

# Методические аспекты диагностики когнитивных расстройств у пациентов с нарушениями речи

А.А. Кукшина ✉, А.В. Котельникова, М.А. Рассулова

ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины имени С.И. Спасокукоцкого Департамента здравоохранения города Москвы»; Россия, г. Москва

## РЕЗЮМЕ

**Цель.** Анализ распространенности и значимости речевых нарушений у больных после инсульта и изучение теоретических аспектов диагностики когнитивных расстройств у пациентов с постинсультными нарушениями речи.

**Основные положения.** Нами обработаны данные 1500 информационных источников по отечественным (Elibrary.ru, Rucml.ru) и зарубежным (PubMed, Medlineplus, The Cochrane Collaboration) информационным медицинским базам. Получены сведения о распространенности и значимости речевых нарушений в структуре постинсультного дефекта. Показано их влияние на социальную адаптацию, дезинтеграцию психики, эффективность проводимой нейрореабилитации как в отношении самой афазии, так и в отношении сопутствующих ей расстройств. Рассмотрены различные механизмы формирования афатических нарушений как одного из проявлений общей мозговой дисфункции. Обозначены проблемы, возникающие при проведении психодиагностических мероприятий у пациентов с нарушениями речи с помощью стандартных скрининговых методик.

**Заключение.** По результатам изучения диагностических возможностей существующих шкал для оценки когнитивных функций у пациентов с нарушениями речи предложены рекомендации для формирования нового универсального стандартизированного русскоязычного скринингового инструмента, охватывающего всю сферу когнитивного статуса, применимого также и у пациентов с нарушениями речи и позволяющего получить единую балльную оценку, соответствующую принятым параметрам построения индивидуального реабилитационного маршрута.

**Ключевые слова:** когнитивные нарушения, речевые нарушения, афазия, инсульт, нейрореабилитация.

**Для цитирования:** Кукшина А.А., Котельникова А.В., Рассулова М.А. Методические аспекты диагностики когнитивных расстройств у пациентов с нарушениями речи. Доктор.Ру. 2024;23(7):76–81. DOI: 10.31550/1727-2378-2024-23-7-76-81

## Methodological Aspects of the Diagnosis of Cognitive Disorders in Patients with Speech Deficits

А.А. Kukshina ✉, А.В. Kotelnikova, М.А. Rassulova

S.I. Spasokukotsky Moscow Centre for Research and Practice in Medical Rehabilitation, Restorative and Sports Medicine; Moscow, Russian Federation

## ABSTRACT

**Aim.** To analyze the prevalence and significance of speech disorders in patients after stroke and to study the theoretical aspects of the diagnosis of cognitive disorders in patients with post-stroke speech disorders.

**Key points.** We have processed data from 1 500 information sources on domestic (Elibrary.ru, Rucml.ru) and foreign (PubMed, Medlineplus, The Cochrane Collaboration) medical information databases. Information was obtained on the prevalence and significance of speech disorders in the structure of post-stroke defect. Their influence on social adaptation, disintegration of the psyche, and the effectiveness of neurorehabilitation both in relation to aphasia itself and in relation to its concomitant disorders is shown. Various mechanisms of formation of aphatic disorders as one of the manifestations of general brain dysfunction are considered. The problems that arise when conducting psychodiagnostic measures in patients with speech disorders using standard screening techniques are outlined.

**Conclusion.** Based on the results of studying the diagnostic capabilities of existing scales for assessing cognitive functions in patients with speech disorders, recommendations are proposed for the formation of a new universal standardized Russian-language screening tool covering the entire field of cognitive status, applicable also in patients with speech disorders and allowing to obtain a single score corresponding to the accepted parameters for building an individual rehabilitation route.

**Keywords:** cognitive disorders, speech deficits, aphasia, stroke, neurorehabilitation.

**For citation:** Kukshina A.A., Kotelnikova A.V., Rassulova M.A. Methodological aspects of the diagnosis of cognitive disorders in patients with speech deficits. Doctor.Ru. 2024;23(7):76–81. (in Russian). DOI: 10.31550/1727-2378-2024-23-7-76-81

Одно из наиболее грозных заболеваний центральной нервной системы — инсульт, или острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), — является ведущей причиной смерти и инвалидности в мире, частота его за последние 30 лет увеличилась примерно в 2 раза, а в России заболеваемость достигает 400–450 тыс. случаев в год [1]. С различного рода постинсультными осложнениями сталкиваются до 82% пациентов, перенесших ОНМК,

что ставит перед реабилитологами широкий круг задач [2]. Значимость корректной диагностики и психореабилитационной работы в отношении когнитивных процессов подтверждена имеющимися литературными данным, свидетельствующими о том, что до 83% выживших после инсульта имеют нарушения по крайней мере в одной когнитивной области, 50% — в нескольких, а через 3 месяца после инсульта при удовлетворительном результате лечения в 71% случаев

✉ Кукшина Анастасия Алексеевна / Kukshina, A.A. — E-mail: kukshina@list.ru

у пациентов сохраняются нарушения памяти, зрительно-конструктивных или исполнительных функций [3].

Важным аспектом построения индивидуального реабилитационного маршрута является диагностический, в частности скрининговое исследование когнитивных нарушений, затрагивающих различные психические функции: речь, внимание, память, праксис, гнозис, мыслительные процессы. При всем многообразии существующих психодиагностических инструментов выбор конкретных методик для применения в клинической практике работы медицинского психолога при реабилитации определяется их соответствием ряду критериев, как специфических для пациентов, переживающих психологические последствия двигательных нарушений, так и общих для всех психодиагностических методик: адаптированность к русскоязычной популяции, удовлетворительные психометрические характеристики (валидность, надежность, дискриминативность), соответствие измерительных возможностей выбранного инструмента временным рамкам и этапности реабилитационного процесса, релевантность психодиагностической методики содержанию реабилитационных задач в части персонализации реабилитационного маршрута и преемственности этапов [4].

Распознавание когнитивных нарушений уже в острой фазе после инсульта может дать клиницисту важную информацию для ранней когнитивной реабилитации, однако имеющиеся методические разработки в этой области наталкиваются на серьезные ограничения, связанные со своевременной скрининговой диагностикой характера и степени выраженности когнитивных нарушений.

Например, существенным ограничивающим фактором может стать наличие у пациентов признаков афазии. Стандартные скрининговые инструменты, такие как Монреальская шкала оценки когнитивных функций и Mini Mental State Examination, не подходят в данном случае, потому что они включают вопросы, требующие сохранности импрессивной речи и возможности давать воспроизводимые посредством речи ответы. Но нарушения речи у пациентов, перенесших инсульт, наблюдаются более чем в 30% случаев и являются вторым по значимости и распространенности дефектом после двигательных нарушений [5].

Поэтому в повседневной клинической практике скрининг и точная количественная оценка когнитивных нарушений (вне речи) у пациентов с афазией не могут быть основаны на этих батареях тестов, проводимых неспециалистом. Они возможны, только если скрининг проводит логопед, нейропсихолог, а не врач-клиницист, который в первую очередь занимается лечением таких больных. Пациенты с афазией регулярно исключаются из протоколов исследований восстановления когнитивных и/или физических функций после инсульта, что ограничивает обобщение их результатов.

В связи с вышеизложенным **целями** настоящей работы стали анализ распространенности и значимости речевых нарушений у больных после инсульта и изучение теоретических аспектов диагностики когнитивных расстройств у пациентов с постинсультными нарушениями речи.

В течение 2023 года в рамках утвержденной темы научно-исследовательской работы «Совершенствование методов медицинской реабилитации для восстановления или замещения нарушенных функций у пациентов с заболеваниями центральной, периферической нервной системы, заболеваниями и травмами опорно-двигательного аппарата» (номер государственной регистрации 123041200084-9) проводился анализ данных информационных источников по отече-

ственным (Elibrary.ru, Rucml.ru) и зарубежным (PubMed, Medlineplus, The Cochrane Collaboration) информационным медицинским базам, изучены порядка 1500 источников.

Последствия инсульта в виде речевых расстройств, которые встречаются примерно у трети пациентов, перенесших инсульт, чаще всего при левостороннем поражении [6, 7], приводят к нарушению социальной адаптации самого больного и его окружения, дезинтеграции психики и личности, а соответственно, к существенному снижению качества жизни в ближайшем и отдаленном периодах [8, 9]. Исследователи свидетельствуют, что через 3 месяца после инсульта пациенты с нарушениями речи значительно чаще испытывали сильный психологический стресс (93 против 50% у тех, у кого их не было), хотя в дальнейшем эти показатели и уравниваются [10].

Подтверждено, что речевые нарушения являются существенным инвалидизирующим фактором и препятствуют проведению эффективной нейрореабилитации как в отношении самой афазии, так и в отношении сопутствующих ей расстройств [11]. При анализе факторов, определяющих эффективность реабилитации больных с нарушениями речи, среди прочих выделяют личностные особенности пациента, состояние его эмоционально-волевой сферы и наличие иных когнитивных нарушений, частота которых колеблется, по данным различных авторов, от 12 до 57% [12].

Опираясь на выделение того или иного фактора, в современной афазиологии принято выделять сенсорную, акустико-мнестическую, семантическую, динамическую, эфферентную моторную и афферентную моторную формы афазий. Согласно литературным данным, самой распространенной является моторная афазия (51,4% — эфферентная моторная афазия, 16,5% — афферентная моторная афазия) [13], однако следует учитывать, что афазия может как относиться к одной из форм, так и быть смешанной (комплексной) или переходящей из одного вида в другой с течением времени [14].

Долго считалось, что развитие того или иного вида афазии находится в прямой зависимости от локализации очага поражения в головном мозге. Однако в современной нейрофизиологии и нейробиологии предлагается смена топографического принципа построения проекционных зон коры, предложенного У. Пенфилдом, на модульный принцип функционирования мозговых структур [9], который ведет к иному пониманию реорганизации речи при афазии и сопутствующих ей нейропсихологических феноменов.

Серия недавних исследований продемонстрировала, что плохо локализуемые поведенческие синдромы можно понять, предположив широко распространенную дисфункцию в областях мозга, которые образуют функциональную сеть с поврежденной тканью [15].

Научные исследования последних десятилетий, посвященные изучению состояния центральной нервной системы у больных после инсульта, в большинстве основываются на парадигме единого функционального пространства головного мозга, то есть на единстве этиопатогенеза когнитивных и эмоциональных процессов. В частности, когнитивные теории депрессии утверждают, что мысли, умозаключения, установки и интерпретации получаемой информации, избирательность следов памяти могут увеличить риск развития данного состояния. Авторы обзоров полагают, что депрессия характеризуется усиленной проработкой негативной информации, трудностями с отключением от негативного материала и дефицитом когнитивного контроля при обработке негативной информации [16].

Отмечается, что течение расстройств тревожно-депрессивного спектра ассоциировано с дефицитом исполнительных функций [17], которые считаются основным критерием корректной реализации интегративности. Подобные аналогии, но с акцентом на способность к переключению внимания, отмечены в работе, посвященной взаимосвязи тревоги и когнитивных расстройств [18].

У пациентов с последствиями инсульта в левом каротидном бассейне диагностируются речевые нарушения (40–50%) в форме афазий и дизартрий, сочетающиеся с патологией других высших психических функций (различными видами агнозий и апраксий), нарушением глотания, двигательными и психическими расстройствами [19]. При этом показано, что при возникновении речевого дефекта в большей степени проявляется тревожный радикал [20]. Функциональный синергизм речевой и аффективной сфер подтверждается и возможностью влияния препаратов с анксиолитическим действием на скорейшее восстановление у пациентов с афазиями [21].

Речь — это не отдельная (изолированная) функция, а результат взаимодействия внутри нейронной сети, которая может быть повреждена в независимых друг от друга областях. Этот факт подтверждается исследованиями, демонстрирующими неоднородный многомерный путь постинсультного восстановления с некоррелированными траекториями. В частности, различные языковые компоненты были связаны с изменением активации во множестве неперекрывающихся двусторонних областей мозга во время восстановления речи [22].

Функциональную теорию связей косвенно подтверждают и авторы, сообщающие об отсутствии структурных признаков, которые могли бы свидетельствовать о потенциальной общности биологических механизмов, объясняющих связь между аффективными расстройствами и снижением когнитивных способностей [23].

Помимо этого, метааналитическая обработка оригинальных исследований показывает, что когнитивный дефицит широко распространен у пациентов с шизофренией и аффективными расстройствами в интеллектуальных способностях, скорости обработки информации, в способности к кодированию и извлечению смыслов, обнаружении аналогий, а также в генерации и торможении ответов, причем различия между диагностическими группами определяются скорее количественные, нежели качественные [24].

Вышеприведенные факты безусловно доказывают функциональное единство двигательных, когнитивных и эмоциональных процессов, анализ которых приводят, например, Е.Е. Васенина и О.С. Левин (2020). Авторы пришли к выводу, что «аффективные и когнитивные нарушения, которые с высокой частотой отмечаются после перенесенного инсульта, будут дополнительно усугублять двигательные нарушения» из-за перераспределения общемозговых ресурсов и «обкрадывания» двигательной и когнитивной сфер за счет аффективной. Параллельно они отметили, что речь с точки зрения функциональной системы реализуется через участие всех указанных составляющих и может нарушаться при дефиците в любой из них [21].

Еще одним свидетельством интегральности функции речи является включение понятия «духовность» в анализ факторов, влияющих на восстановительные процессы у пациентов после перенесенного ОНМК [25]. Духовность определяется как общее чувство близости и сопричастности к священному, то есть к тому, что человек считает центральным в своей мировоззренческой концепции.

Исследователи отмечают, что даже в полномасштабных исследованиях больных с патологией речи духовность обычно игнорируется [26], хотя и не отрицается, что у пациентов, выздоравливающих после инсульта, духовность может быть стратегией преодоления [27, 28]. Многим людям духовность помогает придать смысл трудным жизненным обстоятельствам, таким как травматические события или кризисы со здоровьем. Они могут использовать ряд практик для укрепления чувства духовной связи, включая молитву, практику осознанности, поиск поддержки у других или чтение религиозной литературы [29].

Если мы воспринимаем афазию как одно из проявлений общей мозговой дисфункции, концепция нейропсихобиологии стресса [30] позволяет достичь понимания того, как духовность может влиять на процессы оценки и преодоления у пациентов с речевыми нарушениями в соответствии с их индивидуальным состоянием и личностными особенностями, включая стили преодоления и ресурсы. Эти индивидуальные факторы могут служить источником устойчивости или декомпенсации и определять восприятие стресса, способы реагирования и отражаться на речи, поскольку предполагается, что восприятие стресса, реакция на стресс и реализация речевой функции являются интерактивными и способны влиять друг на друга.

Авторы предполагают, что в рамках данной концепции духовность может стать одним из множества индивидуальных факторов, воздействующих на стрессовую реактивность и течение восстановления при афазии [25]. Духовные убеждения могут действовать на процесс оценки, включая степень угрозы, с которой сталкиваются люди, и степень, в которой они верят, что способны справиться со стрессорами; они могут заниматься различными духовными практиками как способом реагирования на проблемы и стрессогенные факторы.

У людей с сильной духовной идентичностью их позиция может быть неотъемлемой частью процесса преодоления [27, 28], и наоборот, у некоторых людей возникают духовные сомнения, которые могут усилить дистресс и затруднить преодоление кризисной ситуации [31].

В целом духовность как фактор, способствующий восстановлению при афазии, может быть контекстуализирована как стратегия преодоления [28, 29] и рассматриваться в рамках многофакторной схемы формирования стресса [30], а сама афазия — существовать в рамках более широкой духовной картины, которая интерпретируется как стратегия преодоления.

Данный подход требует особого внимания к проведению психодиагностических мероприятий у указанной категории пациентов. В современной научной литературе авторы обычно подчеркивают, что определение тяжести когнитивных нарушений у лиц с афазией является одной из самых серьезных проблем в когнитивной неврологии, и объясняют это тем, что в основном когнитивная оценка выполняется посредством функции речи. В то же время повреждения, вызывающие афазию, могут распространяться в различные области мозга, задействуя разные сети и, следовательно, разные когнитивные домены. Однако при разработке дизайна исследований пациентов, перенесших ОНМК, как правило, одним из основных критериев соответствия называется «способность отвечать на предлагаемые вопросы» [32]. Порой авторы специально указывают на то, что люди с афазией систематически исключаются из исследований последствий инсульта, что ставит под угрозу валидность подобных исследований. Показано, что включение пациентов с нарушениями

речи должно быть стандартным, и для этого необходимо внести соответствующие изменения в процедуры обследования с целью верификации критериев включения [33].

J. Fonseca и соавт. (2019) подчеркивают, что существует минимальный объем знаний о когнитивных способностях людей с афазией. По непосредственной оценке авторов, в среднем у 50% людей с афазией результаты находятся в пределах нормы, тем не менее в случае обнаружения тех или иных нарушений их показатели хуже, чем в контрольной группе, несмотря на то что корреляция между ними и тяжестью нарушения речи отсутствует [34].

Отмечается также, что пациенты, страдающие тяжелой афазией, имеют неоднородные показатели основных когнитивных способностей. При обследовании 189 пациентов с тяжелой афазией с помощью стандартных языковых тестов и Cognitive Test Battery for Global Aphasia, батареи невербальных тестов, оценивающей широкий спектр когнитивных областей, таких как внимание, исполнительные функции, интеллект, память, зрительно-слуховое распознавание и визуально-пространственные способности, выделены три подгруппы пациентов с различными типами и тяжестью когнитивных нарушений, которые различались по сохранности лингвистических навыков (в частности, по пониманию и способностям к чтению и письму) [35].

В целом у большинства людей с афазией выявляются расстройства внимания и иной когнитивный дефицит, однако исследователи подчеркивают неоднородность типов и выраженности нарушений внимания и других когнитивных симптомов [36].

Исследования последних лет показали, что медики, работающие с пациентами, перенесшими инсульт, осознают необходимость специальной подготовки для понимания проблем, связанных с афазией, сопутствующих трудностей общения и их последствий для психического здоровья больных и разработки соответствующих диагностических скрининговых инструментов [37]. Есть понимание, что стандартизированная диагностика когнитивного статуса у пациентов с афазией необходима и с целью определения их дееспособности, что требует междисциплинарного сотрудничества между неврологами, психиатрами и логопедами [38].

Таким образом, исходя из имеющихся литературных данных, можно выделить ряд основных психометрических методик, используемых для диагностики когнитивных расстройств у пациентов с афазиями: Trail Making Test (тест прокладывания пути/построения маршрута), Cognitive Linguistic Quick Test (когнитивно-лингвистический экспресс-тест), тест «Рисование часов», Controlled Oral Word Association Test/FAS (тест на контролируемую ассоциацию слов/тест на беглость речи), новая тестовая батарея для оценки афазии и связанных с ней когнитивных нарушений, Западная батарея афазии и ее обновленная версия, включающая дополнительные задания, батарея тестов для установления нейропсихологических критериев болезни Альцгеймера, Бостонское диагностическое обследование на афазии, батарея когнитивных тестов на гло-

бальную афазии [39] и Cognitive Assessment Scale for Stroke Patients (шкала оценки когнитивных функций у пациентов с инсультом). Последний тест учитывает особенности пациентов с речевыми нарушениями и превосходит стандартные шкалы при практическом использовании у пациентов с тяжелой моторной афазией или тотальными необратимыми повреждениями левого полушария, но не в случаях серьезно нарушения понимания речи или расстройства зрения [40].

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несмотря на имеющиеся в литературных источниках сведения о разностороннем и подробном изучении когнитивного статуса пациентов с афазией/дизартрией с помощью ряда шкал и опросников, авторы исследований не останавливаются на методической стороне вопроса и не описывают процесс выполнения тестов такими больными. Остаются неясными принципы подбора заданий для наполнения методик.

Существенными недостатками являются отсутствие единого стандартизированного показателя оценки когнитивного статуса и лингвистической адаптации применительно к различным языковым культурам. Помимо этого, для подавляющего большинства стимульного материала и для доступа к базам электронной обработки полученных данных правообладателями установлены высокие расценки.

Таким образом, перспективу дальнейшей работы можно определить как создание универсальной стандартизированной русскоязычной скрининговой методики, охватывающей всю сферу когнитивного статуса, применимой и у пациентов с нарушениями речи и позволяющей получить единую балльную оценку, соответствующую принятым параметрам построения индивидуального реабилитационного маршрута.

Разрабатываемый психометрический инструмент для оценки когнитивных расстройств у пациентов, перенесших инсульт, ассоциированный с наличием нарушений речи различной степени тяжести, должен соответствовать следующим методическим принципам:

- разработку, подбор и адаптацию стимульного материала следует проводить с учетом возможного наличия афазии у пациентов;
- нужно, чтобы методика содержала четкую инструкцию для медицинского резидента, отражающую порядок и способ предъявления стимульного материала пациенту с нарушениями речи, перенесшему инсульт;
- методика должна соответствовать принятым психометрическим требованиям: иметь известные характеристики валидности, надежности, дискриминативности, специфичности и чувствительности, показанные для описанной когорты пациентов;
- необходимо, чтобы интерпретация данных была стандартизированной, то есть методика должна состоять из равновесных заданий, создающих ортогональную факторную структуру;
- использование методики для отечественных пользователей должно быть некоммерческим.

## Вклад авторов / Contributions

Все авторы внесли существенный вклад в подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией. Вклад каждого из авторов: Кукшина А.А., Котельникова А.В. — постановка задачи, разработка дизайна, анализ соответствующих литературных данных, написание текста, проверка критически важного содержания; Рассулова М.А. — постановка задачи, разработка дизайна, проверка критически важного содержания, утверждение рукописи для публикации.

All authors made a significant contribution to the preparation of the article, read and approved the final version before publication. Special contribution: Kukshina, A.A., Kotelnikova, A.V. — problem statement, design development, analysis of relevant literary data, writing text,

verification of critical content; Rassulova, M.A. — problem statement, design development, verification of critical content, approval of the manuscript for publication.

#### Конфликт интересов / Disclosure

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.  
The authors declare no conflict of interest.

#### Финансирование / Funding source

Статья написана в рамках утвержденной темы научно-исследовательской работы «Совершенствование методов медицинской реабилитации для восстановления или замещения нарушенных функций у пациентов с заболеваниями центральной, периферической нервной системы, заболеваниями и травмами опорно-двигательного аппарата» (номер государственной регистрации 123041200084-9).

The article was written within the framework of the approved research topic "Improving methods of medical rehabilitation for the restoration or replacement of impaired functions in patients with diseases of the central and peripheral nervous system, diseases and injuries of the musculoskeletal system" (state registration number 123041200084-9).

#### Об авторах / About the authors

Кукшина Анастасия Алексеевна / Kukshina, A.A. — д. м. н., ведущий научный сотрудник отдела медицинской реабилитации ГАУЗ МНПЦ МРВСМ им. С.И. Спасокукоцкого ДЗМ. eLIBRARY.RU SPIN: 3167-5702. <https://orcid.org/0000-0002-2290-3687>. E-mail: kukshina@list.ru

Котельникова Анастасия Владимировна / Kotelnikova, A.V. — к. психол. н., доцент, ведущий научный сотрудник отдела медицинской реабилитации ГАУЗ МНПЦ МРВСМ им. С.И. Спасокукоцкого ДЗМ. eLIBRARY.RU SPIN: 7493-6708. <https://orcid.org/0000-0003-1584-4815>. E-mail: pav-kotelnikov@ya.ru

Рассулова Марина Анатольевна / Rassulova, M.A. — д. м. н., первый заместитель директора ГАУЗ МНПЦ МРВСМ им. С.И. Спасокукоцкого ДЗМ. eLIBRARY.RU SPIN: 9763-9952. <https://orcid.org/0000-0002-9566-9799>. E-mail: drassulovama@yandex.ru

#### ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Пирадов М.А., Максимова М.Ю., Домашенко М.А. Инсульт. В кн.: Зabolotskih I.B., Prochenko D.N., ред. Интенсивная терапия: национальное руководство. Т. II. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2020: 717–33. Piradov M.A., Maksimova M.Yu., Domashenko M.A. Stroke. In: Zabolotskih I.B., Prochenko D.N., eds. Intensive care: national guidelines. Vol. II. M.: GEOTAR-Media; 2020: 717–33. (in Russian)
2. Chohan S.A., Venkatesh P.K., How C.H. Long-term complications of stroke and secondary prevention: an overview for primary care physicians. *Singapore Med. J.* 2019;60(12):616–20. DOI: 10.11622/smedj.2019158
3. Боголепова А.Н. Постинсультные когнитивные и астенические нарушения. *Фармакология & Фармакотерапия.* 2021;2:26–7. Bogolepova A.N. Post-stroke cognitive and asthenic disorders. *Pharmacology & Pharmacotherapy.* 2021;2:26–7. (in Russian)
4. Бурлачук Л.Ф. Словарь-справочник по психодиагностике. СПб.: Питер; 2007. 688 с. Burlachuk L.F. Dictionary of psychodiagnostics. SPb.: Piter; 2007. 688 p. (in Russian)
5. Шкловский В.М., ред. Нейрореабилитация: учебное пособие для вузов. М.: Юрайт; 2023. 401 с. Shklovskij V.M., ed. *Neurorehabilitation: a textbook for universities.* M.: Urite; 2023. 401 p. (in Russian)
6. Baker C., Rose M., Ryan B., Worrall L. Barriers and facilitators to implementing stepped psychological care for people with aphasia: perspectives of stroke health professionals. *Top Stroke Rehabil.* 2021;28(8):581–93. DOI: 10.1080/10749357.2020.1849952
7. Flowers H.L., Skoretz S.A., Silver F.L., Rochon E. et al. Poststroke aphasia frequency, recovery, and outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 2016;97(12):2188–201. e8. DOI: 10.1016/j.apmr.2016.03.006
8. Lam J.M.C., Wodchis W.P. The relationship of 60 disease diagnoses and 15 conditions to preference-based health-related quality of life in Ontario hospital-based long-term care residents. *Med. Care.* 2010;48(4):380–7. DOI: 10.1097/MLR.0b013e3181ca2647
9. Fridriksson J., Hillis A.E. Current approaches to the treatment of post-stroke aphasia. *J. Stroke.* 2021;23(2):183–201. DOI: 10.5853/jos.2020.05015
10. Hilari K. The impact of stroke: are people with aphasia different to those without? *Disabil. Rehabil.* 2011;33(3):211–18. DOI: 10.3109/09638288.2010.508829
11. Косивцова О.В., Захаров В.В. Постинсультные афазии: клиническая картина, дифференциальный диагноз, лечение. Эффективная фармакотерапия. 2017;1:10–16. Kosivcova O.V., Zaharov V.V. Post-stroke aphasia: clinical picture, differential diagnosis, treatment. *Effective Pharmacotherapy.* 2017;1:10–16. (in Russian)
12. Щербакoва М.М., Котов С.В. Медико-педагогическая системная реабилитация больных с афазией по инновационным методикам восстановления. *Consilium Medicum.* 2016;18(12):62–7. Shcherbakova M.M., Kotov S.V. Medico-pedagogical system rehabilitation of patients with aphasia by innovative techniques of restoration. *Consilium Medicum.* 2016;18(12):62–7. (in Russian)
13. Денисова М.И. Преодоление расстройств произносительной стороны речи у пациентов с эфферентной моторной афазией. Молодой ученый. 2017;31(165):56–9. Denisova M.I. Overcoming disorders of the pronunciation side of speech in patients with efferent motor aphasia. *Young Scientist.* 2017;31(165):56–9. (in Russian)
14. Столярова Л.Г. О некоторых особенностях афазических расстройств при тромбозах и стенозах внутренней сонной и средней мозговой артерии. Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1964;64(2):225–31. Stolyarova L.G. On some features of aphasic disorders in thrombosis and stenosis of the internal carotid and middle cerebral arteries. *S.S. Korsakov Journal of Neuropathology and Psychiatry.* 1964;64(2):225–31. (in Russian)
15. Fox M.D. Mapping symptoms to brain networks with the human connectome. *N. Eng. J. Med.* 2018;379(23):2237–45. DOI: 10.1056/NEJMr1706158
16. Gotlib I.H., Joormann J. Cognition and depression: current status and future directions. *Ann. Rev. Clin. Psychol.* 2010;6:285–312. DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.121208.131305
17. Castaneda A.E., Tuulio-Henriksson A., Marttunen M., Suvisaari J. et al. A review on cognitive impairments in depressive and anxiety disorders with a focus on young adults. *J. Affect. Disord.* 2008;106(1–2):1–27. DOI: 10.1016/j.jad.2007.06.006
18. Алфимова М.В., Лапин И.А., Аксенова Е.В., Мельникова Т.С. Влияние тревоги на когнитивные процессы при депрессивном синдроме. Социальная и клиническая психиатрия. 2017;27(1):5–12. Alfimova M.V., Lapin I.A., Aksenova E.V., Mel'nikova T.S. The effect of anxiety on cognitive processes in depressive syndrome. *Social and Clinical Psychiatry.* 2017;27(1):5–12. (in Russian)
19. Русских О.А., Бронников В.А., Перевошиков П.В. Психологические особенности пациентов с последствиями инсульта в правом каротидном бассейне как фактор, препятствующий управлению автомобилем. Социальные и гуманитарные науки. 2019;1(3):711–20. Russkikh O.A., Bronnikov V.A., Perevoshnikov P.V. Psychological characteristics of patients with stroke consequences in the right carotid basin as a factor impeding the operation of the vehicle. *Social and Humanitarian Sciences.* 2019;1(3):711–20. (in Russian)

20. Cahana-Amitay D., Albert M.L. Neuroscience of aphasia recovery: the concept of neural multifunctionality. *Curr. Neurol. Neurosci. Rep.* 2015;15(7):41. DOI: 10.1007/s11910-015-0568-7
21. Васенина Е.Е., Левин О.С. Нарушение речи и тревога: механизмы взаимодействия и возможности терапии. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2020;120(4):136–44. Vasenina E.E., Levin O.S. Speech disorders and anxiety: interaction mechanisms and therapy potential. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry.* 2020;120(4):136–44. (in Russian). DOI: 10.17116/jnevro2020120041136
22. Stefaniak J.D., Geranmayeh F., Lambon Ralph M.A. The multi-dimensional nature of aphasia recovery post-stroke. *Brain.* 2022;145(4):1354–67. DOI: 10.1093/brain/awab377
23. Zacková L., Jáni M., Brázdil M., Nikolova Y.S. et al. Cognitive impairment and depression: meta-analysis of structural magnetic resonance imaging studies. *Neuroimage Clin.* 2021;32:102830. DOI: 10.1016/j.nicl.2021.102830
24. Stefanopoulou E., Manoharan A., Landau S., Geddes J.R. et al. Cognitive functioning in patients with affective disorders and schizophrenia: a meta-analysis. *Int. Rev. Psychiatr.* 2009;21(4):336–56. DOI: 10.1080/09540260902962149
25. Laures-Gore J.S., Lambert P.L., Kruger A.C., Love J. et al. Spirituality and post-stroke aphasia recovery. *J. Religion Health.* 2018;57(5):1876–88. DOI: 10.1007/s10943-018-0592-4
26. Mathisen B., Carey L.B., Carey-Sargeant C.L., Webb G. et al. Religion, spirituality and speech-language pathology: a viewpoint for ensuring patient-centred holistic care. *J. Religion Health.* 2015;54(6):2309–23.
27. Laubmeier K.K., Zakowski S.G., Bair J.P. The role of spirituality in the psychological adjustment to cancer: a test of the transactional model of stress and coping. *Int. J. Behav. Med.* 2004;11(1):48–55.
28. Cohen A.B., Koenig H.G. Religion, religiosity, and spirituality in the biopsychological model of health and ageing. *Ageing Int.* 2003;28(3):215–41.
29. Pargament K.I., Koenig, H.G., Perez, L.M. The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. *J. Clin. Psychol.* 2000;56(4):519–43. DOI: 10.1002/(sici)1097-4679(200004)56:4<519::aid-jclp6>3.0.co;2-1
30. Laures-Gore J.S., Buchanan T.W. Aphasia and the neuropsychobiology of stress. *J. Clin. Exp. Neuropsychol.* 2015;37(7):688–700. DOI: 10.1080/13803395.2015.1042839
31. Exline J.J., Pargament K.I., Grubbs J.B., Yali A.M. The religious and spiritual struggles scale: development and initial validation. *Psychol. Religion Spirituality.* 2014;6(3):208.
32. Тынтерова А.М., Перепелица С.А., Скалин Ю.Е., Реверчук И.В. и др. Диагностика психоэмоциональных и когнитивных нарушений в остром периоде ишемического инсульта. *Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация.* 2021;3(3):270–80. Tynterova A.M., Perepelicza S.A., Skalin Yu.E., Reverchuk I.V. et al. Diagnosis of psychoemotional and cognitive impairments in acute ischemic stroke. *Physical and Rehabilitation Medicine, Medical Rehabilitation.* 2021;3(3):270–80. (in Russian). DOI: 10.36425/rehab77964
33. Shiggins C., Ryan B., O'Halloran R., Power E. et al. Towards the consistent inclusion of people with aphasia in stroke research irrespective of discipline. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 2022;103(11):2256–63. DOI: 10.1016/j.apmr.2022.07.004
34. Fonseca J., Raposo A., Martins I.P. Cognitive functioning in chronic post-stroke aphasia. *Appl. Neuropsychol. Adult.* 2019;26(4):355–64. DOI: 10.1080/23279095.2018.1429442
35. Marinelli C.V., Spaccavento S., Craca A., Marangolo P. et al. Different cognitive profiles of patients with severe aphasia. *Behav. Neurol.* 2017;3875954. DOI: 10.1155/2017/3875954
36. Murray L.L. Attention and other cognitive deficits in aphasia: presence and relation to language and communication measures. *Am. J. Speech-Language Pathol.* 2012;21(2):S51–64. DOI: 10.1044/1058-0360(2012/11-0067)
37. Baker C., Worrall L., Rose M., Ryan B. Stroke health professionals' management of depression after post-stroke aphasia: a qualitative study. *Disabil. Rehabil.* 2021;43(2):217–28. DOI: 10.1080/09638288.2019.1621394
38. Dreßing A., Weiller C., Foerster K., Dreßing H. Beurteilung der Geschäftsfähigkeit und Testierfähigkeit bei Schlaganfallpatienten mit Aphasie [Legal Capacity in patients with post-stroke-aphasia]. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie.* 2018;86(12):770–7. (in German). DOI: 10.1055/a-0695-9104
39. Bonini M.V., Radanovic M. Cognitive deficits in post-stroke aphasia. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria.* 2015;73(10):840–7. DOI: 10.1590/0004-282X20150133
40. Benaim C., Wauquiez G., Pérennou D., Piscicelli C. et al. Cognitive assessment scale for stroke patients (CASP): a multicentric validation study. *Ann. Phys. Rehabil. Med.* 2022;65(3):101594. DOI: 10.1016/j.rehab.2021.101594

Поступила / Received: 05.02.2024

Принята к публикации / Accepted: 18.03.2024