

Получена: 4 сентября 2016 / Принята: 13 октября 2016 / Опубликовано online: 31 октября 2016

УДК 616.36–004-097.1-008.851

## **ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И НОРМАЛИЗАЦИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕВЫМИ СИНДРОМАМИ ПРИ ОРГАНИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

**Виталий В. Ковальчук**<sup>1,2</sup>, <http://orcid.org/0000-0002-1004-2162>

**Эльмира О. Аманова**<sup>3</sup>, <http://orcid.org/0000-0003-3418-7996>

**Александр О. Гусев**<sup>1</sup>, <http://orcid.org/0000-0001-8985-4878>

**Антон С. Галкин**<sup>1</sup>, <http://orcid.org/0000-0001-8685-7432>

**Талгат Н. Хайбуллин**<sup>4</sup>, <http://orcid.org/0000-0003-1886-0538>

<sup>1</sup> Центр Медицинской Реабилитации СПб ГУЗ «Городская больница №38 имени Н.А. Семашко», Санкт-Петербург, Россия;

<sup>2</sup> Санкт-Петербургский Государственный Университет, Медицинский факультет, Санкт-Петербург, Россия;

<sup>3</sup> Международный казахско-турецкий университет имени Ходжи Ахмеда Ясави, г. Шымкент, Казахстан;

<sup>4</sup> Государственный медицинский университет города Семей, г. Семей, Казахстан

### **Резюме**

**Введение.** Психоэмоциональные нарушения препятствуют адекватному восстановлению неврологических функций пациентов с болевыми синдромами на фоне поражения центральной нервной системы, активизации их социальной и бытовой роли, а также в существенной степени снижают качество жизни больных.

**Цель исследования:** повышение эффективности реабилитации пациентов, страдающих болевыми синдромами на фоне органического поражения ЦНС.

**Материал и методы.** Исследование имеет проспективный сравнительный открытый характер. Проанализированы результаты психотерапевтической реабилитации 500 пациентов, перенесших инсульт и ЧМТ и страдающих болевыми синдромами. Распределение пациентов согласно нозологическим формам: 408 пациентов перенесли инсульт (81,6%), 92 – ЧМТ (18,4%). Распределение пациентов по видам болевых синдромов: боли в плече – 398 пациентов (79,6%), головные боли – 80 (16,0%), синдром Дежерина-Русси (таламический синдром) – 22 (4,4%). Пациенты были разделены на 10 групп по 50 человек в каждой, отличающихся применяемыми методиками психотерапии: убеждение, или рациональная психотерапия; внушение в трех вариантах (внушение наяву, в состоянии естественного и гипнотического сна); самовнушение в двух вариантах (метод Куэ и аутогенная тренировка); каузальная, или аналитическая психотерапия; поведенческая психотерапия; арт-терапия и катарсис. Группы были стандартизированы по различным показателям, таким как возраст, пол, степень нарушения неврологических функций и бытовой адаптации, выраженность болевого синдрома, психоэмоциональное состояние, нозологическая форма поражения головного мозга, вид болевого синдрома, а также проводимая сопутствующая медикаментозная терапия и используемые виды и методы физической, физиотерапевтической и нейропсихологической реабилитации (принцип matched-controlled). Психоэмоциональное состояние больных оценивались с помощью шкалы самооценки состояния депрессии Уэйкфилда и опросника Бека; степень нарушения и восстановления функций пациентов – шкал Бартел, Линдмарка и

Скандинавской шкалы; выраженность болевого синдрома – визуальной аналоговой шкалы Хаскиссона и многомерного вербально-цветового теста боли.

**Результаты.** Наиболее эффективными и оправданными в применении психотерапевтическими методиками при терапии и реабилитации рассматриваемой категории пациентов являются убеждение, или рациональная психотерапия, внушение наяву, самовнушение по методу Куэ, арт-терапия и катарсис.

**Выводы.** Использование психотерапии может и должно быть интегрировано в комплексную терапию и реабилитацию пациентов с органическими поражениями головного мозга и сопутствующими болевыми синдромами, что, несомненно, способствует повышению эффективности данного лечения относительно нормализации психоэмоционального состояния пациентов, степени повышения их неврологических функций, а также купированию или уменьшению выраженности болевых синдромов.

**Ключевые слова:** инсульт, черепно-мозговая травма, реабилитация, психотерапия, депрессия, боль.

### Summary

## **PSYCHOTHERAPEUTIC REHABILITATION AND NORMALIZATION OF PSYCHOEMOTIONAL AND FUNCTIONAL CONDITION OF PATIENTS WITH PAIN SYNDROMES IN BRAIN ORGANIC LESIONS**

**Vitalii V. Kovalchuk**<sup>1,2</sup>, <http://orcid.org/0000-0002-1004-2162>

**Elmira O. Amanova**<sup>3</sup>, <http://orcid.org/0000-0003-3418-7996>

**Alexandr O. Gusev**<sup>1</sup>, <http://orcid.org/0000-0001-8985-4878>

**Anton S. Galkin**<sup>1</sup>, <http://orcid.org/0000-0001-8685-7432>

**Talgat N. Khaibullin**<sup>4</sup>, <http://orcid.org/0000-0003-1886-0538>

<sup>1</sup> Center for medical rehabilitation SPB PHI “N.A. Semashko city hospital №38”, Saint Petersburg, Russia;

<sup>2</sup> Saint Petersburg state university, Medical faculty, Saint Petersburg, Russia;

<sup>3</sup> International Kazakh-Turkish University, Turkestan, Kazakhstan;

<sup>4</sup> Semey State Medical University, Semey, Republic of Kazakhstan

**Background.** Psychoemotional violations impede adequate recovery of neurological function in patients with pain syndromes on a background of central nervous system, enhance their social and domestic roles, as well as substantially reduce the quality of life in patients.

**Aim:** to increase the efficiency of the rehabilitation of patients with pain syndromes on a background of organic defeat CNS.

**Methods.** The study has a prospective, comparative open character. The results of psychological rehabilitation were analyzed in 500 patients with stroke, head injury and suffering pain syndromes. Distribution of patients according to nosological forms: 408 patients suffered a stroke (81.6%), 92- TBI (18.4%). The distribution of patients by type of pain syndromes: shoulder pain - 398 patients (79.6%) headaches-80 (16.0%), Dejerine-Roussy Syndrome (thalamic syndrome) - 22 (4.4%). Patients were divided into 10 groups of 50 people in each, differing applied psychotherapy techniques: persuasion or rational psychotherapy; suggestion in three versions (suggestion of reality, in a natural and hypnotic sleep); self-hypnosis in two versions (Coue method, autogenously training); causal or analytical psychotherapy; behavioral therapy; art therapy and catharsis.

Groups have been standardized by various indicators, such as age, sex, degree of neurological impairment and home adaptation, severity of pain, psycho-emotional state, nosological form of brain

damage, the type of pain, as well as pursued by concomitant drug therapy and used types and methods of physical, physical therapy and neuropsychological rehabilitation (matched-controlled principle). Psycho-emotional state of the patients were assessed by the state of depression and self-esteem scale Wakefield and Beck questionnaire; the degree of impairment and rehabilitation of patients functions – Barthel scales, Lindmark and Scandinavian scale; severity of pain - Huskisson visual analogue scale and multidimensional verbal-color test pain.

**Results.** The most effective and justified in the application of psychotherapeutic techniques in the treatment and rehabilitation of this category of patients are conviction or rational psychotherapy, suggestion in reality, a self-suggestion Coue method, art therapy and catharsis.

**Conclusion.** The use of psychotherapy can and should be integrated into a comprehensive treatment and rehabilitation of patients with organic brain lesions and the associated pain syndromes, which undoubtedly contributes to the effectiveness of this treatment relative normalization psycho-emotional state of patients, the degree of increase of their neurological function, as well as cupping or reduce the severity of pain syndromes.

**Keywords:** stroke, traumatic brain injury, rehabilitation, psychotherapy, depression, pain.

Түйіндеме

## **БАС МИЫНЫҢ ОРГАНИКАЛЫҚ ЗАҚЫМДАНУ КЕЗІНДЕГІ АУЫРСЫНУ СИНДРОМЫМЕН НАУҚАСТЫҢ ПСИХОЭМОЦИЯЛЫҚ ЖӘНЕ ФУНКЦИОНАЛДЫҚ ЖАҒДАЙЫН ПСИХОТЕРАПИЯЛЫҚ ОҢАЛТУ ЖӘНЕ ҚАЛЫПҚА КЕЛТІРУ**

**Виталий В. Ковальчук** <sup>1,2</sup>, <http://orcid.org/0000-0002-1004-2162>

**Эльмира О. Аманова** <sup>3</sup>, <http://orcid.org/0000-0003-3418-7996>

**Александр О. Гусев** <sup>1</sup>, <http://orcid.org/0000-0001-8985-4878>

**Антон С. Галкин** <sup>1</sup>, <http://orcid.org/0000-0001-8685-7432>

**Талгат Н. Хайбуллин** <sup>4</sup>, <http://orcid.org/0000-0003-1886-0538>

<sup>1</sup> Медициналық оңалту орталығы СПб ГУЗ «Н.А. Семашко атындағы №38 Қалалық аурухана», Санкт-Петербург қ., Россия;

<sup>2</sup> Санкт-Петербург Мемлекеттік Университеті, Медициналық факультет, Санкт-Петербург қ., Россия;

<sup>3</sup> Х.А. Ясави ат. Халықаралық Қазақ – Түрік Университеті, Туркестан, Қазақстан;

<sup>4</sup> Семей қаласының Мемлекеттік медициналық университеті, Семей қ., Қазақстан Республикасы

**Кіріспе.** Психоэмоциялық бұзылыстар орталық жүйке жүйесінің науқастардың неврологиялық қызметтерінің адекватты калыпқа келуіне кедергі келтіреді, олардың әлеуметтік-тұрмыстық рөлдерін арттырады, сондай-ақ науқастардың өмір сапасын айтарлықтай төмендетеді.

**Зерттеу мақсаты:** ОЖЖ органикалық зақымдану аясында ауыру синдромдарымен зардап шегетін науқастарды оңалту тиімділігін арттыру.

**Материал және әдістер.** Зерттеудің перспективалық, салыстырмалы, ашық сипаты бар. Инсульт және БМЖ зақымданған және ауыру синдромынан зардап шегетін 500 науқастардың психологиялық оңалту нәтижелері талданды. Нозологиялық формалары бойынша науқастарды бөлу: 408 науқас инсульт (81,6%), 92- БМЖ (18,4%) зардап шеккен. Ауру синдромдары түрлері бойынша науқастарды бөлу: иық ауыруы - 398 науқас (79,6%) бас ауыруы - 80 (16,0%), Дежерина - Русси синдромы (таламикалық синдром) - 22 (4,4%). Науқастар қолданбалы психотерапия

әдістерімен ерекшеленетін 10 топқа бөлінді, әр топқа 50 адамнан: сену немесе ұтымды психотерапия; үш нұсқада сендіру (табиғи және гипноздық ұйқы жағдайында өңінде сендіру); бойынша ұсыныс; екі нұсқада өзін-өзі сендіру (Куэ әдісі, аутогендік дайындық); каузальдық немесе аналитикалық психотерапия; мінездік терапия; арт-терапия және катарсис. Топтар жасы, жынысы, неврологиялық функциялары және тұрмыстық бейімделу, ауырсыну синдромы көрсеткіші, психоэмоционалдық жағдайы, бас миы зақымдануының нозологиялық формасы, сондай-ақ жүргізілген медикаментоздық терапиямен бірге жүретін, және физикалық, физиотерапиялық, нейропсихологиялық оңалтудың пайдаланылатын түрлері мен әдістері (matched-controlled принципі) сияқты әр түрлі көрсеткіштер бойынша стандартталған болатын. Науқастардың психоэмоционалдық жағдайы Уэйкфилд депрессия жағдайын өзін-өзі бағалау шкаласы және Бек сауалнамасы көмегімен бағаланды; науқастар функцияларын бұзу және оңалту дәрежесі – Бартел шкаласы, Линдмарка және Скандинавской шкалалары; ауырсыну синдромы көрінуі - Хаскиссон визуалдық аналогтық шкаласы және көп қырлы вербалдық-түстік ауырсыну тесті.

**Нәтижелері.** Қаралған санаттағы науқастарды емдеу және оңалту кезінде психотерапиялық әдістерді қолданудың ең тиімді және орындылары сенім немесе ұтымды психотерапия, өңінде сендіру, Куэ әдісімен өзін-өзі сендіру, арт-терапия және катарсис болып табылады.

**Қорытынды.** Психотерапия пайдалану бас миының органикалық зақымдануларымын және ілеспе ауыру синдромдары бар науқастарды оңалту және кешенді емдеумен біріккен бола алады және болуға тиіс, науқастардың психикалық және эмоционалдық жағдайына қатысты сөзсіз осы емдеудің тиімділігін, олардың неврологиялық функцияларын арттыру дәрежесін арттыруға, сондай-ақ ауырсыну синдромдары көрінісін азайту немесе тоқтатуға жағдай жасайды.

**Негізгі сөздер сөздер:** инсульт, бас – милық жарақаттар, оңалту, психотерапия, депрессия, ауырсыну.

#### **Библиографическая ссылка:**

*Ковальчук В.В., Аманова Э.О., Гусев А.О., Галкин А.С., Хайбуллин Т.Н.* Психотерапевтическая реабилитация и нормализация психоэмоционального и функционального состояния пациентов с болевыми синдромами при органических поражениях головного мозга // Наука и Здоровоохранение. 2016. № 5. С. 64-79.

*Kovalchuk V.V., Amanova E.O., Gusev A.O., Galkin A.S., Khaibullin T.N.* Psychotherapeutic rehabilitation and normalization of psychoemotional and functional condition of patients with pain syndromes in brain organic lesions. *Nauka i Zdravookhranenie [Science & Healthcare].* 2016, 5, pp. 64-79.

*Ковальчук В.В., Аманова Э.О., Гусев А.О., Галкин А.С., Хайбуллин Т.Н.* Бас миының органикалық зақымдану кезіндегі ауырсыну синдромымен науқастың психоэмоциялық және функционалдық жағдайын психотерапиялық оңалту және қалыпқа келтіру // Ғылым және Денсаулық сақтау. 2016. № 5. Б. 64-79.

#### **Введение**

Существенную роль в комплексном ведении пациентов с болевыми синдромами при поражении центральной нервной системы (ЦНС) играют своевременная диагностика и адекватная терапия психоэмоциональных нарушений, которые являются частыми спутниками заболеваний, сопровождающихся болью. Данные нарушения препятствуют адекватному восстановлению неврологических функций пациентов, активизации их социальной и бытовой роли, а также в

существенной степени снижают качество жизни больных [9].

В то же время болевые синдромы и психоэмоциональные нарушения имеют достаточно тесную взаимосвязь.

Так, по данным М.М. Ohayon, А.Ф. Schatzberg (2003) в общей популяции хронические болевые синдромы наблюдаются у 17% людей, в группе населения, страдающих депрессивными расстройствами – у 28%, среди людей, имеющих депрессию, – у 43%. В то же время распространенность депрессии у

пациентов с хронической болью составляет 30-60% [16].

Основными психоэмоциональными нарушениями больных, перенесших такие органические поражения ЦНС, как инсульт и черепно-мозговую травму (ЧМТ) и страдающих болевыми синдромами, являются депрессивные состояния и повышенная эмоциональность [7,11,20].

Возникающая на фоне органических поражений ЦНС депрессия связана с несколькими причинами: преимущественной локализацией очага поражения в области переднего полюса левой гемисферы [20], речевыми нарушениями, плохим функциональным состоянием, социальной изоляцией, предшествующими депрессивными состояниями, психологическими особенностями личности, индивидуальной предрасположенностью и, безусловно, болевыми синдромами [17].

К болевым синдромам, беспокоящим пациентов после инсульта и ЧМТ, можно отнести боли в плече, головные боли, синдром Дежерина-Русси (таламический синдром).

Принципы коррекции психоэмоциональных нарушений обсуждаемой категории больных [8]:

- вовлечение пациента в постановку целей лечения, успешное достижение которых является мощным фактором поддержки эмоционального комфорта и веры в успешный исход заболевания;
- проведение большего времени с пациентами;
- объяснение пациенту причин, прогноза, последствий заболевания;
- разъяснение больному, что в отличие от быстро наступающих симптомов органического поражения ЦНС, восстановление протекает в течение длительного времени;
- объяснение пациенту, что состояние его психики и ума, его активность, уверенность в своих силах и в выздоровлении оказывают большое влияние на его восстановление;
- предоставление пациенту значительного выбора досуговых занятий;
- стимулирование родственников пациентов к обеспечению разнообразного проведения времени пациентов (прогулки, походы в кинотеатры, кафе, рестораны);

- стимулирование пациентов составления графика и расписания жизнедеятельности;
- обеспечение пациентов индивидуальными средствами коммуникации (телевизоры, телефоны, компьютеры);
- адекватная терапия болевых синдромов;
- назначение антидепрессантов, анксиолитиков и малых нейролептиков, начиная с небольших доз, постепенно увеличивая их;
- использование психотерапии.

При проведении психотерапевтической реабилитации неврологических пациентов используют следующие методики психотерапии.

*Убеждение, или рациональная психотерапия*, – лечение информацией, которая вступает в связь с имеющимися у пациента представлениями и подвергается логической обработке и критической оценке, вследствие чего возникают новые представления и взгляды на внутренний и внешний миры, новая трактовка психотравмирующих ситуаций, новые установки на будущее [10].

Методика лечения убеждением основана на следующих базовых принципах:

- доверительные беседы с пациентом,
- разъяснение пациенту причин заболевания, прогноза, обратимости имеющихся нарушений,
- призыв к пациенту изменить отношение к волнующим внутренним и внешним событиям, не фиксировать внимание на имеющихся у него патологических проявлениях болезни.

*Внушение, или суггестия*, представляет собой подачу информации, воспринимаемую без критической оценки и влияющую на психоэмоциональное состояние человека.

Суггестия осуществляется в трех основных вариантах: внушение наяву, в состоянии естественного и гипнотического сна

*Внушение наяву* проводится эмоционально насыщенным повелительным тоном в виде резких коротких, несколько раз повторяемых фраз.

*Внушение в состоянии естественного и гипнотического сна* основано на явлении раппорта, т.е. контакта с внешним миром, осуществляемого благодаря так называемому

«сторожевому пункту», и производится тихим голосом и внушающим тоном.

Гипнотизация осуществляется различными методами, среди которых наиболее распространены следующие [10]:

- вербальный метод
- метод монотонных звуков
- метод фиксации взора
- метод фасцинации (очарования)
- метод сближения рук
- метод следовых образов

*Самовнушение* – это усиление влияния ощущений и представлений на психические и эмоциональные процессы, что достигается психоэмоциональной активностью пациента, проводящего самовнушение.

Наиболее распространенными методами самовнушения являются метод Куэ и аутогенная тренировка.

*Самовнушение по методу Куэ* основано на комбинации убеждения, или рациональной психотерапии, и самовнушения.

При проведении *аутогенной тренировки* первоначально путем аутогипноза достигается ощущение тяжести в теле и мышечной релаксации, а затем проводится самовнушение, направленное на различные функции организма пациента.

*Каузальная психотерапия* основана на принципе обмена информацией между доктором и пациентом, что ведет к осознанию последним психотравмирующих переживаний и адекватному на них реагированию.

*Поведенческая психотерапия* основана на выработке элементарных условнорефлекторных связей, при этом условный рефлекс является предвосхищением определенной ситуации и подготовкой к ней, а возможная ориентировочная реакция – предвосхищением неопределенной ситуации [10]. Данный вид психотерапевтического воздействия представляет собой психологическое обучение пациента, использующее связь между поступком и событием. Поведенческая психотерапия – это помощь пациенту в коррекции и расширении диапазона способов его эмоционально-когнитивно-поведенческого реагирования, различных убеждений, а также вариантов поведения, при этом психокоррекция осуществляется с учетом

желаний пациента применительно к известным ему и терапевту задачам и ситуациям.

Техника проведения поведенческой психотерапии основана на принципе десенсибилизации. Принцип десенсибилизации заключается в погашении условной связи, которая обычно возникает, когда условнорефлекторный раздражитель многократно не подкрепляется безусловнорефлекторным. Например, пациента, который стесняется своей изменившейся после инсульта походки и поэтому боится ходить на виду окружающих, просят пройти на глазах одного, затем – двух, затем – многих людей.

*Арт-терапия* – лечение различными видами искусства (изобразительное, музыкальное, литературное) с целью влияния на пациента путем отреагирования психотравмирующих переживаний, снижения эмоциональной напряженности и осваивания новых форм опыта. В процессе арт-терапии пациент вступает в соприкосновение со своим бессознательным и разговаривает с ним на символическом языке образов.

*Катарсис* основан на смене усиления и ослабления гипоталамо-кортикальных взаимодействий с последующим восстановлением нормальной возбудимости гипоталамуса и нормализацией взаимоотношений между корой и гипоталамусом [2], при этом пациенту предоставляется возможность отреагировать на вызываемые в памяти психотравмирующие события. В основе катарсиса лежат беседа с пациентом, когда в спокойной обстановке человеку предоставляется возможность подробно, «в красках» рассказать о тяжелых для него событиях.

Несмотря на достаточно обширный накопленный опыт применения психотерапии, среди исследователей и клиницистов отсутствует единодушное мнение относительно эффективности тех или иных методик при ведении пациентов, страдающих болевыми синдромами на фоне органического поражения ЦНС, что и послужило стимулом для выполнения настоящего исследования, цель которого состоит в повышении эффективности реабилитации данной

категории пациентов, а задачей является изучение влияния различных методик психотерапии на нормализацию психоэмоционального и функционального состояния пациентов, страдающих болевыми синдромами на фоне перенесенного органического поражения головного мозга.

### Материал и методы

Проанализированы результаты психотерапевтической реабилитации 500 пациентов, перенесших инсульт и ЧМТ и страдающих болевыми синдромами. Среди них было 294 женщины (58,8%) и 206 мужчин (41,2%). Средний возраст пациентов составил 65,8 года (от 39 до 80 лет).

Распределение пациентов согласно нозологическим формам: 408 пациентов перенесли инсульт (81,6%), 92 – ЧМТ (18,4%).

Распределение пациентов по видам болевых синдромов: боли в плече – 398 пациентов (79,6%), головные боли – 80 (16,0%), синдром Дежерина-Русси (таламический синдром) – 22 (4,4%).

Все пациенты были разделены на 10 групп по 50 человек в каждой, отличающихся применяемыми методиками психотерапии. В процессе проведения исследования была проанализирована эффективность таких методик психотерапии, как убеждение, или рациональная психотерапия; внушение в трех вариантах (внушение наяву, в состоянии естественного и гипнотического сна); самовнушение в двух вариантах (метод Куэ и аутогенная тренировка); каузальная, или аналитическая психотерапия; поведенческая психотерапия; арт-терапия и катарсис.

Группы исследования были стандартизированы по различным показателям, таким как возраст, пол, степень нарушения неврологических функций и бытовой адаптации, выраженность болевого синдрома, психоэмоциональное состояние, нозологическая форма поражения головного мозга, вид болевого синдрома, а также проводимая сопутствующая медикаментозная терапия и используемые виды и методы физической, физиотерапевтической и нейропсихологической реабилитации (принцип matched-controlled).

Для анализа эффективности каждой методики психотерапии создавалась

контрольная группа, состоявшая из пациентов других групп исследования, которые подбирались по принципу случайной выборки (по методу конвертов) в равномерном числе из каждой терапевтической группы исследования других методик психотерапии (по 6 человек из 5-ти остальных групп и по 5 человек из 4-х остальных групп); число пациентов в контрольной группе соответствовало числу пациентов в каждой группе лечения.

Например, для проведения анализа сравнительной эффективности убеждения (рациональная психотерапия) создавалась контрольная группа пациентов, в которую случайным образом и в равномерном числе отбирались пациенты из остальных 9-ти групп, проходивших иные методики психотерапии (по 6 пациентов из групп внушения наяву, внушения в состоянии естественного сна, внушения в состоянии гипнотического сна, самовнушения по методу Куэ, аутогенной тренировки и по 5 человек из групп каузальной психотерапии, поведенческой психотерапии, арт-терапии и катарсиса). Таким образом, контрольная группа составляет 50 пациентов (6 человек x 5 групп + 5 человек x 4 группы = 30 + 20 = 50 пациентов), что соответствует численному составу основной группы исследования.

Исследование имеет проспективный сравнительный открытый характер и проведено в соответствии с современными требованиями к научно-исследовательской работе. Настоящее исследование отвечает требованиям Хельсинкской Декларации Всемирной Медицинской Ассоциации и одобрено этическим комитетом СПб ГБУЗ «Городская больница №38 им. Н.А. Семашко», протокол №1 от 19.02.-2014 г.

Психотерапевтическая реабилитация проводилась на 10-12-м месяцах заболевания.

Оценка психоэмоционального и функционального состояния пациентов по нижеперечисленным шкалам и опросникам проводилась в начале исследования и через месяц после окончания курса психотерапевтической реабилитации.

Психоэмоциональное состояние больных оценивались с помощью шкалы самооценки состояния депрессии Уэйкфилда [12] и опросника Бека [13].

Для оценки нарушения и степени восстановления функций пациентов, а также эффективности реабилитации были использованы различные шкалы. С помощью шкалы Бартел [15] оценивались двигательные функции и бытовая адаптация; шкалы Линдмарка [14] – функции движения и чувствительности; Скандинавской шкалы [18] – двигательные и речевые функции, а также ориентация во времени, пространстве и собственной личности. Степень восстановления перечисленных функций определялась следующим образом: отсутствие восстановления – среднее арифметическое количество баллов, набранное по всем трем перечисленным шкалам, составляло менее 25% баллов от их максимального количества; минимальное – 25–49%; удовлетворительное – 50–74%; достаточное – 75–90% и полное – более 90%.

Поскольку оценка выраженности болевого синдрома носит достаточно субъективный характер, для объективизации результатов исследования были использованы две шкалы оценки боли: визуальная аналоговая шкала (ВАШ) Хаскиссона [15] и многомерный вербально-цветовой тест боли (МВЦТБ) [1], в рамках применения которого в качестве диагностического средства используются как вербальные, так и невербальные символы, прежде всего, цвет. Кроме того, использование данного теста позволяет проводить дифференциальную диагностику психогенного болевого синдрома, который нередко встречается среди рассматриваемой категории пациентов и может несколько искажать объективные результаты исследования относительно оценки выраженности болевого синдрома. Степень выраженности болевых ощущений согласно выбору пациентом предпочтительных цветов подразделялась на 7 рангов: отсутствие боли; очень слабая мимолетная боль; слабая боль; боль средней степени выраженности; сильная боль; очень сильная боль; невыносимая боль («сильнее быть не может»)

Анализ выраженности болевого синдрома с помощью ВАШ производился следующим образом: отсутствие боли – 0,0-10,0 мм, минимальная боль – 10,1-30,0 мм, умеренная боль – 30,1-50,0 мм, сильная боль – 50,1-70,0

мм, очень сильная боль – 70,1-90,0 мм, максимальная боль – 90,1-100 мм.

Оценка психоэмоционального и функционального состояния пациентов по нижеперечисленным шкалам и опросникам проводилась в начале исследования и через месяц после окончания курса психотерапевтической реабилитации.

Критерии включения пациентов в настоящее исследование:

- диагноз – инфаркт головного мозга, подтвержденный при проведении компьютерной или магнитно-резонансной томографии или ЧМТ;
- наличие болевого синдрома (боли в плече, головные боли, таламический синдром);
- степень нарушения неврологических функций (количество баллов по шкалам Бартел, Линдмарка и Скандинавской – не более 24% от максимального количества баллов);
- наличие выявленной с помощью опросника Бека и шкалы Уэйкфилда депрессии любой степени выраженности.

На основе полученных данных была создана компьютерная база данных с возможностью статистического анализа. Все клинические показатели, зарегистрированные при обследовании пациентов, были адаптированы для математической обработки и изучались с использованием методов многомерного статистического анализа.

Для проверки близости к нормальному распределению наблюдавшихся значений факторов и параметров (т.е. сопоставления теоретически и экспериментально полученных распределений) были использованы критерий Пирсона  $\chi^2$  и критерий Колмогорова-Смирнова [5]. В исследовании были использованы пакеты следующих прикладных программ: SPSS-14 (для статистического анализа), MS Office 2010 (для организации и формирования матрицы данных, подготовки диаграмм). Оценка достоверности различий средних величин для независимых переменных осуществлялась по t-критерию Стьюдента. Различия считались достоверными при  $p < 0,05$ . При частоте изучаемого события менее 5 наблюдений в одной из ячеек таблицы использование критерия  $\chi^2$  признавалось не



корректным и требовало использования точного критерия Фишера [3].

### Результаты исследования

Согласно результатам исследования, убеждение, или рациональная терапия, в статистически значимой степени влияет на улучшение как психоэмоционального, так и функционального состояния пациентов с органическим поражением головного мозга и болевыми синдромами.

Так, среди пациентов, в рамках психотерапевтического лечения которых применялась рациональная психотерапия, депрессия на фоне терапии отсутствовала у 78,0%, в группе больных, кто не проходил данный вид психотерапии – у 26,0 % ( $\chi^2=27,1$ ; d.f.=1;  $p<0,001$ ) (рис. 1).

В группе пациентов, проходивших курс рациональной психотерапии, достаточное и полное восстановление высших мозговых, двигательных, чувствительных и бытовых функций отмечалось в 62,0% случаев. Среди пациентов, к которым не применялось убеждение – в 28,0 ( $\chi^2=7,0$ ; d.f.=1;  $p=0,008$ ) (табл. 1).

Из всех видов внушения наиболее эффективным является внушение наяву.

В группе пациентов, в лечении которых применялось внушение наяву, депрессия после проведенного курса терапии отсутствовала у 70,0%, в группе больных, кто не проходил данный вид психотерапии, – у 28,0% ( $\chi^2=17,6$ ; d.f.=1;  $p<0,001$ ) (см. рис. 1).

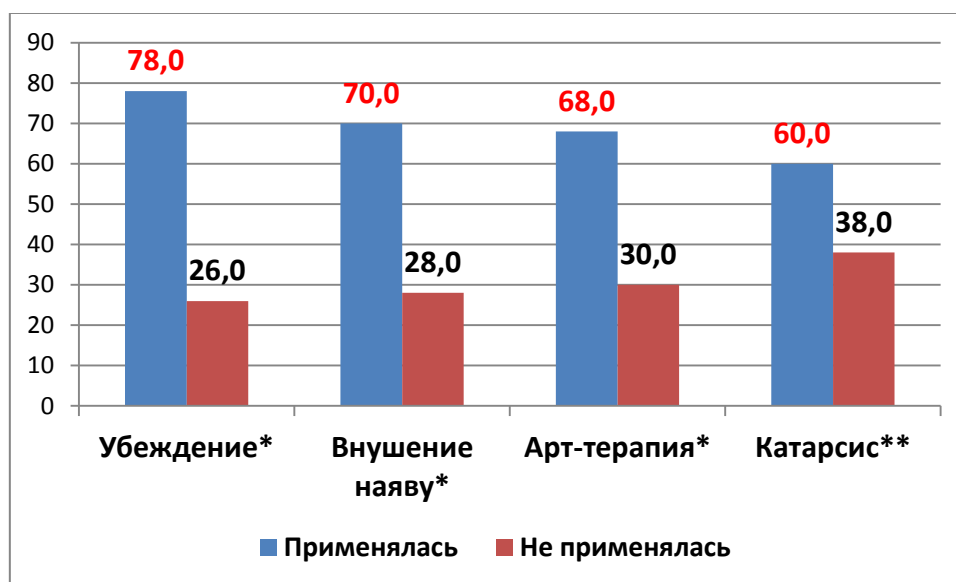


Рисунок 1. Распределение пациентов по отсутствию депрессии в зависимости от применения рациональной психотерапии (убеждение), внушения наяву, арт-терапии, катарсиса (в % к итогу).

### Примечание.

Достоверные различия между терапевтическими и контрольной группами на уровне:

\* -  $p<0,001$ ; \*\* -  $p<0,05$ .

Убеждение:  $\chi^2=27,1$ ; d.f.=1;  $p<0,001$

Внушение наяву:  $\chi^2=17,6$ ; d.f.=1;  $p<0,001$

Арт-терапия:  $\chi^2=14,4$ ; d.f.=1;  $p<0,001$

Катарсис:  $\chi^2=4,8$ ; d.f.=1;  $p<0,028$

В группе пациентов, проходивших курс внушения наяву, достаточное и полное восстановление неврологических функций наблюдалось у 58,0% больных. Среди пациентов, к которым не применялся данный вид внушения, – у 36,0% ( $\chi^2=4,5$ ; d.f.=1;  $p=0,034$ ) (см. табл. 1).

Внушение в состоянии естественного и гипнотического сна не оказало статистически значимое влияние на нормализацию психоэмоционального и функционального состояния пациентов, страдающих болевыми синдромами на фоне перенесенных инсульта или ЧМТ.

Так, в группах пациентов, проходивших курс внушения в состоянии естественного и гипнотического сна, депрессия отсутствовала у 56,0% и 54,0% пациентов соответственно, среди пациентов, не проходивших данные методы психотерапии, – у 46,0% и 48,0% соответственно ( $\chi^2=1,0$ ; d.f.=1;  $p=0,317$  и  $\chi^2=4,5$ ; d.f.=1;  $p=0,546$  соответственно).

Среди пациентов, в рамках психотерапевтического лечения которых

применялось внушение в состоянии естественного и гипнотического сна, достаточное и полное восстановление неврологических функций наблюдалось у 46,0% и 42,0% соответственно. В группе больных, не проходивших данные виды внушения, аналогичные показатели составляют соответственно 34,0% и 36,0% ( $\chi^2=1,5$ ; d.f.=4;  $p=0,221$  и  $\chi^2=0,4$ ; d.f.=4;  $p=0,539$  соответственно).

Таблица 1.

**Распределение пациентов по степени восстановления неврологических функций в зависимости от применения рациональной психотерапии (убеждение), внушения наяву, арт-терапии, катарсиса (в % к итогу).**

Степень восстановления функций	Убеждение*		Внушение наяву**		Арт-терапия		Катарсис	
	Применялось	Не применялось	Применялось	Не применялось	Применялась	Не применялась	Применялся	Не применялся
Отсутствует	2,0 (1)	14,0 (7)	6,0 (3)	12,0 (6)	4,0 (8)	10,0 (5)	6,0 (3)	10,0 (5)
Минимальная	8,0 (4)	26,0 (13)	12,0 (6)	22,0 (11)	6,0 (3)	18,0 (9)	10,0 (5)	14,0 (7)
Удовлетворительная	28,0 (14)	32,0 (16)	24,0 (12)	30,0 (15)	24,0 (12)	34,0 (17)	30,0 (15)	32,0 (16)
Достаточная	40,0 (20)	20,0 (10)	40,0 (20)	24,0 (12)	38,0 (16)	30,0 (15)	34,0 (17)	30,0 (15)
Полная	22,0 (11)	8,0 (4)	18,0 (9)	12,0 (6)	28,0 (11)	8,0 (4)	20,0 (10)	14,0 (7)
Итого	100,0 (50)	100,0 (50)	100,0 (50)	100,0 (50)	100,0 (50)	100,0 (50)	100,0 (50)	100,0 (50)
Различия между терапевтическими и контрольной группами	$\chi^2=7,0$ ; d.f.=4; $p=0,008$		$\chi^2=4,5$ ; d.f.=4; $p=0,034$		$\chi^2=7,9$ ; d.f.=4; $p=0,097$		$\chi^2=1,5$ ; d.f.=4; $p=0,823$	

*Примечание.* Достоверные различия между терапевтическими и контрольной группами на уровне: \* -  $p<0,01$ ; \*\* -  $p<0,05$ .

Применение таких методик психотерапии, как арт-терапия и катарсис, согласно результатам исследования, в статистически значимой степени влияет на нормализацию психоэмоционального состояния пациентов, не влияя при этом в статистически значимой степени на восстановление неврологических функций пациентов после инсульта и ЧМТ.

В группах пациентов, при реабилитации которых применялись арт-терапия и катарсис, депрессия на фоне проведенного курса терапии отсутствовала у 68,0% и 60,0% соответственно, среди больных, не

проходивших данные методы психотерапии, – у 30,0% и 38,0% соответственно ( $\chi^2=14,4$ ; d.f.=1;  $p<0,001$  и  $\chi^2=4,8$ ; d.f.=1;  $p=0,028$  соответственно) (см. рис. 1).

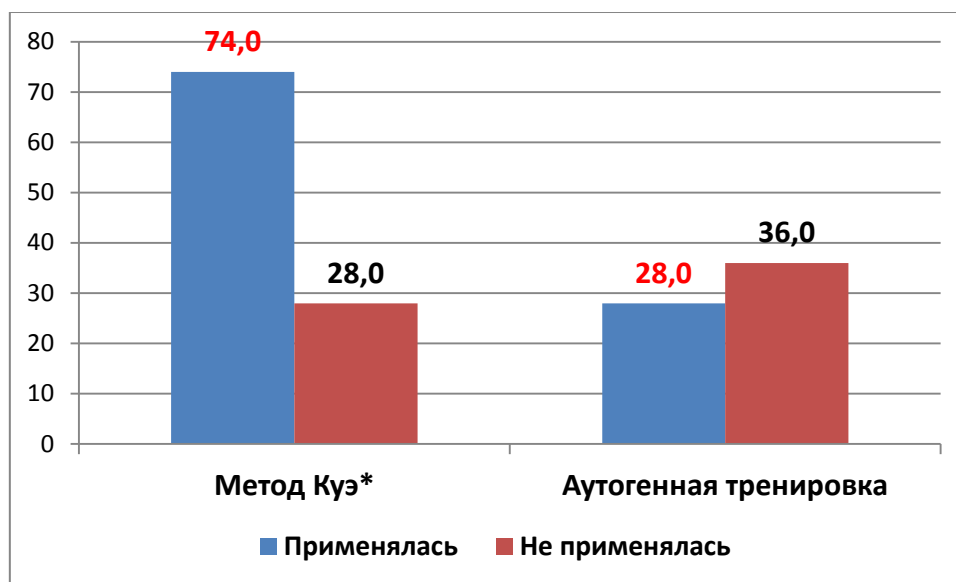
Согласно результатам исследования, в группе пациентов, проходивших занятия арт-терапией, достаточное и полное восстановление неврологических функций отмечалось в 66,0% случаев, среди пациентов, к которым не применялись данный метод психотерапевтического воздействия, – в 38,0% случаев ( $\chi^2=7,9$ ; d.f.=4;  $p=0,097$ ). Аналогичные показатели для пациентов, при

терапии которых использовался катарсис, составляют 54,0% и 44,0% соответственно ( $\chi^2=1,5$ ; d.f.=4;  $p=0,823$ ) (табл. 1).

Самовнушение, проводимое по методу Куэ, согласно результатам исследования, оказывает статистически значимое нормализующее влияние как на

психоэмоциональное, так и на функциональное состояние пациентов.

Так, в группе больных, использовавших психотерапию с помощью данной методики, депрессия отсутствовала у 74,0%, в группе пациентов, не проходивших метод Куэ, – у 28,0% ( $\chi^2=21,2$ ; d.f.=1;  $p<0,001$ ) (рис. 2).



**Рисунок 2. Распределение пациентов по отсутствию депрессии в зависимости от применения самовнушения по методу Куэ и аутогенной тренировки (в % к итогу).**

П р и м е ч а н и е. Достоверные различия между терапевтическими и контрольной группами на уровне: \* -  $p < 0,001$ .

Самовнушение по методу Куэ:  $\chi^2=21,2$ ; d.f.=1;  $p<0,001$

Аутогенная тренировка:  $\chi^2 = 0,7$ ; d.f.=1;  $p=0,391$

Среди пациентов, использовавших самовнушение по методу Куэ, достаточное и полное восстановление неврологических функций отмечалось в 64,0% случаев, среди больных, которые не применяли в своем лечении данный метод, – в 44,0% случаев ( $\chi^2=7,0$ ; d.f.=4;  $p=0,008$ ) (табл. 2).

Аутогенная тренировка в отличие от метода Куэ не только не способствовала улучшению психоэмоционального состояния пациентов, уменьшению выраженности и распространенности депрессивных состояний, восстановлению неврологических функций, уменьшению выраженности болевых синдромов пациентов, перенесших инсульт и ЧМТ, но в какой-то мере оказывала негативное влияние на психическую и, как следствие, физическую и функциональную сферы пациентов. Так, среди больных, в рамках психотерапевтического лечения которых,

применялась аутогенная тренировка, депрессия на фоне проведенной терапии отсутствовала у 28,0%, в группе пациентов, кто не проходил данный вид психотерапии – у 36,0% ( $\chi^2=0,7$ ; d.f.=1;  $p=0,391$ ) (см. рис. 2).

Среди больных, использовавших аутогенную тренировку, достаточное и полное восстановление неврологических функций отмечалось в 36,0% случаев, среди пациентов, которые не применяли в своем лечении данный метод, – в 54,0% ( $\chi^2=4,1$ ; d.f.=4;  $p=0,044$ ). Как мы видим, в последнем случае отмечаются некоторые статистически значимые различия, однако данные различия демонстрируют большую эффективность лечения в группе пациентов, в рамках лечения которых не проводилась аутогенная тренировка (см. табл. 2).

Такой метод психотерапевтического лечения, как каузальная психотерапия,

согласно результатам исследования, не влияет на улучшение психоэмоционального состояния пациентов после инсульта и на восстановление их неврологических функций. Между группами больных, у которых применялся и не применялся данный метод лечения, статистически значимые различия в плане купирования депрессивных состояний ( $\chi^2=1,0$ ; d. f.=1;  $p=0,316$ ), а также восстановления неврологических функций ( $\chi^2=0,2$ ; d. f.=1;  $p=0,685$ ) не наблюдались.

Поведенческая психотерапия оказывала некоторое положительное влияние на состояние пациентов, перенесших инсульт. Однако роль данного метода психотерапии была достаточно скромной, и статистически значимые отличия между группами пациентов,

проходивших и не проходивших занятия согласно данной методике, не наблюдались.

Так, среди пациентов, в рамках психотерапевтического лечения которых применялась поведенческая психотерапия, депрессия отсутствовала у 54,0%, в группе больных, кто не проходил данный вид психотерапии – у 40,0% ( $\chi^2=2,0$ ; d. f.=1;  $p=0,161$ ).

Среди пациентов, проходивших курс поведенческой психотерапии, достаточное и полное восстановление неврологических функций отмечалось в 52,0% случаев, среди не проходивших данный вид психотерапевтического воздействия, – в 44,0% случаев ( $\chi^2=0,6$ ; d. f.=4;  $p=0,423$ ).

Таблица 2.

**Распределение пациентов по степени восстановления функций в зависимости от применения самовнушения (метод Куэ и аутогенная тренировка), % (абсолютное число)**

Степень восстановления функций	Метод Куэ		Аутогенная тренировка	
	Применялся	Не применялся	Применялась	Не применялась
Отсутствует	4,0 (2)	12,0 (6)	14,0 (7)	6,0 (3)
Минимальная	8,0 (4)	24,0 (12)	24,0 (12)	18,0 (9)
Удовлетворительная	24,0 (12)	20,0 (10)	26,0 (13)	22,0 (11)
Достаточная	38,0 (19)	30,0 (15)	24,0 (12)	32,0 (16)
Полная	26,0 (13)	14,0 (7)	12,0 (6)	22,0 (11)
Итого	100,0 (50)	100,0 (50)	100,0 (50)	100,0 (50)
<i>Различия между терапевтическими и контрольной группами</i>	$\chi^2=7,0$ ; d. f.=4; $p=0,008$		$\chi^2=4,1$ ; d. f.=4; $p=0,044$	

Кроме того, как показали результаты исследования, эффективность разных психотерапевтических методик различается в статистически значимой степени и в отношении влияния на купирование или уменьшение выраженности болевых синдромов у пациентов с органическими поражениями ЦНС.

Среди всех исследуемых методик психотерапевтической реабилитации статистически значимую степень влияния на уменьшение выраженности боли продемонстрировали такие методики, как катарсис, убеждение (рациональная психотерапия) и самовнушение по методу Куэ.

Наиболее статистически значимое влияние на болевые синдромы оказал катарсис, результаты исследования эффективности

которого, в отношении купирования боли, оказались весьма неожиданными.

Так, согласно исследованию, проведенному по шкале ВАШ, в группе пациентов, в рамках психотерапевтического лечения которых использовался катарсис, болевой синдром купировался и уменьшился в значительной степени на фоне терапии у 86,0% пациентов, среди не проходивших данный вид психотерапии – у 36,0% ( $\chi^2=28,0$ ; d. f.=2;  $p<0,001$ ) (табл. 3).

Согласно анализу эффективности катарсиса, проведенному согласно МВЦТБ, болевой синдром купировался и уменьшился в значительной степени после проведения курса лечения в группе катарсиса в 88,0% случаев, в контрольной группе – в 34,0% случаев ( $\chi^2=31,8$ ; d. f.=2;  $p<0,001$ ) (табл. 4).

Убеждение (рациональная психотерапия) и самовнушение по методу Куэ также оказали статистически значимое влияние на купирование или уменьшение выраженности болевых синдромов, причем данная закономерность при анализе эффективности убеждения была выявлена при ее оценке и по шкале ВАШ ( $\chi^2=4,1$ ; d.f.=2;  $p=0,043$ ), и по МВЦТБ ( $\chi^2=4,5$ ; d.f.=2;  $p=0,035$ ), при анализе

применения самовнушения по методу Куэ – только согласно МВЦТБ ( $\chi^2=8,3$ ; d.f.=2;  $p=0,016$ ). Согласно оценке влияния самовнушения по методу Куэ на уменьшение выраженности болевых синдромов по шкале ВАШ статистически значимое влияние обнаружено не было ( $\chi^2=2,8$ ; d.f.=2;  $p=0,091$ ) (см. табл. 3 и 4).

Таблица 3.

**Распределение пациентов по степени выраженности болевого синдрома, согласно шкале ВАШ, в зависимости от применения различных методик психотерапии, % (абсолютное число)**

Выраженность болевого синдрома	Убеждение**		Катарсис*		Метод Куэ	
	Проходили	Не проходили	Проходили	Не проходили	Проходили	Не проходили
Отсутствие / Минимальная боль	60,0 (30)	40,0 (20)	86,0 (43)	36,0 (18)	58,0 (29)	38,0 (19)
Умеренная боль	32,0 (16)	44,0 (22)	14,0 (7)	44,0 (22)	26,0 (13)	40,0 (20)
Сильная / Очень сильная боль	8,0 (4)	16,0 (8)	0,0 (0)	20,0 (10)	16,0 (8)	22,0 (11)
Итого	100,0 (50)	100,0 (50)	100,0 (50)	100,0 (50)	100,0 (50)	100,0 (50)
<i>Различия между терапевтической и контрольной группами</i>	$\chi^2=4,1$ ; d.f.=2; $p=0,043$		$\chi^2=28,0$ ; d.f.=2; $p<0,001$		$\chi^2=2,8$ ; d.f.=2; $p=0,091$	

П р и м е ч а н и е. Достоверные различия между терапевтической и контрольной группами на уровне: \* -  $p<0,001$ ; \*\* -  $p<0,05$

Таблица 4

**Распределение пациентов по степени выраженности болевого синдрома, согласно МВЦТБ, в зависимости от применения различных методик психотерапии, % (абсолютное число)**

Выраженность болевого синдрома	Убеждение**		Катарсис*		Метод Куэ**	
	Проходили	Не проходили	Проходили	Не проходили	Проходили	Не проходили
Отсутствие / Очень слабая боль / Слабая боль	58,0 (29)	38,0 (19)	88,0 (44)	34,0 (17)	56,0 (28)	38,0 (19)
Средняя боль	36,0 (18)	48,0 (24)	12,0 (6)	48,0 (24)	32,0 (16)	44,0 (22)
Сильная боль / Очень сильная / Невыносимая боль	6,0 (3)	14,0 (7)	0,0 (0)	18,0 (9)	12,0 (6)	18,0 (9)
Итого	100,0 (50)	100,0 (50)	100,0 (50)	100,0 (50)	100,0 (50)	100,0 (50)
<i>Различия между терапевтической и контрольной группами</i>	$\chi^2=4,5$ ; d.f.=2; $p=0,035$		$\chi^2=31,8$ ; d.f.=2; $p<0,001$		$\chi^2=8,3$ ; d.f.=2; $p=0,016$	

П р и м е ч а н и е. Достоверные различия между терапевтической и контрольной группами на уровне: \* -  $p<0,001$ ; \*\* -  $p<0,05$ .

Остальные методики психотерапии (внушение наяву, в состоянии естественного и гипнотического сна, аутогенная тренировка, арт-терапия, каузальная и поведенческая психотерапия) не были эффективны в плане влияния на уменьшение выраженности болевых синдромов. Как показали результаты исследования, статистически значимые различия в этом отношении в терапевтических и контрольной группах не отмечаются ни при анализе по шкале ВАШ, ни при анализе по шкале МВЦТБ.

Так, согласно исследованию, проведенному по шкале ВАШ, статистические различия для внушения наяву составляют  $\chi^2=3,4$ ; d.f.=2;  $p=0,064$ ; внушения в состоянии естественного сна –  $\chi^2=0,7$ ; d.f.=2;  $p=0,711$ ; внушения в состоянии гипнотического сна –  $\chi^2=0,8$ ; d.f.=2;  $p=0,657$ ; аутогенной тренировки –  $\chi^2=3,8$ ; d.f.=2;  $p=0,152$ ; арт-терапии –  $\chi^2=1,6$ ; d.f.=2;  $p=0,447$ ; каузальной психотерапии –  $\chi^2=2,9$ ; d.f.=2;  $p=0,232$ ; поведенческой психотерапии –  $\chi^2=2,0$ ; d.f.=2;  $p=0,375$ .

#### **Обсуждение результатов**

Таким образом, использование психотерапии может и должно быть интегрировано в комплексную терапию и реабилитацию пациентов с органическими поражениями головного мозга и сопутствующими болевыми синдромами, что, несомненно, способствует повышению эффективности данного лечения относительно нормализации психоэмоционального состояния пациентов, степени повышения их неврологических функций, а также купированию или уменьшению выраженности болевых синдромов.

Согласно результатам исследования наиболее эффективными и оправданными в применении психотерапевтическими методиками при терапии и реабилитации рассматриваемой категории пациентов являются убеждение, или рациональная психотерапия, внушение наяву, самовнушение по методу Куэ, арт-терапия и катарсис. Другие методы психотерапевтического воздействия, как-то: внушение в состоянии естественного и гипнотического сна, аутогенная тренировка, каузальная и поведенческая психотерапия не показали статистически значимую эффективность в плане нормализации

психоэмоционального состояния пациентов с органическими поражениями ЦНС и восстановления их неврологических функций, а использование аутогенной тренировки и вовсе приводило к отрицательным результатам.

Безусловно, нельзя полностью исключать роль аутогенной тренировки при проведении психотерапии пациентов с органическими поражениями головного мозга. Данная методика психотерапевтического воздействия, возможно, и эффективна при ведении данной категории пациентов, однако, вероятно, на самом последнем, третьем, этапе психологической реабилитации, когнитивно-психологическом, который направлен на стабилизацию внутриличностных отношений и представлений о самом себе, поскольку аутогенная тренировка способствует укреплению образа собственного «я». Если же данный образ еще недостаточно раскрыт и интегрирован, аутогенная тренировка может приводить к нежелательным эффектам. Изучение данного аспекта применения различных методик самовнушения у пациентов с органическими поражениями головного мозга представляется крайне интересным и чрезвычайно важным и может являться предметом дальнейших исследований.

Результаты исследования эффективности психотерапии в отношении купирования болевых синдромов оказались достаточно неожиданными. Ряд методик оказывает статистически значимое благоприятное влияние на уменьшение выраженности боли. Наиболее ярко данное действие проявляется при использовании катарсиса.

Полученные результаты согласуются с данными других публикаций относительно эффективности применения таких методик психотерапии, как убеждение, внушение наяву, самовнушение по методу Куэ, арт-терапия и катарсис при лечении и реабилитации пациентов с органическими поражениями головного мозга и сопутствующими болевыми синдромами [4,6].

Учитывая значительное разнообразие применяемых методик психотерапии при психоэмоциональных нарушениях,

возникающих на фоне органических поражений ЦНС, и отсутствие единодушного мнения исследователей в отношении их эффективности, необходимо констатировать, что дальнейшие исследования в данной области представляются достаточно интересными и чрезвычайно полезными.

Данная работа не имела спонсорской поддержки. Авторы в равной степени принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Конфликт интересов отсутствует.

#### Литература:

1. Адашинская Г.А., Мейзеров Е.Е., Фадеев А.А. и др. Экспертная система оценки боли, созданная на основе «Многомерного вербально-цветового болевых теста» / Материалы конгресса «Традиционная медицина 2007». Москва, 2007. С. 502-507.

2. Гельгорн Э., Луфборроу Дж. Эмоции и эмоциональные расстройства. – М.: Изд-во «Мир», 1966. 672 с.

3. Гланц С. Медико-биологическая статистика. Пер. с англ. М.: Практика, 1988. 459 с.

4. Гольдблат Ю.В. Медико-социальная реабилитация в неврологии. – СПб.: Политехника, 2006. 607 с.

5. Дорогонько Е.В. Обработка и анализ социологических данных с помощью пакета SPSS.–Сургут: Издат. центр СурГУ, 2010. 60с.

6. Елифанов В.А. Реабилитация больных, перенесших инсульт. М.: МЕДпресс-информ, 2006. 256 с.

7. Каракулова Ю.В., Амирахова Л.Ш. Нейропсихологический статус и качество жизни пациентов в восстановительном периоде ишемического инсульта под влиянием нейропротекторной терапии // Уральский медицинский журнал, 2013. №1. С.21-24.

8. Ковальчук В.В., Скоромец А.А., Высоцкая М.Л., Мелихова Е.В. Значение психотерапии в реабилитации больных, перенесших инсульт // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2007. № 4. С. 21-23.

9. Ковальчук В.В. Коррекция когнитивных и психоэмоциональных расстройств у пациентов, перенесших инсульт // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2014. №10. С. 81-86.

10. Свядош А.М. Неврозы. Руководство для врачей. – СПб.: Изд-во «Питер», 1997. – 442 с.

11. Burvill P.W., Johnson G.A., Jamrozik K.D et al. Anxiety disorders after stroke: results from the Perth Community Stroke Study // Br J Psychiatr. 1995. vol. 166. P.328-332.

12. Hickie I., Lloyd A., Wakefield D. et al. The psychiatric status of patients with the chronic fatigue syndrome // Br J Psychiatry. 1990. Vol. 156. P. 534-540.

13. House A., Dennis M., Hawton K. et al. Methods of identifying mood disorders in stroke patients: experience in the Oxfordshire Community Stroke Project // Age Ageing. 1989. Vol. 18. P. 371-379.

14. Lindmark B. Evaluation of functional capacity after stroke with special emphasis on motor function and activities of daily living // Scand J Rehabil Med Suppl. 1988. Vol. 21. P. 1-40.

15. Machoney F., Barthel D. Functional evaluation: the Barthel Index // Md State Med J. 1965. Vol. 14. P. 61-65.

16. Ohayon M.M., Schatzberg A.F. Using chronic pain to predict depressive morbidity in the general population // Archives of General Psychiatry. 2003. Vol. 60. P. 39-47

17. Ramasubbu R. Relationship between depression and cerebrovascular disease: conceptual issues // J Affect Dis. 2000. vol. 57. P.1-11.

18. Scandinavian Stroke Study Group. Multicenter trial of hemodilution in ischemic stroke: background and study protocol // Stroke. 1985. Vol. 16. P. 885-890.

19. Scott J., Huskisson E.C. Graphic representation of pain // Pain. 1976. Vol. 2. P.175-184.

20. Warlow C.P., Dennis M.S., van Gijn J. et al. Stroke. A practical guide to management. London: Blackwell Science, 1997. 664 p.

#### References:

1. Adashinskaya G.A., Meyzerov E.E., Fadeev A.A. i dr. *Ekspertnaya sistema otsenki boli, sozdannaya na osnove «Mnogomernogo verbal'no-tsvetovogo bolevogo testa»* [Expert system for assessing pain, developed on the basis of "Multidimensional pain verbally-color test"]. Materialy kongressa «Traditsionnaya meditsina 2007». Moskva, 2007. pp. 502-507.

2. Gel'gorn E., Lufborrou Dzh. *Emotsii i emotsional'nye rasstroystva* [Emotions and emotional disorder]. M.: Izd-vo «Mir», 1966. 672 s.

3. Glants S. *Mediko-biologicheskaya statistika*. [Biomedical Statistics]. Per. s angl. M.: Praktika, 1988. 459 p.
4. Gol'dblat Yu.V. *Mediko-sotsial'naya reabilitatsiya v nevrologii* [Medico-social rehabilitation in neurology]. SPb.: Politehnika, 2006. 607 p.
5. Dorogon'ko E.V. *Obrabotka i analiz sotsiologicheskikh dannykh s pomoshch'yu paketa SPSS* [Processing and analysis of sociological data using package of SPSS]. Surgut: Izdatel'skiy tsentr SurGU, 2010. – 60 p.
6. Epifanov V.A. *Reabilitatsiya bol'nykh, perenesshikh insul't* [Rehabilitation of stroke patients]. M.: MEDpress-inform, 2006. 256 p.
7. Karakulova Yu.V., Amirakhova L.Sh. Neyropsikhologicheskiy status i kachestvo zhizni patsientov v vosstanovitel'nom periode ishemičeskogo insul'ta pod vliyaniem neyroprotektornoy terapii [The neuropsychological status and quality of life of patients in the recovery period of ischemic stroke under the influence of neuroprotective therapy. *Ural'skiy meditsinskiy zhurnal [Urals medical journal]*, 2013, №1, pp.21-24.
8. Koval'chuk V.V., Skoromets A.A., Vysotskaya M.L., Melikhova E.V. Znachenie psixoterapii v reabilitatsii bol'nykh, perenesshikh insul't [The value of psychotherapy in the rehabilitation of stroke patients]. *Mediko-sotsial'naya ekspertiza i reabilitatsiya* [Medico-social examination and rehabilitation]. 2007, № 4. pp. 21-23.
9. Koval'chuk V.V. Korrektsiya kognitivnykh i psixhoemotsional'nykh rasstroystv u patsientov, perenesshikh insul't [Correction of cognitive and psycho-emotional disorders in stroke patients]. *Zhurnal nevrologii i psixiatrii im. S.S. Korsakova*. [Journal of Neurology and Psychiatry S.S. Korsakov]. 2014, №10. pp. 81-86.
10. Svyadoshch A.M. *Nevrozy. Rukovodstvo dlya vrachey* [Neuroses. Guidelines for doctors]. SPb.: Izd-vo «Piter», 1997, 442 p.
11. Burvill P.W., Johnson G.A., Jamrozik K.D et al. Anxiety disorders after stroke: results from the Perth Community Stroke Study. *Br J Psychiatr.* 1995. Vol. 166. P.328-332.
12. Hickie I., Lloyd A., Wakefield D. et al. The psychiatric status of patients with the chronic fatigue syndrome. *Br J Psychiatry.* 1990. Vol. 156. P. 534-540.
13. House A., Dennis M., Hawton K. et al. Methods of identifying mood disorders in stroke patients: experience in the Oxfordshire Community Stroke Project. *Age Ageing.* 1989. Vol. 18. P. 371-379.
14. Lindmark B. Evaluation of functional capacity after stroke with special emphasis on motor function and activities of daily living. *Scand J Rehabil Med Suppl*, 1988, Vol. 21. P. 1-40.
15. Machoney F., Barthel D. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J.* 1965, Vol. 14. P. 61-65.
16. Ohayon M.M., Schatzberg A.F. Using chronic pain to predict depressive morbidity in the general population. *Archives of General Psychiatry.* 2003, Vol. 60. P. 39-47
17. Ramasubbu R. Relationship between depression and cerebrovascular disease: conceptual issues. *J Affect Dis.* 2000, Vol. 57. P.1-11.
18. Scandinavian Stroke Study Group. Multicenter trial of hemodilution in ischemic stroke: background and study protocol. *Stroke.* 1985, Vol. 16. P. 885-890.
19. Scott J., Huskisson E.C. Graphic representation of pain. *Pain.* 1976. Vol. 2. P.175-184.
20. Warlow C.P., Dennis M.S., van Gijn J. et al. *Stroke. A practical guide to management.* – London: Blackwell Science, 1997, 664 p.

#### Контактная информация:

**Ковальчук Виталий Владимирович** - д.м.н. профессор, Заслуженный врач России, Председатель Общества врачей-реабилитологов Санкт-Петербурга (Россия), профессор Европейской Академии Естественных Наук (Ганновер, Германия), профессор Кембриджского Университета (Кембридж, Великобритания), руководитель Центра медицинской реабилитации Санкт-Петербурга (Россия), зав. отделением реабилитации пациентов с заболеваниями ЦНС СПб ГБУЗ «Городская больница №38 им. Н.А. Семашко» (Санкт-Петербург, Россия)

**Почтовый адрес:** 196605 Санкт-Петербург, Пушкин, ул. Ленинградская, д. 85/12, кв. 155.

**E-mail:** vikoal67@mail.ru

**Телефон:** Тел. дом.: 7-812-4663745, Тел. моб.: +7-921-9125872, Факс: 7-812-4067743