

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ИНСУЛЬТА В УСЛОВИЯХ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Ермакова Н.Г.

Ермакова Наталья Георгиевна

кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры клинической психологии и психологической помощи; федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена», Набережная реки Мойки 48, Санкт-Петербург, 191186, Россия. Тел.: 8 (812) 312-44-92.

E-mail: nataliya.ermakova@yandex.ru

Аннотация

На основании теоретического анализа и экспериментально-психологического изучения психологической адаптации больных с последствиями инсульта определены этапы психологической реабилитации (этап интраперсональной коррекции, интерперсональной коррекции, стабилизации отношений личности), описаны психологические проблемы на каждом этапе, разработаны и апробированы программы личностно-ориентированной психологической помощи больным.

На первом этапе проводилась индивидуальная психологическая коррекция самоотношения и (в малой группе) занятия по коррекции когнитивных функций. На втором этапе проводился тематически-ориентированный тренинг, направленный на коррекцию межличностных отношений и социальной роли. На третьем этапе проводился тренинг в группе, направленный на формирование новых ценностей и смысла жизни, приемов совладания со стрессом. Разработана программа помощи микросоциуму (родственникам, сообществу больных, и медперсоналу).

Ключевые слова: психологическая реабилитация после инсульта; программы психологической коррекции.

УДК 159.9:616.831-005.1-036.868

Библиографическая ссылка

Ермакова Н.Г. Психологическая реабилитация больных с последствиями инсульта в условиях восстановительного лечения // Медицинская психология в России. – 2018. – Т. 10, № 2. – С. 9. doi: 10.24411/2219-8245-2018-12090

Поступила в редакцию: 01.01.2018 Прошла рецензирование: 30.01.2018 Опубликована: 23.05.2018

Инсульт оказывает негативное психосоциальное воздействие на больного, резко изменяя стиль жизни и нормальный контроль над окружающей средой [9; 12].

После перенесенного мозгового инсульта 75—80% из выживших больных полностью утрачивают работоспособность, и лишь 13% остаются на прежней работе. Тяжесть последствий перенесенного заболевания показала необходимость длительного целенаправленного восстановления нарушенных функций, при невозможности полноценного восстановления — приспособление к дефекту и обеспечение максимально возможного уровня социальной и психологической адаптации больных.

Предотвращение, лечение и реабилитация инсульта являются сложными общебиологическими и психосоциальными проблемами, решение которых предполагает наличие биопсихосоциального подхода [2; 6; 7].

Комплексность, поэтапность, непрерывность и индивидуализация лечебных воздействий являются главными условиями полноценной реабилитации и включают в себя биологические методы воздействия (лекарственную терапию, лечебную физкультуру, механотерапию, физиотерапию) и психосоциальные методы воздействия (трудотерапию, эрготерапию, логопедическую и психологическую помощь).

Факторами, затрудняющими реабилитацию наряду с сопутствующими соматическими заболеваниями и осложнениями, являются когнитивные нарушения, эмоциональные расстройства, патологические реакции личности на болезнь, что делает актуальным изучение психологического аспекта реабилитации, а также организацию обоснованной психологической помощи и создание программ психологической реабилитации больных с последствиями инсульта.

Теоретические обоснования программ реабилитации больных после инсульта в литературе носят преимущественно общебиологический (клинический) характер; доминирует синдромоцентрированный подход к лечению, и ориентирован он преимущественно на биологические (физические) методы лечения.

Психосоциальный аспект проблемы представлен недостаточно. В литературе не существует единого подхода к проблеме восстановления психических функций. Направленность исследований ориентирована в первую очередь на восстановление когнитивных функций [1; 8; 13; 14; 15]. Проблемы адаптации личности больного после инсульта (самоотношение, ценностные ориентации, установки личности, эмоциональная сфера) изучены мало, что делает исследование в этом направлении актуальным.

Недостаточно выявлены и обоснованы психотерапевтические мишени воздействия при формировании программ психологической помощи; не исследованы возможности применения методов психологической помощи в зависимости от разной выраженности когнитивных нарушений больных.

На основании анализа литературы по проблемам реабилитации больных после инсульта и экспериментально-психологического исследования 1042 больных в условиях реабилитационного стационара городской больницы № 40 нами разработана концепция психологической реабилитации, которая включает принципы, модель, этапы психологической реабилитации больных с последствиями инсульта. Она представляет собой согласованную систему психологических воздействий, направленных, с одной стороны, на больного с целью достижения больным психологической адаптации после инсульта, с другой стороны — на микросоциум больного с целью создания психотерапевтической среды в его окружении.

Система психологических воздействий на больного (лично-ориентированных программ психологической помощи) направлена на коррекцию проблем адаптации на каждом этапе психологической реабилитации.

Психологическая поддержка микросоциума обращена на создание гуманистически ориентированной реабилитационной среды (родственников, медперсонала и сообщества больных) и является терапией средой (milieu therapy) [10; 11].

Одной из важных задач психологического воздействия является формирование у больных психологических установок реабилитации (приверженности к лечению, сотрудничества с персоналом, активности в лечении, принятия установок здорового образа жизни), направленных на оптимизацию лечения и вторичную профилактику инсульта.

Принципы концепции психологической реабилитации являются основой научно-методического обеспечения построения программ психологического воздействия.

Принципы психологической реабилитации:

1. Ведущая роль личности в построении программ психологической помощи в реабилитации: выявление проблем личности на каждом этапе реабилитации и их коррекция.
2. Индивидуальность — учет индивидуальных особенностей больного (соматических, двигательных, когнитивных, эмоциональных, личностных) при построении индивидуальной программы психологической реабилитации.
3. Поэтапность психологической реабилитации. Этапы психологической реабилитации отражают динамику изменений системы отношений личности больного (к самому себе, к заболеванию и лечению, к микро- и макросоциуму) после перенесенного заболевания. На каждом этапе происходит приспособительная изменчивость системы отношений личности: самопринятие и самопомощь; формирование приверженности лечению и сотрудничество с персоналом; принятие новой социальной роли и смысла жизни.
4. Информирование (осведомление) больного о необходимости выполнения психологических условий реабилитации, способствующих эффективному лечению: приверженность лечению (комплаентность); сотрудничество с персоналом; активность в самостоятельных занятиях; формирование установок здорового образа жизни и формирование готовности больного к выполнению психологических условий реабилитации.
5. Непрерывность психологических воздействий на разных этапах психологической реабилитации (острый стационар, реабилитационный стационар, реабилитация в поликлинике).

Этапы *медицинской реабилитации* выделяются на основании биологически обусловленных возможностей организма больного восстанавливаться (нейропластичность) и перестраивать нарушенные функции [2; 6; 7; 12] и разделяются на временные периоды.

Максимально возможности мозга сохраняются в острейший период (до 4—6 часов от начала заболевания, в период терапевтического окна). Наиболее ранние медицинские вмешательства в остром периоде способствуют профилактике тяжелых осложнений после инсульта.

В восстановительном лечении выделяют ранний реабилитационный период (от 2 до 6 месяцев после инсульта), поздний реабилитационный период (от 6 до 12 месяцев) и резидуальный период после инсульта (более 12 месяцев), когда возможности восстановления значительно снижены [7]. Ведущим критерием эффективности реабилитации является достижение самообслуживания и физической независимости больного (оценки по шкале Бартела, ФИМ, Рэнкин, Ривермид и др.).

Ведущими механизмами реабилитации являются восстановление нарушенных функций и компенсация (замещение функции), приспособление с помощью различных средств (биологических, ортопедических средств, помощи персонала и родственников).

Восстановление и компенсация дополняют друг друга и способствуют адаптации больного к окружающей среде.

Этапы *психологической реабилитации* больного отражаются в динамике субъективных изменений системы отношений личности больного (к самому себе, к заболеванию и лечению, к микро- и макросоциуму).

В процессе теоретического и эмпирического исследования нами выявлены ведущие психологические проблемы личности больного на каждом этапе

психологической реабилитации и обозначены мишени воздействия в процессе психологической помощи [4; 5].

Этапы психологической реабилитации имеют личностно-обусловленные ориентиры.

Таблица 1

Этапы психологической реабилитации больных с последствиями инсульта

Психологические проблемы этапа	Длительность заболевания	Этап психологической реабилитации	Направления психологической коррекции
1 этап (утрата целостности «Я» и самопринятия)	(2—6 мес.) Утрата и восстановление восприятия целостности телесного «Я». Принятие нарушенных функций (когнитивных, сенсорных, двигательных); самопринятие, формирование приверженности лечению, готовности к сотрудничеству с персоналом. Самопомощь.	1. Этап интраперсональной коррекции личности	1. Индивидуальная коррекция личности. Формирование приверженности лечению. Малогрупповые занятия — снижение депривации (арттерапия, видеотерапия). 2. Психологическая коррекция высших психических функций в группе. Семейное консультирование.
2 этап (утрата и перестройка межличностных отношений; принятие нового социального статуса)	(6—12 мес.) Формирование готовности к взаимодействию с другими людьми; выстраивание новой системы межличностных отношений; принятие новой социальной роли.	2. Этап интерперсональной коррекции личности	Тематически-ориентированный тренинг в группе. Принятие группой, коррекция системы отношений личности. Семейное консультирование.
3 этап (стабилизация отношений личности и создание новой концепции жизни)	(Более 12 мес.) Обучение совладанию со стрессом; формирование стратегий здорового образа жизни.	3. Этап стабилизации отношений и духовного роста личности	Коррекция ценностных ориентаций; обучение совладанию со стрессом в группе (аутогенная тренировка, арттерапия, библиотерапия). Семейное консультирование.

1 этап психологической реабилитации (от 2 до 6 мес)

Медицинская реабилитация на первом этапе направлена на восстановление нарушенных функций с применением биологических методов (лекарственная терапия, физиотерапия, лечебная физкультура, механотерапия).

Психологическая реабилитация на первом этапе направлена на восстановление интегративного образа «Я».

Последствия перенесенного инсульта сопровождаются двигательными и чувствительными расстройствами, когнитивными, сенсорными нарушениями. Нарушения суставно-мышечного чувства, тактильной, болевой, вестибулярной, перцептивной чувствительности приводят к искажению адекватной афферентации, самовосприятия и самоидентификации больного. Снижение активирующего влияния ретикулярной формации также вносит изменения в работу психических функций и препятствует в раннем восстановительном периоде формированию адекватного интегративного образа «Я». Наряду с этим происходит децентрация образа «Я», своеобразное изменение схемы тела с ориентацией на нарушенные его функции.

На этапе ранней реабилитации затруднена психологическая адаптация больного к изменившемуся образу «Я», возникают трудности принятия нарушенных двигательных и когнитивных функций, принятия себя таким, какой есть, после заболевания. Нарушения самоидентификации сопровождаются самоотвержением, вербальной агрессией по поводу своего облика и состояния, депрессивными реакциями на болезнь, что затрудняет принятие ответственности больного за восстановление нарушенных функций, готовности к сотрудничеству со специалистами-реабилитологами (методистом ЛФК, логопедом и др.) и к самопомощи.

Кроме того, осознание больными трудоемкости и длительности восстановительного периода сопровождается ипохондрическими реакциями на болезнь, снижением самооценки, что затрудняет включение больного в реабилитационный процесс. Нарушение когнитивных функций (памяти, внимания, речи) также в значительной степени снижает возможности самообслуживания больного, его самооценку и качество жизни, препятствует восстановлению независимости в повседневной жизни.

Психологическая помощь на первом этапе направлена на коррекцию самоотношения, на помощь в принятии нарушенных двигательных и когнитивных функций, на выявление внутренних ресурсов, сохранных сторон организма и личности. Самопринятие происходило через принятие другими (психологом, группой), через принятие микросоциумом (родственниками, медперсоналом, соседями по палате).

На первом этапе с больным со значительными двигательными и когнитивными нарушениями проводилась индивидуальная психологическая коррекция, направленная на восстановление целостности «Я», формирование приверженности к лечению и готовности к сотрудничеству с персоналом, освоению приемов самопомощи. Больные включались также в малогрупповые занятия, которые имели невербальный характер (арттерапия, видеотерапия) и были направлены на снижение сенсорной, эмоциональной и социальной депривации больных, на оказание эмоциональной поддержки.

С больными с двигательными и когнитивными нарушениями средней тяжести психологическая помощь проводилась в группе, была направлена на принятие своих когнитивных возможностей в процессе освоения приемов восстановления высших психических функций.

Индивидуальная и групповая психологическая коррекция способствует коррекции самоотношения и осознанию болезни, принятию своего нового физического и психического облика, а также ответственности за свое выздоровление и восстановление нарушенных функций и направлена на формирование приверженности лечению (комплаенса).

Клиническим критерием адаптированности на первом этапе является восстановление самообслуживания: достижение физической независимости в приеме пищи, в посещении туалета, перемещении в кровати, самостоятельной ходьбы на небольшое расстояние (в палате, по квартире). Это соответствует частичной зависимости по шкале Бартела (85 баллов).

Психологическим критерием адаптированности на первом этапе является достижение позитивного самоотношения; физическое и когнитивное самопринятие; формирование приверженности лечению и сотрудничеству с персоналом; освоение приемов самопомощи; наличие социальной поддержки (родственников, близких, социального работника), средний балл по шкале качества жизни, снижение показателей по шкале депрессии и тревожности HADS, снижение показателя тревоги по шкале Спилбергера — Ханина.

Таким образом, первый этап психологической реабилитации направлен на коррекцию самоотношения личности и самопринятия — это этап **интраперсональной коррекции**. Первый этап психологической реабилитации самый трудоемкий. Одни больные проходят его за 3—4 месяца, а у других этот этап может затянуться на более длительный срок (год и более), в зависимости от тяжести последствий инсульта.

2 этап психологической реабилитации (от 6 до 12 месяцев)

На втором этапе психологической реабилитации ведущей проблемой явились проблемы межличностных отношений в семье, в ближайшем окружении, на работе, связанные с утратой и изменением социальных ролей, с дефицитом социальной поддержки. Задача второго этапа психологической реабилитации — исследование и коррекция межличностных отношений. Программа психологической помощи была направлена на помощь в осознании и коррекции межличностных взаимоотношений, на осознание и принятие личностью новой социальной роли; проводился психологический тренинг в группе. В процессе общения с другими людьми происходит интериоризация социальных норм и отношений психотерапевтической среды, укрепляющей и утверждающей в правах самоотношение больного путем принятия его, что повышает самооценку больного.

Медицинская реабилитация на втором этапе направлена на продолжение восстановления нарушенных функций с применением биологических методов (лекарственная терапия, физиотерапия, лечебная физкультура (в группе), механотерапия) и на профилактику вторичного инсульта.

Критерием адаптированности (клиническим) является расширение возможностей самообслуживания: больной самостоятельно выходит на улицу, может приготовить еду. Необходима помощь в приеме ванны, оплаты счетов, оформлении документов, покупке лекарств, продуктов. Это соответствует частичной зависимости по шкале Бартела (90 баллов).

Критерием адаптированности (психологическим) является принятие больным изменившегося социального статуса, готовность к межличностным коммуникациям, восстановление когнитивных функций (шкала MMSE), восстановление коммуникативной функции речи, низкий уровень депрессии и тревоги (методика Спилбергера-Ханина, HADS), наличие социальной поддержки (родственников, близких, социального работника).

Таким образом, второй этап психологической реабилитации — этап **интерперсональной коррекции личности**.

3 этап психологической реабилитации (больше 12 месяцев от начала заболевания)

На третьем этапе ведущей психологической проблемой у больных являлась проблема формирования новых жизненных ценностей и смысла жизни.

Для многих больных последствия заболевания приводили к значительному снижению работоспособности вследствие двигательных, когнитивных нарушений; возникала необходимость завершения трудовой деятельности или продолжения её в щадящих условиях. Снижение трудовых возможностей, препятствия в реализации профессиональных навыков нередко приводили к фрустрации, невротическим, астено-депрессивным реакциям на заболевание и его последствия. У больных возникала необходимость пересмотра жизненных ценностей и выработки новых целей жизни, освоения приемов совладания со стрессом.

Медицинская реабилитация на третьем этапе направлена на восстановление остаточных проявлений нарушений функций с применением биологических методов (лекарственная терапия, физиотерапия, лечебная физкультура (в группе, в зале, лечебная ходьба, механотерапия) и на вторичную профилактику инсульта.

Критерием адаптированности (клиническим) на третьем этапе является достижение физической независимости (шкала Бартела — 100 баллов), когнитивной независимости (восстановление когнитивных и регуляторных функций) и возвращение к посильной трудовой деятельности.

Психологическим критерием адаптированности является формирование установок здорового образа жизни как осознанная профилактика рецидива (выполнение гипохолестериновой диеты, контроль АД, регулярный прием необходимых лекарственных средств, дозированность физической и нервно-психической нагрузки, уважение к своему организму и забота о здоровье, осознание первостепенной ценности здоровья, реализация нового смысла жизни). Это соответствует нормальным показателям по шкалам MMSE, HADS, Спилбергера — Ханина.

Программа психологической помощи на третьем этапе психологической реабилитации была направлена на стабилизацию системы отношений личности, формирование новой концепции жизни, овладение приемами совладания со стрессом. Третий этап решает задачи стабилизации образа «Я», формирования нового смысла жизни.

3 этап психологической реабилитации — **этап стабилизации отношений и роста личности** (экзистенциально-психологический).

На основании выявленных психологических проблем, мишеней психологического воздействия были сформированы программы личностно-ориентированной психологической помощи в процессе психологической реабилитации. В одни программы были включены специально разработанные нами методы (индивидуальная коррекция, коррекция самооотношения и высших психических функций в группе на первом этапе), часть программ включала адаптированные к данной категории больных методы (групповой тематический тренинг (на втором этапе), аутогенная тренировка (на третьем этапе) [3].

Программы психологической помощи на каждом этапе психологической реабилитации направлены на коррекцию отношений личности (к самому себе, к болезни и к лечению, к социуму) и на адаптацию больных после инсульта к изменившимся условиям жизни.

Другим направлением психологической помощи явилась система мероприятий по формированию психотерапевтической среды отделения (центра), которая состояла в работе с родственниками больных, с медперсоналом и с сообществом больных по специально разработанным программам (рисунки 1).

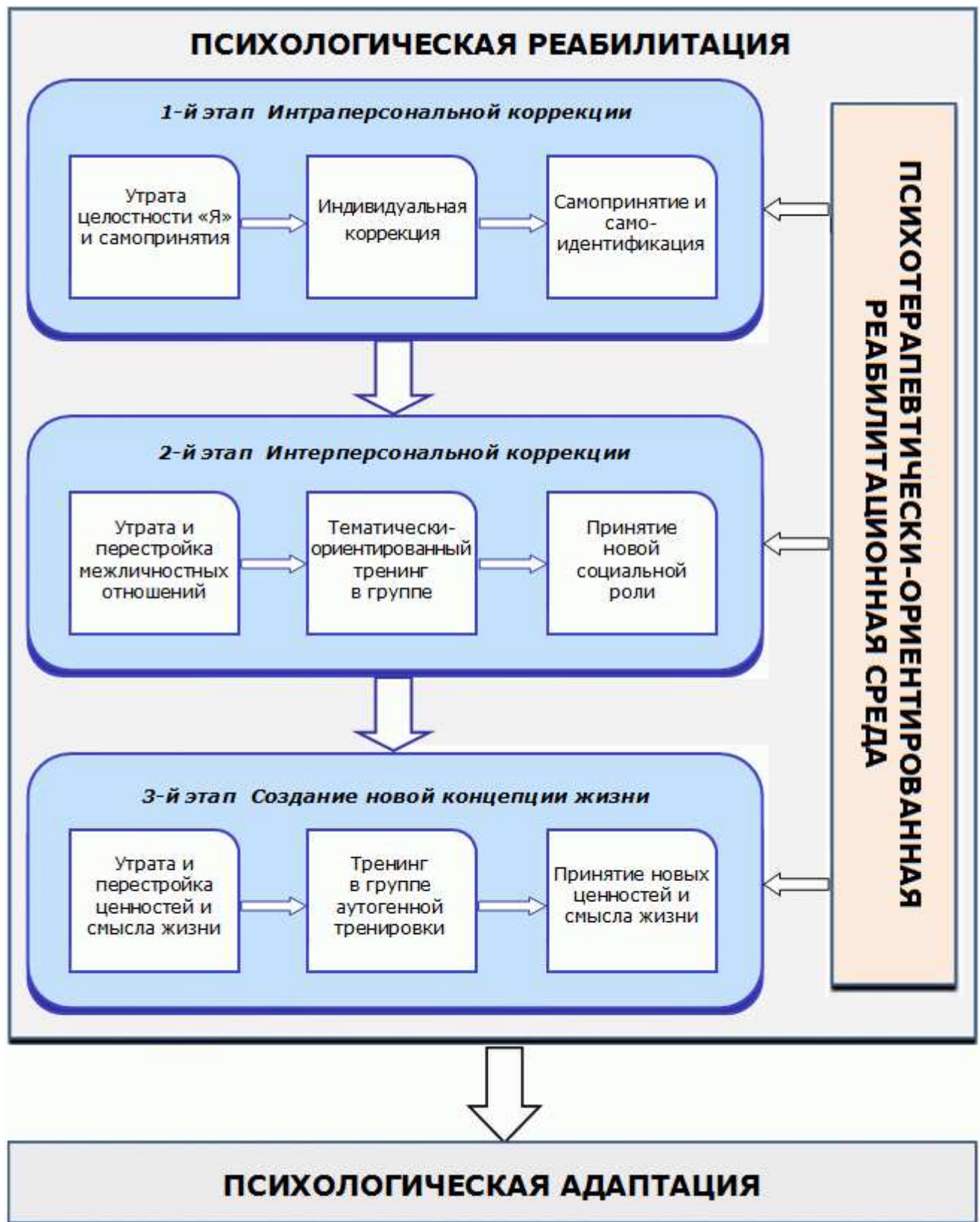


Рис. 1. Структурно-динамическая модель психологической реабилитации больных с последствиями инсульта.

При работе с родственниками использовалось информирование и семейное консультирование.

Информирование. Родственникам предоставлялась информация об особенностях когнитивных нарушений больного, эмоционального состояния, реакций личности на заболевание, о необходимой помощи больному со стороны родственников по восстановлению нарушенных двигательных и когнитивных функций в зависимости от выраженности клинических нарушений больного, локализации очага поражения.

Семейное консультирование. Проводилось консультирование родственников (и близких), принимающих непосредственное участие в восстановительном лечении больного, направленное на улучшение взаимодействия и сотрудничества с медицинским персоналом, и на формирование общей цели деятельности. Запрос на семейное консультирование мог поступать от больного или от его родственника.

Работа с медперсоналом. Весь медицинский и вспомогательный персонал клиники (врачи, медсестры, методисты ЛФК, массажисты, трудотерапевты и библиотерапевты и др.) является проводником норм психотерапевтической среды в процессе лечебного воздействия на больного, ориентированной на эмоциональную поддержку и формирование у больного позитивной лечебной перспективы. При работе с персоналом проводились лекции, семинары по основам медико-психологических знаний, тренинги.

Сообщество больных. В работе с сообществом больных выполнялась просветительская работа, направленная на формирование установок здорового образа жизни, оптимистической жизненной перспективы. Осуществлялась организация чтения лекций в «Школе здоровья» силами врачей центра. Проводились занятия в клубе «Мир вокруг нас», организованном психологом. Больные рассказывали о своих профессиях и о возвращении в профессию; проводилась культуротерапия, кинотерапия. Работа была направлена на создание оптимистической лечебной и жизненной перспективы.

Психотерапевтические нормы лечебной среды предполагают создание позитивной лечебной и жизненной перспективы у больных, повышение собственной ответственности больного за исход лечения.

Литература

1. Григорьева В.Н., Ковязина М.С., Тхостов А.Ш. Когнитивная реабилитация больных инсультом и черепно-мозговой травмой. – Н. Новгород: Ниж. гос. мед. академия, 2013. – 324 с.
2. Гусев Е.И., Боголепова А.Н. Когнитивные нарушения при цереброваскулярных заболеваниях. – 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2013. – 176 с.
3. Демиденко Т.Д., Ермакова Н.Г. Основы реабилитации неврологических больных. – СПб.: Фолиант, 2004. – 304 с.
4. Ермакова Н.Г. Концепция психологической реабилитации больных с последствиями инсульта в условиях восстановительного лечения // Комплексная психологическая помощь в образовании и здравоохранении: материалы пятой научно-практической конференции, 14 декабря 2015 г. / под ред. Е.П. Кораблиной, И.А. Романченко. – СПб.: Рос. гос. пед. университет им. А.И. Герцена, 2015. – С. 28–36.
5. Ермакова Н.Г. Психотерапевтическая среда при реабилитации больных с последствиями инсульта – одна из форм терапии средой // Вестник ЮУрГУ. Серия: Психология. – 2016. – Т. 9, № 2. – С. 45–59.
6. Кадыков А.С., Шахпаронова Н.В. Сосудистые заболевания головного мозга. – М.: Миклош, 2010. – 192 с.
7. Кадыков А.С., Шахпаронова Н.В. Ранняя реабилитация больных, перенесших инсульт. Роль медикаментозной терапии // Нервные болезни. – 2014. – № 1. – С. 22–25.

8. Клинико-психологическая диагностика и клинико-психологическая реабилитация пациентов с нарушениями памяти при повреждениях головного мозга / Т.В. Ахутина, Н.А. Варако, Ю.П. Зинченко [и др.] // *Consilium medicum*. – 2016. – Т. 18, № 2.1. – С. 68–81.
9. Парфенов В.А., Вербицкая С.В. Ведение больного, перенесшего ишемический инсульт // *Клиническая геронтология*. – 2012. – Т. 18, № 11–12. – С. 3–10.
10. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б.Д. Карвасарского. – 3-е изд. – СПб.: Питер, 2006. – 944 с.
11. Старшенбаум Г.В. Динамическая психиатрия и клиническая психотерапия. – М.: Высш. школа психологии, 2003. – 368 с.
12. Суслина З.А., Пирадов М.А., Домашенко М.А. Инсульт: оценка проблемы (15 лет спустя) // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. – 2014. – Т. 114, № 11. – С. 5–13.
13. Шкловский В.М., Визель Т.Г. Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии. – М.: Ассоциация дефектологов; В. Секачев, 2012. – 96 с.
14. Barton J. Stroke and Rehabilitation: Psychological Perspectives // *The Oxford Handbook of Rehabilitation Psychology* / ed. by P. Kennedy. – N.Y.: Oxford University Press, 2012. – P. 235–248.
15. Wilson B.A. Theoretical approaches to cognitive rehabilitation // *Clinical neuropsychology. A practical guide to assessment and management for clinicians* / ed. by L.H. Goldstein, J.E. McNeil. – England, Chichester: John Wiley & Sons, 2004. – P. 345–366.

Psychological rehabilitation of patients after stroke in conditions of restorative treatment

Ermakova N.G.¹

E-mail: nataliya.ermakova@yandex.ru

¹ Herzen State Pedagogical University
48 Moika Emb., Saint Petersburg, 191186, Russia
Phone: +7 (812) 312-44-92

Abstract

On the basis of theoretical analysis and experimental psychological study of psychological adaptation of patients after stroke identified the stages of psychological rehabilitation (the stage of intrapersonal correction, interpersonal correction; stabilization of relations of personality), describe psychological problems at each stage, developed and tested programs of personality-oriented psychological care for patients.

At the first stage, individual psychological correction of self-relationship was conducted and classes in a small group for correction of cognitive functions. At the second stage, a thematically oriented training was conducted, aimed at correcting interpersonal relationships and social roles. At the third stage, training was conducted in the group, aimed at the formation of new values and the meaning of life, methods of coping with stress. A program has been developed to help the microsociation (relatives, the community of patients, and medical personnel).

Key words: psychological rehabilitation after stroke; programs of psychological correction.

For citation

Ermakova N.G. Psychological rehabilitation of patients after stroke in conditions of restorative treatment. *Med. psihol. Ross.*, 2018, vol. 10, no. 2, p. 9. doi: 10.24411/2219-8245-2018-12090 [in Russian, abstract in English].