol. 24, N 6. P. 555–564. DOI: 10.1177/0269215509358934.

Поступила 22.01.2023 г.

Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Для цитирования: Ермакова Н.Г. Применение тематически ориентированного тренинга в процессе восстановительного лечения больных с последствиями инсульта // *Вестник психотерапии*. 2023. № 85. С. 51–59. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-85-51-59

N.G. Ermakova

Task-oriented training in rehabilitation after stroke

Herzen State Pedagogical University of Russia (48, Moika River Emb., St. Petersburg, Russia)

✉ Natal'ya Georgievna Ermakova – Dr. Psychol. Sci., Prof., Department of Clinical Psychology and Psychological Assistance, Herzen State Pedagogical University of Russia, (48, Moika River Emb., St. Petersburg, 191186, Russia), e-mail: nataliya.ermakova@yandex.ru

Abstract

Relevance. After a stroke, patients encounter problems to adapt to living conditions and perform self-care. Moreover, they have to accept a new social role, as well as develop new attitudes to transformed value orientations and the meaning of life, which compels practitioners to develop a psychological assistance program to develop coping behaviors.

The objective is to study dynamics of self-attitude, as well as attitudes to the disease and treatment in patients after a stroke in the course of task-oriented group training.

Methodology. We studied 110 stroke patients (50 men and 60 women) aged 40 to 75 years with mild post-stroke cognitive impairment who underwent comprehensive post-stroke rehabilitation in a rehabilitation hospital before and after group training. The Spielberger-Khanin Personality and Reactive Anxiety Scale, as well as Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) were used; in addition, patients were rated on Mini-Mental Status Examination (MMSE), Barthel Self-Service Scale, Quality of Life (QoL) scale, and the scale of attitudes towards illness and treatment.

Results and analysis. Psychological modification training raised patients' awareness regarding the importance of their own efforts in the treatment process and acceptance of a new social role. This helped to increase control over emotions, relieve fear of disease recurrence, resolve depression and resentment and boost self-care efforts to adjust the rate physical and neuropsychic stress. Having completed the training program, patients demonstrated significantly decreased reactive and personal anxiety, as well as decreased anxiety and depression according to HADS, together with improved QoL, Barthel Self-Service and MMSE score. The results of cluster analysis indicate a shift in self-esteem emphasis towards self-centeredness, holistic self-perception, and self-sufficiency from social frustration before the training; improved outcomes after training also include perception of health as a value (self-caring attitudes) and restructured hierarchy of life values.

Conclusion. Task-oriented training at later stages of post-stroke rehabilitation can help to strengthen compliance and positive self-attitude.

Key words: psychological modification, stroke, psychological assistance, attitude towards the disease, self-attitude.

References

1. Aleksandrov A.A. Integrativnaya psikhoterapiya [Integrative Psychotherapy]. St. Petersburg. 2009. 352 p. (In Russ.)
2. Belova A.N. Neiroreabilitatsiya [Neurorehabilitation]. 2nd edition. Moscow. 2010. 1288 p. (In Russ.)
3. B'yudzhental' D. Iskusstvo psikhoterapevta [The Art of the Psychotherapist]. Moscow. 2013. 316 p. (In Russ.)
4. Grigor'eva V.N., Tkhostov A.Sh. Psikhologicheskaya pomoshch' v nevrologii [Psychological assistance in neurology]. Nizhny Novgorod. 2009. 444 p. (In Russ.)
5. Grigoryeva V.N., Kalinina S.Ya., Nestereva V.N., Sorokina T.A. Otsenka stepeni dostizheniya tselei v neiroreabilitatsii bol'nykh s insul'tom [Goal attainment scaling method in the neurorehabilitation of stroke patients]. *Nevrologicheskii vestnik* [Neurology bulletin]. 2015; 47(2):52–57. (In Russ.)
6. Demidenko T.D., Ermakova N.G. Osnovy reabilitatsii nevrologicheskikh bol'nykh [Fundamentals of Rehabilitation of Neurological Patients]. St. Petersburg. 2004. 304 p. (In Russ.)
7. Ermakova N.G. Osobennosti lichnosti, otnoshenie k zabolevaniyu i k lecheniyu bol'nykh s posledstviyami insul'ta [Personality characteristics, attitude to the disease and to the treatment of patients with the consequences of stroke]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2019; (70):54–68. (In Russ.)
8. Ermakova N.G. Psikhologicheskaya reabilitatsiya bol'nykh s posledstviyami insul'ta v usloviyakh reabilitatsionnogo stacionara [Psychological rehabilitation of patients with stroke consequences in a rehabilitation hospital]: Abstract dissertation Dr. Med. Sci. St. Petersburg. 2021. 20 p. (In Russ.)

9. Kadykov A.S., Shakhparonova N.V. Reabilitatsiya posle insul'ta [Rehabilitation after a stroke]. Moscow. 2017. 240 p. (In Russ.)
10. Karvasarskii B.D. Psikhoterapiya pri pogramichnykh psikhicheskikh rasstroistvakh [Psychotherapy for borderline mental disorders]. Pogramichnye psikhicheskie rasstroistva [Borderline mental disorders]. Ed. Yu.A. Aleksandrovskii. Moscow. 2007. Pp. 402–433. (In Russ.)
11. Kurmyshev M.V., Savilov V.B., Kostyuk G.P. Dinamika vospriyatiya kachestva zhizni u patsientov s kognitivnym snizheniem v period prebyvaniya v kompleksnoi programme neirokognitivnoi reabilitatsii [Dynamics of life quality perception among patients with cognitive decline during an integrated rehabilitation process]. *Obozrenie psikhiiatrii i meditsinskoi psikhologii imeni V.M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 2018;(3):47–52. (In Russ.)
12. Logunov K.V. Otsenka effektivnosti lechebnykh i diagnosticheskikh metodov [Evaluating the Effectiveness of Therapeutic and Diagnostic Methods]. St. Petersburg. 1999. 26 p. (In Russ.)
13. Maltsev S.Yu., Mikhailov V.A., Mazo G.E., Lukina L.V. Postinsul'tnaya depressiya: diagnosticheskie trudnosti i terapevticheskie perspektivy [Post-stroke depression: diagnostic difficulties and treatment perspectives]. *Obozrenie psikhiiatrii i meditsinskoi psikhologii imeni V.M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 2017; (4):13–17. (In Russ.)
14. Myasishchev V. N. Psikhoterapiya kak sistema sredstv vozdeistviya na psikhiku cheloveka v tselyakh vosstanovleniya ego zdorov'ya [Psychotherapy as a system of means of influencing the human psyche in order to restore his health]. *Psikhoterapiya pri nervnykh i psikhicheskikh zabollevaniyakh* [Psychotherapy for nervous and mental diseases]: collection of scientific works. Leningrad. 1973; 66:7–20.
15. Yalom I. Gruppovaya psikhoterapiya [Group psychotherapy]. Moscow. 2001. 576 p. (In Russ.)
16. Barclay R., Ripat J., Mayo N. Factors describing community ambulation after stroke: a mixed-methods study. *Clinical Rehabilitation*. 2015; 29(5):509–521. DOI: 10.1177/0269215514546769.
17. McCarthy M. Age, subjective stress, and depression after ischemic stroke. *Journal of Behavioral Medicine*. 2016; 39(1):55–64. DOI: 10.1007/s10865-015-9663-0.
18. Patel A.V., Shah S.H., Patel K., Mehta P. Prevalence of post-stroke anxiety and its association with socio-demographical factors, post-stroke depression, and disability. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*. 2018; 13(2):43–49. DOI: 10.5114/nan.2018.79604.
19. Townsend E., Tinson D., Kwan J., Sharpe M. Feeling sad and useless: an investigation into personal acceptance of disability and its association with depression following stroke. *Clinical Rehabilitation*. 2010; 24(6):555–564. DOI: 10.1177/0269215509358934.

Received 22.01.2023

For citing: Ermakova N.G. Primenenie tematicheskii-orientirovannogo treninga v protsesse vosstanovitel'nogo lecheniya bol'nykh s posledstviyami insul'ta. *Vestnik psikhoterapii*. 2023; (85):51–59. (In Russ.)

Ermakova N.G. Task-oriented training in rehabilitation after stroke. *Bulletin of Psychotherapy*. 2023; (85):51–59. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-85-51-59
