

УДК 159.9: 616.831-005
Doi: 10.26456/vtspyped/2022.4.005

ПСИХОЛОГ В РЕАБИЛИТАЦИИ: ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ИНСУЛЬТ

М.М. Плахотниченко^{1,2}, М.Ю. Гласовская²

¹ФГБОУ ВО «Тверской государственной университет», г. Тверь

²ГБУЗ «Областной клинический лечебно-реабилитационный центр», г. Тверь

Освещены основные подходы к постановке задач психологической реабилитации пациентов, перенесших церебральный инсульт. Рассмотрена специфика реабилитации пациентов в условиях стационара. Предложен вариант краткосрочной и качественной оценки восприятия заболевания у пациентов, перенесших церебральный инсульт. В качестве психодиагностических инструментов были выбраны «Краткий опросник восприятия болезни» (В.М. Ялтонский и др.) и «Опросник самооценки социальной значимости болезни» А.И. Сердюка.

Ключевые слова: реабилитация, психологическое сопровождение, инсульт, церебральный инсульт, восприятие болезни.

Церебральный инсульт является заболеванием сосудов головного мозга, выражается острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) и приводит к очаговым или генерализованным нарушениям высших психических функций [1]. В случае возникшего затруднения кровоснабжения определенного участка мозга специалисты диагностируют у пациента ишемический инсульт. Геморрагический инсульт является мозговым кровоизлиянием вследствие разрыва стенки сосудов.

Церебральный инсульт является одним из наиболее распространенных неврологических заболеваний, в большинстве случаев приводит к инвалидизации пациента. Перенесшие инсульт сталкиваются с двигательными нарушениями различной степени, нарушениями речи и когнитивных функций. Для восстановления функций пациента организован процесс нейрореабилитации.

Психологическая реабилитация является одним из направлений комплексного восстановительного лечения пациента, перенесшего церебральный инсульт. Задачами психолога становятся повышение психологической адаптации пациента, формирование такой среды в ближайшем окружении пациента, в его микросоциуме, что способствовало бы восстановлению. Достижение психологической адаптации пациента после перенесенного заболевания возможно при формировании у него положительных установок к реабилитации: высокая приверженность, сотрудничество с медицинским персоналом, активная позиция в лечении [3].

© Плахотниченко М.М.,
Гласовская М.Ю., 2022

Современные реабилитационные мероприятия отражают биопсихосоциальную модель восстановительного процесса [4] и включают совместную работу специалистов разных профилей: реабилитологов, неврологов, логопедов, врачей и инструкторов ЛФК, психологов. Работа мультидисциплинарной команды предполагает обмен информацией о пациенте для составления общей реабилитационной цели, которая учитывает актуальные потребности пациента, перенесшего церебральный инсульт, а также его реабилитационный потенциал.

К задачам психологического сопровождения пациента, перенесшего церебральный инсульт, можно отнести диагностику пострадавших когнитивных функций, определение степени выраженности тревоги и постинсультной депрессии. В качестве предпринимаемых мер пациентам рекомендовано восстановительное обучение в форме когнитивного тренинга, а также психологическая коррекция, направленная на изменение дезадаптивных установок, повышение мотивации к лечению (приверженность, комплаенс), формирование эффективного взаимодействия с медицинским персоналом [5]. Следует учесть, что грубые когнитивные нарушения и выраженные проявления постинсультной депрессии являются факторами, ограничивающими процесс реабилитации и корректирующими постановку реабилитационной цели мультидисциплинарной бригадой. В связи с чем, возрастает значимость роли психолога как участника реабилитационной команды.

Также в рамках реабилитационного процесса психологу необходимо осуществлять квалификацию нарушений функционирования, активности и участия пациента согласно международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). Особые тематические разделы МКФ могут быть соотнесены с зоной компетентности специалистов. Так, в реабилитационном диагнозе пациента психологом могут быть описаны нарушения функций и структур организма – умственные функции (домен b1), в разделе «Ограничения активности и участия» – обучение и применение знаний (домен d1), общие задачи и требования (домен d2), общение (домен d3), межличностные взаимодействия и отношения (домен d7) [8].

Для осуществления анализа медицинской документации психологу необходимо владеть базовой неврологической терминологией, интерпретировать баллы и индексы пациента по шкалам, применяемым врачами. В свою очередь, психолог предоставляет информацию о пациенте в контексте, доступном для понимания всеми членами мультидисциплинарной бригады. Единая система оценки нарушений функционирования пациента позволяет осуществлять комплексную нейрореабилитацию.

Психолог, работающий с пациентами, перенесшими церебральный инсульт, для оценки умственных функций применяет диагностику когнитивных функций, опираясь на нейропсихологический подход. Более целостное видение пациента возможно благодаря психологической диагностике его личности, отношению к сложившейся ситуации и межличностному взаимодействию с родственниками. Важность данного подхода также отражена в МКФ. Однако в МКФ отсутствуют некоторые характеристики психической деятельности и психических процессов – например, умственная работоспособность, критичность и т.д. Также не сформулированы такие значимые категории, относящиеся к пациентам с соматическими заболеваниями, как внутренняя картина болезни и самооценка [6].

А.Ш. Тхостов и Н. Григорьева [2] выделяют три вектора психотерапевтической помощи пациентам неврологической клиники: осознание физического и психологического состояния, осознание сохранных возможностей и жизненных приоритетов (мотивация пациента к самостоятельной работе по достижению жизненных целей, изменение системы взаимоотношений пациента с собой, окружающими людьми и болезнью в процессе решения конкретных задач). Данная стратегия опирается на подход В.Н. Мясищева, в котором личность рассматривается в системе отношений к различным сторонам действительности.

Н.Г. Ермакова [3], выделяя этапы психологической реабилитации пациента с последствиями церебрального инсульта, также опирается на динамику субъективных изменений в системе отношений пациента как личности – к самому себе, к заболеванию и лечению (первый этап психологической реабилитации), к ближайшему окружению, семье и макросоциуму (второй этап психологической реабилитации). Ценности и обретение нового жизненного смысла становятся мишенью третьего этапа психологической реабилитации, носящей экзистенциальный характер. Задачи психолога на первом этапе психологической реабилитации направлены на восстановление целостного образа «Я» пациента. Пациент, имеющий двигательные нарушения, высокую степень утомляемости, нарушения самообслуживания, испытывает утрату привычного образа здорового «Я», вступая в процесс принятия случившихся изменений. Поэтому важна работа психолога, направленная на коррекцию самоотношения и определение внутренних ресурсов, способствующих принятию нарушенных двигательных, когнитивных функций и затем – эффективному восстановлению.

Восприятие заболевания, отношение пациента к своей болезни имеет высокую значимость в работе психолога с пациентами соматического профиля, поскольку «характер эмоционального, когнитивного и поведенческого реагирования пациента на болезнь во

многим определяет вероятность ее успешного преодоления или приспособления к ней с восстановлением психологического и социального благополучия человека» [2].

Таким образом, помимо квалификации дефекта когнитивной сферы, возникшего вследствие перенесенного инсульта, необходима психологическая диагностика восприятия пациентом своего заболевания. Благодаря адекватному восприятию заболевания возможно достижение поставленной реабилитационной задачи. Ожидания пациента от восстановления будут соответствовать цели и результату нейрореабилитации. В противном случае при неадекватной либо искаженной оценке пациентом своего заболевания специалисты мультидисциплинарной реабилитационной команды могут сталкиваться с сопротивлением пациента, проявлениями повышенной тревожности, депрессии либо анозогнозии – факторами, препятствующими достижению результата [5].

Работа специалистов мультидисциплинарной команды согласно МКФ включает количественную оценку нарушений при поступлении пациента и степени уменьшения их проявлений к завершению реабилитации с целью определения эффективности и достижения поставленных реабилитационных задач. Таким образом, психолог, работающий в реабилитационных учреждениях, нуждается в такой психодиагностической инструментальной методике, которая давала бы достаточную качественную характеристику пациента относительно его отношения к заболеванию и измеряемую количественно в динамике.

В данном исследовании приняли участие 12 пациентов в возрасте от 41 до 66 лет, перенесших ишемический инсульт (ранний восстановительный период), имеющих диагноз «I69.3 Последствия инфаркта мозга». Пациенты проходили реабилитацию в условиях стационара (ГБУЗ «Областной клинический лечебно-реабилитационный центр», г. Тверь). Пациенты с последствиями перенесенного инсульта находятся на стационарном лечении в течение 14 дней. Данные условия вызывают необходимость в краткосрочных и эффективных интервенциях психолога. Целью исследования является определение особенностей восприятия заболевания пациентами, перенесшими инсульт, и степени его влияния на сферы их жизни. Предмет исследования – отношение к своему заболеванию у пациентов в раннем восстановительном периоде после ОНМК ишемического типа.

Для оценки степени когнитивных нарушений пациента применена методика MMSE (Краткая шкала оценки психического статуса). Участники, принявшие участие в данном исследовании, имеют легкие когнитивные нарушения, в отдельных случаях отмечается отсутствие когнитивных нарушений согласно диагностике. В группу участников исследования не вошли пациенты, имеющие умеренные и более

выраженные когнитивные нарушения, с целью исключения анозогностического фактора. Также следует отметить, что участники, вошедшие в данную группу, хотели бы после реабилитации вернуться к профессиональной деятельности.

Исследование особенностей восприятия заболевания проведено с помощью русскоязычной версии Краткого опросника восприятия болезни [9]. Оценка степени влияния последствия заболевания на различные сферы и аспекты жизни осуществлена с помощью «Опросника самооценки социальной значимости болезни» А.И. Сердюка [7].

Восприятие заболевания оценивается в следующих значимых аспектах: влияние на жизнь пациента, восприятие длительности заболевания, ощущение контроля над заболеванием, оценка эффективности проводимого лечения, восприятие симптомов заболевания, беспокойность болезнью, понимание заболевания, его влияние на эмоции, субъективные причины, спровоцировавшие заболевание. Для оценки разработана десятибалльная шкала с выделением диапазонов от 0 до 2 баллов (низкая степень выраженности аспекта восприятия заболевания), от 3 до 7 баллов (средняя степень), от 8 до 10 баллов (высокая выраженность аспекта восприятия заболевания). Таким образом, были получены следующие результаты диагностики восприятия заболевания у пациентов, перенесших ишемический инсульт.

Последствия заболевания. Средний показатель равен 6,5 балла, что соответствует умеренной степени влияния последствий инсульта на жизнь пациента. Распределение по соотношению оценки данного аспекта: 50 % пациентов, перенесших инсульт, в наивысшей степени оценивают влияние заболевания на собственную жизнь, 42 % участников оценивают умеренное влияние заболевания на качество жизни. Оставшиеся 8 % участников не отмечают влияния заболевания на сферы их жизни.

Длительность заболевания. Средний показатель равен 5,6 балла, что соответствует средней степени оценки длительности заболевания. Большинство пациентов, перенесших инсульт (83 %), отмечают, что надеются на завершение заболевания и избавление от симптомов, с которыми пришлось столкнуться. В данную категорию участников также вошли оценки, сопровождаемые комментариями «не знаю», «не знаю, сложно прогнозировать» и т.п. Лишь 8 % участников отметили, что последствия инсульта останутся навсегда. Также 8 % участников отметили короткое течение заболевания. Следует обратить внимание на данный аспект отношения к заболеванию, поскольку восстановительный период после инсульта является длительным, при этом на реабилитационный прогноз оказывает влияние множество факторов. Пациенты в большей степени мало информированы о своем реабилитационном потенциале и в сочетании с процессом принятия заболевания их восприятие длительности заболевания может искажаться.

Контроль над болезнью. Средний показатель входит в умеренный диапазон и равен 6 баллам. Пациенты преимущественно ощущают частичный контроль над последствиями церебрального инсульта (92 % участников). Лишь 8 % участников отмечают отсутствие контроля со своей стороны над течением заболевания;

Продуктивность лечения. Средний показатель оценки эффективности проводимого лечения равен 6,6 балла. Пациенты, перенесшие инсульт, оценивают эффективность лечения как среднюю, некоторые участники не смогли высоко оценить проводимую реабилитацию в связи с тем, что вынуждены долго лечиться, а улучшения малозаметны, несмотря на множество проводимых реабилитационных мероприятий и процедур. Таким образом, 33 % пациентов высоко оценили эффективность проводимого лечения, остальные 67 % оценивают в диапазоне средних оценок. Среди участников исследования отсутствует принятие оказываемой медицинской помощи. В данном аспекте в ходе психологического сопровождения пациента, перенесшего инсульт, является важным коррекция ожиданий от проводимого лечения в соотношении с реабилитационными возможностями пациента.

Восприятие симптомов заболевания. Средний показатель равен 6,5 балла. Пациенты в средней степени ощущают симптомы перенесенного заболевания, т.е. текущие последствия инфаркта мозга, выраженные в частичных двигательных нарушениях. В процентном соотношении получены следующие результаты: 33 % участников исследования имеют выраженные ощущения последствий заболевания, 50 % участников умеренно оценивают свои физические ощущения, 17 % не испытывают каких-либо болезненных ощущений

Обеспокоенность заболеванием. Средний показатель равен 7,7, что свидетельствует об умеренно выраженной тревоге, связанной с последствиями инсульта. Чрезвычайно обеспокоены перенесенным инсультом 42 % пациентов (оценку сопровождали комментариями о чувстве неполноценности и ущербности), остальные 58 % пациентов оценивают свою обеспокоенность заболеванием как умеренную. Соответственно, данный аспект восприятия заболевания становится одной из основных мишеней психологического сопровождения. Пациенты нуждаются в информировании о своем заболевании и снижении психоэмоционального напряжения.

Понимание сути заболевания. Участники демонстрируют в средней степени понимание своего заболевания, средний балл равен 7,1. Более половины пациентов (58 % участников исследования) считают, что полностью понимают свое заболевание. Лишь 8 % не понимают сути заболевания, остальные 34 % пациентов в средней степени понимают случившееся. Данный аспект восприятия заболевания нуждается в дополнительной диагностике. Возможно, применимы вопросы в рамках

клинико-психологической беседы по пониманию перенесенного заболевания с целью исключения искаженного восприятия либо формирования анозогностического типа отношения к болезни

Эмоциональное состояние. Средний балл равен 6,5, что свидетельствует о том, что пациенты, перенесшие инсульт, ощущают его влияние на эмоциональное состояние. В средней степени оценивают влияние инсульта на эмоциональное состояние 50 %, 17 % пациентов отрицают влияние на эмоциональное состояние. Остальные 33 % участников в средней степени оценивают влияние заболевания на свою эмоциональную сферу.

Заключительным вопросом Краткого опросника восприятия болезни является субъективное определение в порядке значимости причин, которые вызвали заболевание. Ответы пациентов, перенесших инсульт, были разделены на группы по характеру называемых причин. Таким образом, были сформированы группы субъективно воспринимаемых пациентами причин случившегося церебрального инсульта.

Стресс и эмоциональное состояние. Пациенты указывали причины инсульта: стресс, нервный срыв, тревога, страх, боязнь. Данная категория причин является наиболее часто отмечаемой – 40 % доли среди всех причин. В двух случаях фигурировала ситуация стресса после смерти близких родственников.

Состояние здоровья. В данную группу названных причин вошли такие факторы, как высокое давление, сердечные заболевания, головные боли и т.п., они занимают 28 % из числа всех названных причин.

Вредные привычки, образ жизни. Участники называли такие вредные привычки, как курение и злоупотребление спиртным, доля среди всех названных причин составила 16 %. Также в данную категорию вошли ответы относительно неправильного образа жизни и невнимательного отношения к себе.

Работа. Часть пациентов называли причиной перенесенного инсульта свою рабочую деятельность, загруженность на работе и отсутствие необходимого отдыха. Данные ответы также имеют долю, равную 16 %.

Последствия церебрального инсульта накладывают определенные ограничения на сферы жизни пациента. Наиболее актуальные сферы жизни, их значимость для пациента после инсульта были выявлены с помощью «Опросника» Сердюка. Оценка производится по пятибалльной шкале. В случае оценки, равной 4–5 баллам, можно говорить о выраженном значении и изменении в соответствующей сфере жизни, при отсутствии влияния последствий заболевания на ту или иную сферу жизни пациент выставляет 1–2 балла. Получены следующие результаты исследования оценки влияния последствий церебрального инсульта на те или иные аспекты жизни пациентов:

– средний показатель восприятия ощущения силы и энергии составляет 3,7 балла, что соответствует умеренной степени возникшего ограничения работоспособности вследствие заболевания. Среди пациентов 83 % участников исследования ощущают себя более слабыми и немощными, остальные 17 % отрицают снижение работоспособности;

– ухудшение отношения к больному в семье: средний балл равен 2, что соответствует низкому уровню данного последствия. В семьях, родственник которых перенес инсульт, взаимоотношения не ухудшились, болезнь не изменила привычную динамику внутри семьи. В 25 % случаев пациенты отмечают ухудшение взаимоотношений внутри семьи. 75 % считают взаимоотношения в семье сохранившимися;

– ограничение удовольствий. Средний показатель равен 3,3 баллам и является умеренным. Пациенты, перенесшие церебральный инсульт, в некоторой степени склонны ограничивать себя в таких удовольствиях, как употребление спиртного, отказы в развлечениях. Так, ограничивают себя 58 % респондентов, 42 % постинсультных пациентов не испытывают дискомфорта от ограничений либо не нуждаются в ограничениях;

– ухудшение отношения к больному на работе. Средний показатель равен 1,3 балла, что свидетельствует об отсутствии у большинства пациентов изменений в отношении к ним со стороны коллег. Однако 8 % участников отмечают ухудшение взаимоотношений в рамках профессиональной деятельности;

– ограничение свободного времени. Средний показатель равен 2,8 балла. Несмотря на повторяющееся прохождение нейрореабилитации в условиях круглосуточного стационара, пациенты в целом не испытывают ограничения в свободном времени. Лишь 8 % участников отмечают ограничение в своих занятиях из-за пребывания в больнице;

– ограничение карьеры. Средний показатель равен 2,5 балла. Половина (50 %) участников исследования ощущают ограничения, накладываемые последствиями заболевания на их карьеру, они вынуждены поменять должность на более низкую, но подходящую по физическим условиям. Также 50 % участников остались на прежней должности либо не ощущают ограничений в данном аспекте в связи с последствиями заболевания;

– снижение физической привлекательности. Средний показатель составляет 2,4 балла. Среди участников исследования 33 % ощущают себя непривлекательными в связи с перенесенным инсультом. Такие последствия, как дизартрия, асимметрия в мимике лица являются наиболее беспокоящими пациентов. Остальные 67 % пациентов не считают себя неприятными для окружающих после случившегося заболевания, в целом удовлетворены своей внешностью;

– формирование чувства ущербности. Средний показатель, равный 2,5 балла, свидетельствует о низкой степени ощущения чувства собственной неполноценности в связи с заболеванием (50 % пациентов). Однако 17 % участников отмечают проявления «чувства неполноценности» и склонны сравнивать себя с прежним «Я», остальные 33 % в средней степени ощущают себя не такими, как все;

– ограничение общения. Средний показатель равен 1,7 балла, что свидетельствует о низкой степени изменений в сфере общения у пациентов после инсульта. Большинство участников исследования (92 %) продолжают общение с друзьями, не отдаляются от них;

– материальный ущерб. Средний показатель равен 3,4 балла: средняя степень влияния последствий заболевания в связи с лечением на материальную сферу. Более половины пациентов (58 %) отмечают дополнительные траты на лекарства либо невозможность дополнительного заработка.

Пациенты, перенесшие церебральный инсульт, вынуждены сталкиваться со значимыми изменениями в жизни, касающимися их работоспособности и материального благополучия. Ограничение в удовольствиях также является важной темой в ходе клинико-психологической беседы с данной категорией пациентов, многие пациенты могут испытывать смущение и избегать вопросов к лечащему врачу об употреблении спиртного и необходимости диеты.

Специфика конкретного заболевания имеет свои особенные аспекты в процессе реабилитации. Так, после церебрального инсульта пациенты имеют двигательные нарушения, изменения внешности, речи, они становятся более истощаемыми, при этом восстановительный период после инсульта является длительным, а нейрореабилитация может не совпадать с ожиданиями пациента.

Психологическая диагностика восприятия заболевания и степени его влияния на самого пациента и сферы его жизни важна в процессе психологического сопровождения пациентов, перенесших церебральный инсульт. Психологу, работающему в нейрореабилитации, следует учесть актуальные для постинсультных пациентов вопросы: беспокойность заболеванием и степень понимания его сути, принятие таких последствий заболевания, как снижение работоспособности, ограничение привычного образа жизни, тревога в связи с материальным благополучием.

Условия работы психолога в реабилитации имеют свое своеобразие: временные границы пребывания пациента в стационаре отделения реабилитации, необходимость количественной оценки нарушений как для отражения динамики показателей пациента, так и для возможности обсуждения реабилитационного потенциала пациента всеми специалистами мультидисциплинарной бригады в единой системе. Нельзя пренебрегать качественной интерпретацией результатов

психологической диагностики постинсультного пациента, т.к. на ее основе возможно построение более эффективного психологического сопровождения.

Таким образом, перед психологом, участвующим в реабилитационном процессе, стоят такие практические задачи, как эффективное взаимодействие с членами мультидисциплинарной команды, определение степени когнитивных нарушений пациента, интерпретация результатов психологической диагностики личности пациента и ее соотнесение с доменами МКФ, а также расширение рамок данного подхода с опорой на такие значимые категории в работе с пациентами соматического и неврологического профиля, как восприятие своего заболевания.

Список литературы

1. Всемирный атлас профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и борьбы с ними / под ред. Mendis S, Puska P., Norrving B. Всемирная организация здравоохранения. Женева, 2013. 155 с.
2. Григорьева В.Н., Тхостов А.Ш. Психологическая помощь в неврологии: монография. Н. Новгород: Издательство Нижегородской гос. мед. академии, 2009. 444 с.
3. Ермакова Н.Г. Психологическая реабилитация больных с последствиями инсульта в условиях восстановительного лечения: этапы и методы // Международный научно-исследовательский журнал. 2016. №4-7 (46). С. 114–119.
4. Козлова Н.В., Рогачева Т.В., Левицкая Т.Е., Цехмейструк Е.А., Назметдинова Д.Г. Клинический психолог в системе комплексной реабилитации // Вестник Кемеровского государственного университета. 2020. №22(1). С. 131–136
5. Костерева Л.И. Роль клинического психолога в медицинской реабилитации // Медико-социальные проблемы инвалидности. 2017. № 2. С. 34–35.
6. Кулаков А.А. Современные подходы к оценке психических функций с учетом МКФ // Медико-социальные проблемы инвалидности. 2011. № 4. С. 30–33.
7. Михайлов Б.В., Сердюк А.И., Федосеев В.А. Психотерапия в общесоматической медицине: Клиническое руководство / Под ред. Б.В. Михайлова. Харьков: Прапор, 2002. 128 с.
8. Смычѣк В.Б. Современные аспекты инвалидности. Минск: БГАТУ, 2012. 268 с.
9. Ялтонский В.М., Ялтонская А.В., Сирота Н.А., Московиченко Д.В. Психометрические характеристики русскоязычной версии краткого опросника восприятия болезни // Психологические исследования. 2017. Т.10. № 51. С.1–14.

Об авторах:

ПЛАХОТНИЧЕНКО Марина Михайловна – кандидат психологических наук, доцент ФГБОУ ВО «Тверской государственный университет» (170100,

Тверь, Желябова, 33); медицинский психолог, ГБУЗ «Областной клинический лечебно-реабилитационный центр» (170026, Тверь, ул. Горького, 50); e-mail: Plakhotnichenko.MM@tversu.ru

ГЛАСОВСКАЯ Марина Юрьевна – медицинский психолог, ГБУЗ «Областной клинический лечебно-реабилитационный центр» (170026, Тверь, ул. Горького, 50); e-mail: m.glasovskaya@yandex.ru

**PSYCHOLOGIST IN REHABILITATION:
FEATURES OF PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF PATIENTS
AFTER CEREBRAL STROKE**

M.M. Plakhotnichenko^{1,2}, M.Y. Glasovskaya²

¹Tver State University, Tver

²Regional clinical treatment and rehabilitation center, Tver

The main approaches to setting goals for the psychological rehabilitation of patients with cerebral stroke are highlighted. The specifics of the rehabilitation of patients in a hospital are considered. A variant of a short-term and qualitative assessment of the perception of the disease in patients with cerebral stroke is proposed. As psychodiagnostic tools, the “Short Questionnaire for the Perception of the Disease” (V.M. Yaltonsky et al.) and “The Questionnaire for Self-Assessment of the Social Significance of the Disease” by A.I. Serdyuk.

Keywords: *rehabilitation, psychological support, stroke, cerebral stroke, perception of the disease.*