

УДК 159.9.07, 159.99

DOI: 10.34670/AR.2023.62.98.039

**Модель долгосрочного психологического сопровождения семей
неврологических пациентов с когнитивными нарушениями
в условиях реабилитации на дому**

Клочко Николай Павлович

Кандидат психологических наук, доцент,
Сургутский государственный университет,
628403, Российская Федерация, Сургут, просп. Ленина, 1;
e-mail: Klocho@mail.ru

Щелкунова Любовь Александровна

Реабилитационный психолог,
Шеба Тель-Хашомер,
6971039, Израиль, Тель-Авив-Яффо, ул. Хабарзель 27;
e-mail: contact@hospital-direct.org.il.

Аннотация

Недостаточность методического обобщения рефлексии позиций клинического психолога и нейропсихолога и семейного окружения пациента в процессе его нейропсихологической реабилитации требует разработки методологии долгосрочной работы с пациентом медицинского психолога в условиях «стационара на дому», определения и ведения позиций близких пациента, участвующих в реабилитационном процессе, определении их роли как агентов социального влияния, которым необходима активная помощь клинических психологов. В статье осуществляется попытка обобщения клинических случаев и создания модели долгосрочного психологического сопровождения семей неврологических пациентов с когнитивными нарушениями в условиях реабилитации на дому.

Для цитирования в научных исследованиях

Клочко Н.П., Щелкунова Л.А. Модель долгосрочного психологического сопровождения семей неврологических пациентов с когнитивными нарушениями в условиях реабилитации на дому // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2023. Т. 12. № 3А-4А. С. 281-290. DOI: 10.34670/AR.2023.62.98.039

Ключевые слова

Нейропсихолог, нейропсихологическая реабилитация, нейропсихологическое сопровождение, психологическая реабилитация, когнитивные нарушения неврологических пациентов, афазия, медицинский психолог, родственник пациента.

Введение

В настоящее время наблюдается активное развитие области реабилитационного направления в неврологии. Происходит пересмотр содержания работы и расширение задач, требующих введения новых должностей, например, медицинский логопед, кинезиоспециалист, эргоспециалист и другие. Работа психолога легитимизирована приказом о «Порядке организации медицинской реабилитации взрослых», определена как диагностическая и психокоррекционная. Структура работы для медицинских специалистов определена клиническими рекомендациями по работе с пациентами с когнитивными нарушениями, размещенными на сайте «Союза реабилитологов России». При том, что реабилитация перестает рассматриваться как сугубо медицинский процесс, описания работы для немедицинских специалистов, входящих в состав МДРК, не представлены.

Одной из форм реабилитации является амбулаторная помощь в виде «стационара на дому». При такой форме работы, роль психолога не сводится только к решению профильных задач по работе с самим пациентом, но распространяется и на социальное окружение. В своей предыдущей статье мы ввели понятие «куратор», которое по содержанию может быть аналогом понятия «опекун», но без юридической коннотации, имея скорее педагогическое, развитийное содержание. Это понятие, с нашей точки зрения, определяет роль ближайшего окружения в рамках позиции субъекта реабилитационной деятельности, возлагая на него не только организационный процесс в долгосрочной перспективе, но и психологическую, и социальную нагрузку за принятие решений.

Возникает необходимость в консультировании близкого окружения, с целью продолжения формирования их активной новой роли "куратора" и их психологического сопровождения. Нередко эти задачи выполняются одним специалистом. Общего стандарта психологической консультативной работы в области неврологической реабилитации в амбулаторных условиях на дому не разработано. На сегодняшний день в клиническую практику введены обоснования постановки реабилитационного диагноза по МКФ, разработаны клинические методические рекомендации по направленной работе по восстановлению отдельных функций. При этом пациент продолжает рассматриваться как "изолированная мишень" реабилитационных мероприятий, а факторам "поддерживающей системы" (б) - психологическому состоянию вовлеченных родственников, часто не уделяется внимание. Необходимость разработки моделей психологического сопровождения для ухаживающих лиц обусловлена не только высоким запросом самих родственников, но и накопленными исследовательскими данными, указывающими на высокий риск развития тревоги и клинической депрессии у поддерживающих лиц. Следует отметить, что этот риск возрастает именно на этапе перехода пациента и куратора в привычные, рутинные условия.

Данная статья является попыткой обобщения многолетнего опыта проведения долгосрочного психологического сопровождения семей с неврологическими пациентами, имеющими когнитивные сложности. Мы ставим целью описание такой модели.

Материалы и методы

По результатам анализа сопровождения семей в течение долгосрочной нейропсихологической реабилитации неврологических пациентов (длительность сопровождения от 1 года до 3 лет) период с 2008 по 2023 гг., представлена модель

психологического консультирования членов семей, описана роль «куратора» и динамика становления его позиции взаимодействия с психологом на каждом этапе реабилитации. Наиболее информативными были 6 случаев с длительностью консультирования от 1 года до 3 лет.

Результаты и их обсуждение

Запрос

1. Психологическое сопровождение куратора. В нашем опыте почти никогда не встречались случаи, когда со стороны куратора звучали бы жалобы на снижении собственной мотивации в процессе ухода, слова об эмоциональном состоянии и личных переживаниях. Эта тема редко обсуждается, несмотря на то, что в литературе описаны случаи «семейной инвалидности», депрессии «ухаживающих лиц» (8, 9, 10). В зависимости от культурных особенностей и социальных возможностей, у кураторов формируются разные типы копинг-поведения (11). Сформированный тип эмоциональных и когнитивных стратегий влияет на социальную активность, семейную динамику, чувство удовлетворенности и личной эффективности при оказании помощи. При этом прослеживается зависимость - чем более гибкие эти стратегии, тем выше уровень психологической удовлетворенности как куратора, так и пациента.

Несмотря на все усилия в области проведения психопрофилактической работы в обществе сохраняется невысокий уровень знания о неврологических заболеваниях (в частности, инсульте) и их последствиях. Чаще всего реабилитационный запрос у близких определяется двигательными и речевыми нарушениями пациента. Поэтому основные специалисты по мнению кураторов - логопеды и массажисты. И к психологам поступают первично именно с «фасадные» запросы – восстановление речи. В редких единичных случаях формируется запрос, связанный с памятью и зрительным восприятием. Поведенческие и эмоциональные сложности практически никогда не присутствуют в фокусе запроса, как со стороны пациента, так и со стороны куратора. Только при специальном интервьюировании данные проблемы выявлялись.

В своём исследовании Ермакова Н.Г. выделила и описала пять типов отношений родственников к своим подопечным: эмпатичный, сопереживающий; побуждающий, нравоучающий; организующий, формальный; безучастный, попустительствующий; растерянный, инфантильный. При этом мы считаем, что отношение не является статичным конструктом и может меняться в ходе протекания болезни. Мы выделили один вектор этого изменения – степень принятия родственником роли куратора. Только куратор со средней и высокой степенью принятия роли после выписки пациента из стационара инициирует процесс реабилитации. Именно от него и следует запрос на психологическое сопровождение.

Справедливо возникает необходимость введения отдельного специалиста, усилия которого были бы направлены именно на психологическое сопровождение близких пациента. Таким образом мы можем выделить четыре задачи психолога (нейро/клинического психолога в неврологической клинике):

- диагностика,
- психообразование и психологическое сопровождение/консультирование пациента и его окружения
- и когнитивная реабилитация.

Каждая задача требует своего спектра компетенций, которые крайне сложно совместить в

одном лице, что ведёт к необходимости введения дополнительных специалистов в состав реабилитационной команды.

2. Психологическое сопровождение пациента.

Как правило, данный запрос определяется вторым после фасадного запроса на когнитивную реабилитацию. Самые частые жалобы на изменение характера и отсутствие мотивации к занятиям (“с нами не занимается”).

Широко известно, что мозговые катастрофы приводят к когнитивным, эмоциональным и поведенческим расстройствам. Постинсультная депрессия развивается примерно у трети пациентов, также треть пациентов может проявлять агрессивное поведение. При этом, даже при отсутствии подтвержденного психиатрического диагноза, пациент испытывает эмоциональные сложности, с которыми затруднительно справиться самостоятельно: эмоциональную дизрегуляцию, апатию, снижение мотивации. В этих случаях содержание психологической помощи определено и зависит от компетенции психолога в определенной форме психотерапии.

Мы выделяем особую форму запроса, в форме поддержки. Близкие ищут “собеседника”, “друга”, то есть специалиста, способного в ходе когнитивной реабилитации также выстроить долгосрочные терапевтические отношения с пациентом, лишенного возможности активного общения ввиду когнитивного дефицита. При этом нет задачи на активное быстрое снижение симптомов. Такой запрос мы принимали от куратора, нацеленного на долгую реабилитацию.

3. Психодиагностика:

Данный запрос в нашем опыте редко возникает спонтанно, чаще инспирирован необходимостью прохождения специальной комиссии, получения инвалидности и т.д. В отдельных случаях были обращения с целью оценки динамики восстановления, например через год после курса интенсивной реабилитации в медицинском учреждении. Основной задачей здесь являлась оценка когнитивных функций, но не эмоциональных сложностей.

В условиях протяжённой реабилитации на дому нет задачи проведения максимально насыщенной диагностики в быстрые сроки, которая обычно ставится перед нейропсихологом в реабилитационном отделении, куда прибывает пациент на относительно небольшой срок. Первичные диагностические встречи скорее направлены на выполнение условия «третьего положения» нейропсихологического синдромного анализа [Хомская, 1987] – на необходимость «изучения не только нарушенных, но и сохраненных функций». Мы оцениваем не столько патологические симптомы, сколько зону возможной реабилитации. Исходя из этого одно диагностическое занятие мы распределяем на несколько встреч, в ходе которых верифицируем гипотезу, в том числе в диалоге с самим пациентом.

Мы поддерживаем идею “экологически ориентированного подхода” к нейропсихологическому тестированию, описанному Т.В. Ахутиной, согласно которому на основании выполнения диагностических тестов появляется возможность предсказать проблемы в повседневной жизни больного (которые в дальнейшем могут стать целью коррекции) и выстроить адекватные отношения со специалистами, с которыми он работает (врачами, логопедами, эрготерапевтами и др.), а также близкими пациента. Барбара Уилсон в своей статье 2012 года постулирует, что целью реабилитации является не достижение высоких показателей в когнитивных тестах, но возможность решения жизненных задач. Для этого предлагается механизм «планирования целей» – решения жизненных бытовых задач.

Тема диагностики довольно полно описана и методически закреплена. Набор Луриевских методов и принципы нейропсихологического факторного анализа известны и постепенно

входят в медицинский дискурс. Помимо развернутого нейропсихологического обследования с выделением нейропсихологического фактора всё чаще используются краткие диагностические шкалы, скрининг-тесты, применимые для оценки отдельных функциональных нарушений.

Стоит отметить малую степень разработанности диагностического инструментария изучения поведенческих и эмоциональных проблем у неврологических пациентов. Несмотря на активное развитие нейронауки, арсенал тестов и опросников ограничивается оценкой выраженности тревоги и депрессии.

Типы взаимодействия с нейропсихологом.

Исходя из нашего опыта мы разделяем все консультации на три типа, которые зависят от нескольких факторов: финансовых возможностей и степени принятия родственником позиции куратора. Мы выделяем три степени принятия позиции. Наиболее эффективна, вероятно, высокая степень, однако в большинстве случаев она требует резких перемен отношения «куратора» к ситуации, перестройки рутинного уклада жизни. И в большинстве случаев мы наблюдали среднюю и низкую степень принятия. Полученные данные нуждаются в статистическом уточнении, так как они определяют вектор развития взаимоотношения психолога (как члена МДРК) и «куратора».

Типы взаимодействия с нейропсихологом	Продолжительность	Степень принятия родственником роли куратора	Запрос
Разовая консультация	1-2 консультации	Высокая	Диагностика. Определение вектора реабилитации
Регулярные экспертные консультации	2-3 месяца	Высокая, средняя	Обучение куратора
Долгосрочная рутинная работа	Несколько лет	Средняя	Когнитивная реабилитация. Психообразование.

Рисунок 1 - Вектор развития взаимоотношения психолога и «куратора»

Развернём содержание этих типов.

1. “Разовая” консультация как правило происходит в начале реабилитационного процесса. У куратора пока нет понимания текущего процесса, включающего базовые представления об особенностях проявления заболевания, а также дальнего горизонта планирования. В 6 случаях куратор инициировал повторную консультацию через 1-2 месяца для уточнения.

Нередко запрос на разовую консультацию поступает от семей с невысоким уровнем дохода, стремящейся самостоятельно, в быстрые сроки «устранить» возникшую «сложность». При этом в семье как правило происходят сложные структурные изменения, связанные с резко изменившимися социальными и бытовыми условиями. Семья, в целом, и куратор, в частности, в “ситуации неопределенности” спешно пытается выстроить общий “маршрут”, определить для себя важные и второстепенные цели, соотнести с имеющимися возможностями.

В такой разовой, ориентировочной консультации куратор, как правило, активно задаёт большое количество вопросов, просит литературу. В двух случаях вся консультация записывалась на диктофон. Со своей стороны мы рекомендуем куратору самостоятельно

законспектировать заключение по результатам диагностики. Так как, с нашей точки зрения, именно этот конспект может явиться стартовой точкой развертывания общей ориентировки в процессе когнитивной реабилитации,

2. Регулярные экспертные консультации встречались чаще в семьях с куратором/кураторами, имеющими высокую степень принятия своей роли. В таких семьях прослеживается более структурированная и осознанная субъектная позиция - обозначаются конкретные задачи: поставить или верифицировать диагноз, оценить динамику после интенсивного курса реабилитации в отделении, научить правильно общаться с пациентом, помочь разобраться в эмоциональном состоянии пациента, провести обучение по когнитивной коррекции. При этом содержание конспектируется, были случаи записи на диктофон.

3. Долгосрочная реабилитация. В ситуации хронизации болезни семья определяет необходимость наличия собственного «семейного» психолога, по аналогии с семейным доктором, консультантом. Функции куратора передаются психологу, можно сказать, покупается спокойствие. Дочь пациентки, на наш взгляд, очень точно охарактеризовала задачу – «Чем больше Вас, тем меньше нас».

Этапы нейропсихологического сопровождения

В своей статье мы описали дельно этапы сопровождения, здесь приведем их в свернутом виде.

Динамика развертывания нейропсихологического сопровождения в каждой семье индивидуальна, но можно определить общий её вектор. Со своей стороны мы выделяем три больших этапа: ориентировки, эффективности и надежд, рутины и поддержки.

1. Этап ориентировки в своем содержании имеет задачу определения основных условий работы: выявление причины когнитивного дефицита, поиск обходных путей, выработка динамического и содержательного стереотипа занятий (временного, нагрузки, традиции выполнения домашнего задания). В среднем занимает около месяца работы при интенсивности встреч в 1-2 раза в неделю.

2. Эффективности и надежд (до полугода) – относительно высокий темп регресса симптомов, появление новых образцов поведения, новых навыков.

3. Этап рутины и поддержки может продолжаться долго, его длительность зависит от совместного решения куратора и нейропсихолога. В обобщенном нами опыте нейропсихолог становится «другом» семьи. Так, по словам супруги нашего пациента было определено, что с «Вами он общался гораздо больше и чаще, чем со всеми друзьями».

Крайне высока потребность такой помощи для так называемых тяжелых пациентов в ситуации паллиатива, где целью является поддержка в ситуации резкого ухудшения состояния. И целью работы является не восстановление психических функций, но амортизация, замедление когнитивного увядания, резкого снижения психических возможностей. Один из кураторов назвал эту работу «парашютированием».

Когнитивная реабилитация

В настоящее время существует дискуссия о сравнении эффективности интенсивного и систематического пролонгированного подхода. То есть, что лучше, ежегодные посещения пациента в реабилитационное отделение на небольшой срок, но с интенсивными занятиями, или

регулярные нечастые занятия, разнесённые по времени. Разумным является совмещение обоих видов работ. Интенсивный реабилитационный курс в специализированном отделении с когнитивным, поведенческим и речевым тренингом по несколько раз в день даёт толчок, а систематический, еженедельный – позволяет сохранять полученную инерцию.

Методическое обеспечение когнитивной реабилитации в настоящее время активно разрабатывается и становится доступным не только для специалистов, но и для куратора. Наиболее разработанной сферой является афазиология. В области восстановления речи благодаря афазиологам, логопедам методический инструментарий представлен весьма широко, выпущено большое количество тетрадей, задачников для пациентов с афазиями. Но при этом стоит отметить, что на сегодняшний день существует дефицит русскоязычных методических пособий по проведению занятий для работы с другими психическими функциями в виде удобных пособий

Заключение

В статье мы представили обобщенный опыт долгосрочного психологического сопровождения семей пациентов с пациентами. В этом анализе мы выделили несколько типов взаимодействий, форм ролей близких пациента. Также описали основные этапы долгосрочного сопровождения. Мы предполагаем, что обозначенные аспекты требуют дополнительного обсуждения.

Библиография

1. Приказ Минздрава России от 31.07.2020 N 788н (ред. от 07.11.2022) Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых (Зарегистрировано в Минюсте России 25.09.2020 N 60039) Приказ от 2 мая 2023 г. № 205Н Об утверждении номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников
2. Домбровский В.С., Омеляновский В.В. Клинико-экономический анализ эффективности программ нейрореабилитации пациентов, перенесших черепно-мозговую травму и острые нарушения мозгового кровообращения // Мед. технологии. Оценка и выбор. 2015. № 4 (22). С.62–70.
3. Ключко Н.П., Елецкая О.В. Модель долгосрочного психологического сопровождения семей пациентов с афазией // Северный регион: наука, образование, культура. 2022. №2 (50).
4. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (полная версия) / Под ред. Г. Д. Шостка, М. В. Коробова, А. В. Шаброва. – СПб: СПбИУВЭК, 2003. – 342 с.
5. Klonoff, P.S. Psychotherapy after brain injury : principles and techniques. New York : Guilford Press. 2010
6. Балунов О.А., Демиденко Т.Д., Янковская Е.М., Алемасова А.Ю., Ермакова Н.Г., Коцюбинская Ю.В. Роль семейных взаимоотношений в реабилитации больных, перенесших инсульт. Метод. реком. СПб. : Изд-во ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева —2000. 31 с.
7. Браверман М., прот., Гантман М. В., Сергеева Ж. В. Жизнь рядом. Чем помочь близким с деменцией и как помочь себе — М.: Никая, 2016
8. Гантман, М.В. Психическое здоровье лиц, ухаживающих за пациентами с болезнью Альцгеймера. // Психиатрия - 2014. - №01(61). – С.61-67.
9. Мальцева М.Н., Шмонин А.А., Мельникова Е.В. Феномен «семейной инвалидности», или депрессия у родственников, ухаживающих за пациентом с инвалидностью // Учёные записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова 2016 Том XXIII, №3 С. 40-43.
10. Denno M.S., Gillard P.J., Graham G.D., DiBonaventura M.D., Goren A., Varon S.F., PhD, Zorowitz R. Anxiety and Depression Associated With Caregiver Burden in Caregivers of Stroke Survivors With Spasticity / Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 2013;94:1731-6
11. Hawken T, Turner-Cobb J, Barnett J. Coping and adjustment in caregivers: A systematic review. Health Psychol Open. 2018 Nov 9;5(2):2055102918810659. doi: 10.1177/2055102918810659. PMID: 30450216; PMCID: PMC6236498.
12. Малютина С.А., Искра Е.В. (2017). Общественная информированность об афазии: опрос клинических специалистов. Consilium Medicum, 19 (2-1), 56-59.

13. Пайлозян Ж.А. Об информированности населения в вопросах афазии и восстановления речи. //Армянский журнал психического здоровья. – Ереван, 2012, #2, С. 15-17
14. Ермакова Н.Г. Психологическая помощь больным с двигательными нарушениями после инсульта и их родственникам // Международный научно-исследовательский журнал, № 8-4 (50), 2016, с. 43-47.
15. Ермакова Н.Г. Психотерапевтическая среда при реабилитации больных с последствиями инсульта - одна из форм терапии средой // Психология. Психофизиология, vol. 9, №2, 2016, с. 45-59.
16. Парфенов В.А. Постинсультная депрессия: распространенность, патогенез, Диагностика и лечение // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2012. №4.
17. Кутлубаев М.А., Менделевич В.Д., Ахмадеева Л.Р. Проблема агрессивного поведения после инсульта // Неврологический журнал. 2017. №3.
18. Петрова Е.А., Савина М.А., Кольцова Е.А., Поневежская Е.В. Постинсультная апатия // Consilium Medicum. 2020. №9.
19. Ахутина Т.В., Меликян З.А. Нейропсихологическое тестирование: обзор современных тенденций. К 110-летию со дня рождения А.Р. Лурия Журнал «Клиническая и специальная психология» №2 2012 С: 1-18
20. Wilson, B. (2003). Goal Planning Rather than Neuropsychological Tests Should Be Used to Structure and Evaluate Cognitive Rehabilitation. *Brain Impairment*, 4(1), 25-30. doi:10.1375/brim.4.1.25.27030
21. Нейропсихологические тесты и шкалы - [2-е изд., испр. и доп.]. - Москва : Перо, 2017. - 78 с. : ил., табл. ; 23 см. - Библиогр.: с. 78.

Model of long-term psychological support for families of neurological patients with cognitive impairment in the conditions of rehabilitation at home

Nikolai P. Klochko

PhD in Psychology,
Associate Professor,
Surgut State University,
628403, 1, Lenin ave., Surgut, Russian Federation;
e-mail: Klocho@mail.ru

Lyubov' A. Shchelkunova

Rehabilitation psychologist,
Shiba Tel Hashomer,
6971039, 27 Habarzel str., Tel Aviv-Jaffa, Israel;
e-mail: contact@hospital-direct.org.il .

Abstract

The insufficiency of methodical generalization of the reflection of the positions of a clinical psychologist and neuropsychologist and the patient's family environment in the process of his neuropsychological rehabilitation requires the development of a methodology for long-term work with the patient of a medical psychologist in a "hospital at home", determining and maintaining the positions of the patient's relatives participating in the rehabilitation process, determining their role as agents of social influence who need the active help of clinical psychologists. The article attempts to generalize clinical cases and create a model of long-term psychological support for families of neurological patients with cognitive impairments in conditions of rehabilitation at home.

For citation

Klochko N.P., Shchelkunova L.A. (2023) Model' dolgosrochnogo psikhologicheskogo soprovozhdeniya semei nevrologicheskikh patsientov s kognitivnymi narusheniyami v usloviyakh reabilitatsii na domu [Model of long-term psychological support for families of neurological patients with cognitive impairment in the conditions of rehabilitation at home]. *Psikhologiya. Istoriko-kriticheskie obzory i sovremennye issledovaniya* [Psychology. Historical-critical Reviews and Current Researches], 12 (3A-4A), pp. 281-290. DOI: 10.34670/AR.2023.62.98.039

Keywords

Neuropsychologist, neuropsychological rehabilitation, neuropsychological support, psychological rehabilitation, cognitive impairment in neurological patients, aphasia, medical psychologist, patient's relative

References

1. Order of the Ministry of Health of Russia dated 31.07.2020 N 788n (as amended on 07.11.2022) On approval of the Procedure for organizing medical rehabilitation of adults (Registered with the Ministry of Justice of Russia on 25.09.2020 N 60039) Order dated May 2, 2023 No. 205N On approval of the nomenclature of positions of medical workers and pharmaceutical workers
2. Dombrovsky V.S., Omelyanovsky V.V. Clinical and economic analysis of the effectiveness of neurorehabilitation programs for patients who have suffered traumatic brain injury and acute disorders of cerebral circulation. *Technology. Evaluation and selection*. 2015. № 4 (22). P.62–70.
3. Klochko N.P., Eletskaia O.V. Model of long-term psychological support for families of patients with aphasia // Northern region: science, education, culture. 2022. №2 (50).
4. International Classification of Functioning, Life Limitations and Health (Full Version) / Ed. by G. D. Shostka, M. V. Korobov, A. V. Shabrov. - St. Petersburg: SPbIUVEK, 2003. – 342 p.
5. Klonoff, P.S. Psychotherapy after brain injury : principles and techniques. New York : Guilford Press. 2010
6. Balunov O.A., Demidenko T.D., Yankovskaya E.M., Alemasova A.Yu., Ermakova N.G., Kotsyubinskaya Yu.V. The role of family relationships in the rehabilitation of stroke patients. *Method. river*. St. Petersburg. : Publishing house of the Federal State Budgetary Institution National Medical Research Center of PN named after V.M. Bekhterev -2000. 31 p. (in Russian).
7. Braverman M., prot., Gantman M. V., Sergeeva Zh. V. Life nearby. How to help loved ones with dementia and how to help yourself – M.: Nikeya, 2016
8. Gantman, M.V. Mental health of caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Psychiatry* - 2014. - №01(61). – P.61-67.
9. Maltseva M.N., Shmonin A.A., Melnikova E.V. Phenomenon of "family disability", or depression in relatives caring for a patient with disabilities. *I.P. Pavlova 2016 Vol. XXIII, No. 3*, pp. 40-43.
10. Denno M.S., Gillard P.J., Graham G.D., DiBonaventura M.D., Goren A., Varon S.F., PhD, b Zorowitz R. Anxiety and Depression Associated With Caregiver Burden in Caregivers of Stroke Survivors With Spasticity / *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2013;94:1731-6
11. Hawken T, Turner-Cobb J, Barnett J. Coping and adjustment in caregivers: A systematic review. *Health Psychol Open*. 2018 Nov 9;5(2):2055102918810659. doi: 10.1177/2055102918810659. PMID: 30450216; PMCID: PMC6236498.
12. Malyutina, S.A., Iskra, E.V. (2017). Public awareness of aphasia: a survey of clinical professionals. *Consilium Medicum*, 19 (2-1), 56-59.
13. Paylozyan Zh.A. On the awareness of the population in matters of aphasia and speech restoration. *Armenian Journal of Mental Health*. – Yerevan, 2012, #2, pp. 15-17
14. Ermakova N.G. Psychological assistance to patients with motor disorders after stroke and their relatives // *International Research Journal*, No. 8-4 (50), 2016, pp. 43-47.
15. Ermakova N.G. Psychotherapeutic environment in the rehabilitation of patients with the consequences of stroke - one of the forms of therapy with the environment // *Psychology. Psychophysiology*, vol. 9, No. 2, 2016, pp. 45-59.
16. Parfenov V.A. Post-stroke depression: prevalence, pathogenesis, diagnosis and treatment // *Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics*. 2012. №4.
17. Kutlubaev M.A., Mendelevich V.D., Akhmadeeva L.R. Problem of aggressive behavior after stroke. 2017. №3.
18. Petrova E.A., Savina M.A., Koltsova E.A., Ponevezhskaya E.V. Post-stroke apathy // *Consilium Medicum*. 2020. №9.
19. Akhutina T.V., Melikyan Z.A. Neuropsychological testing: a review of current trends. On the occasion of the 110th

- anniversary of the birth of A.R. Luria Journal "Clinical and Special Psychology" No2 2012 P: 1-18
20. Wilson, B. (2003). Goal Planning Rather than Neuropsychological Tests Should Be Used to Structure and Evaluate Cognitive Rehabilitation. *Brain Impairment*, 4(1), 25-30. doi:10.1375/brim.4.1.25.27030
21. *Neuropsychological tests and scales - [2nd ed., pr. and add.]*. - Moscow: Pero, 2017. - 78 p. : ill., table. ; 23 cm. - Bibliography: p. 78.