



УДК 616.831-005-002-052:364-786  
<https://doi.org/10.20538/1682-0363-2026-1-131-143>

## **Роль медицинского психолога в поддержании реабилитационного потенциала пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения на втором этапе медицинской реабилитации**

**Богатова В.Д.<sup>1,2</sup>, Кузнецова А.М.Ю.<sup>1</sup>, Поляев Б.Б.<sup>1,3</sup>, Микадзе Ю.В.<sup>1,4</sup>,  
Гордеев М.Н.<sup>1</sup>, Суворов А.Ю.<sup>1,3</sup>**

<sup>1</sup> Федеральный центр мозга и нейротехнологий (ФЦМН)  
Россия, 117513, г. Москва, ул. Островитянова, 1, стр. 10

<sup>2</sup> Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики» (НИУ «ВШЭ»)  
Россия, 109028, г. Москва, Покровский бульвар, 11

<sup>3</sup> Российский национальный исследовательский медицинский университет (РНИМУ) им. Н.И. Пирогова  
Россия, 117513, г. Москва, ул. Островитянова, 1, стр. 6

<sup>4</sup> Московский государственный университет (МГУ) им. М.В. Ломоносова  
Россия, 119991, г. Москва, Ленинские горы, 1

### **РЕЗЮМЕ**

Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) может приводить к двигательным, когнитивным и речевым нарушениям, которые требуют продолжительной коррекционной работы. Реабилитационный потенциал (РП) является показателем уровня максимально возможного восстановления пациента в намеченный отрезок времени. Поддержание РП на втором этапе медицинской реабилитации (МР) – одна из важных задач работы медицинского психолога. Однако ее содержание и теоретический фундамент недостаточно раскрыты в современной отечественной научной литературе.

Авторы настоящей лекции проанализировали концепцию реабилитационного потенциала с теоретико-методологических позиций отечественной медицинской (клинической) психологии. Изучены актуальные исследования связи психологических факторов с механизмами нейропластичности. Научные сведения позволяют заключить, что РП является сложной и динамически изменяющейся системой, которая формируется в результате действия различных влияний, в том числе психологических. Теоретико-методологическая традиция отечественной медицинской (клинической) психологии дает основания рассматривать внутреннюю картину болезни (ВКБ) как психологический компонент РП, который 1) социален по происхождению, 2) опосредован по строению, 3) доступен произвольному контролю.

В рамках второго этапа МР пациентов с ОНМК работа над формированием и повышением качества ВКБ для поддержания РП требует совместных усилий нейропсихолога и патопсихолога. Современные исследования связи психологических факторов с механизмами нейропластичности предлагают естественно-научные основания методам работы медицинского психолога в рамках медицинской реабилитации.

**Ключевые слова:** медицинская реабилитация, реабилитационный потенциал, острое нарушение мозгового кровообращения, медицинская психология, внутренняя картина болезни, теория деятельности, сознание, высшие психические функции

**Конфликт интересов.** Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

**Источник финансирования.** Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

✉ Богатова Валерия Дмитриевна, vdbogatova@hse.ru

**Для цитирования:** Богатова В.Д., Кузнецова А.М.Ю., Поляев Б.Б., Микадзе Ю.В., Гордеев М.Н., Суворов А.Ю. Роль медицинского психолога в поддержании реабилитационного потенциала пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения на втором этапе медицинской реабилитации. *Бюллетень сибирской медицины*. 2026;26(1):131–143. <https://doi.org/10.20538/1682-0363-2026-1-131-143>.

## The role of a medical psychologist in maintaining the rehabilitation potential of patients after a stroke at the second stage of medical rehabilitation

**Bogatova V.D.<sup>1,2</sup>, Kuznetsova A.M.Y.<sup>1</sup>, Polyayev B.B.<sup>1,3</sup>, Mikadze Y.V.<sup>1,4</sup>, Gordeev M.N.<sup>1</sup>, Suvorov A.Y.<sup>1,3</sup>**

<sup>1</sup> *Federal Center of Brain Research and Neurotechnologies of the Federal Medical and Biological Agency of Russia (FCBRN of FMBA of Russia)*

*Building 10, 1 Ostrovityanova St., 117513 Moscow, Russian Federation*

<sup>2</sup> *National Research University Higher School of Economics (HSE University)*

*11 Pokrovskiy Blvd., 109028 Moscow, Russian Federation*

<sup>3</sup> *Pirogov Russian National Research Medical University*

*Building 6, 1 Ostrovityanova St., 117513 Moscow, Russian Federation*

<sup>4</sup> *Lomonosov Moscow State University (Lomonosov MSU)*

*1 Leninskie Gory, 119991 Moscow, Russian Federation*

### ABSTRACT

Stroke can lead to motor, cognitive, and speech disorders that require long-term correction. Rehabilitation potential (RP) indicates the level of maximum possible recovery of a patient in the given time period. Maintaining RP at the second stage of medical rehabilitation (MR) is one of the important tasks of a medical psychologist. However, current Russian scientific literature has not sufficiently disclosed the scope and theoretical foundation of such work. The authors of this lecture analyzed the concept of RP from the theoretical and methodological perspectives of Russian medical (clinical) psychology. In addition, they investigated current studies on the relationship between psychological factors and neuroplasticity mechanisms. Scientific data allow to consider RP as a complex and dynamically changing system formed due to various effects, including psychological ones. The theoretical and methodological tradition of Russian medical (clinical) psychology gives grounds to regard illness perception (IP) as a psychological component of the RP, which is 1) social in origin, 2) mediated in structure, 3) subject to voluntary control. Within the second stage of MR of patients after stroke, formation and improvement of IP to maintain the RP require joint efforts of a neuropsychologist and a pathopsychologist. Modern studies on the relationship between psychological factors and neuroplasticity mechanisms provide scientific grounds for the methods of work of a medical psychologist in medical rehabilitation.

**Keywords:** medical rehabilitation; rehabilitation potential; stroke; medical psychology; illness perception; activity theory; consciousness; higher mental functions

**Conflict of interest.** The authors declare the absence of obvious or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

**Source of financing.** The authors declare no funding for the study.

**For citation:** Bogatova V.D., Kuznetsova A.M.Y., Polyayev B.B., Mikadze Y.V., Gordeev M.N., Suvorov A.Y. The role of a medical psychologist in maintaining the rehabilitation potential of patients after a stroke at the second stage of medical rehabilitation. *Bulletin of Siberian Medicine*. 2026;26(1):131–143. <https://doi.org/10.20538/1682-0363-2026-1-131-143>.

## ВВЕДЕНИЕ

В ситуации прогрессивного развития государственной системы медицинской реабилитации (МР) возрастает актуальность обращения к понятию «реабилитационный потенциал» (РП) [1]. Реабилитационный потенциал – это уровень максимально возможного восстановления<sup>1</sup> пациента в намеченный отрезок времени («Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 788н»). Одной из важнейших целей исследования РП выступает персонализация медицинских услуг [2]. Установленный РП побуждает специалистов мультидисциплинарной реабилитационной команды (МДРК), а также пациента и его социальное окружение предвосхищать тот или иной исход восстановительных мероприятий.

Таким образом, оценка РП отражает ожидания участников МР, влияет на их установки и мотивацию. Это позволяет говорить о важности психологического аспекта РП. Особенное значение он имеет для второго этапа МР пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) [3]. Лидируя по инвалидизации работоспособного населения, инсульт вынуждает пациентов столкнуться с двигательными (в острой фазе около 80%; через 6 мес около 40%), речевыми (28–40%), когнитивными (до 72%) и иными нарушениями [4–6]. Это обуславливает необходимость длительной работы по преодолению трудностей и нередко коррекции всего образа жизни человека [7]. В этой связи крайне важно проанализировать, каким образом медицинский психолог может поддерживать РП пациентов с ОМНК на втором этапе МР.

Целью настоящей лекции является рассмотрение концепции реабилитационного потенциала с теоретико-методологических позиций отечественной медицинской (клинической) психологии, а также актуальных исследований связи психологических факторов с механизмами нейропластичности.

## РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ: СЛОЖНОСТЬ, МНОГОФАКТОРНОСТЬ И СИСТЕМНОСТЬ ПОНЯТИЯ

Впервые термин «реабилитационный потенциал» обнаруживается исследователями в работе Герберта С. Уайтинга «Classification of Rehabilitation Potential» (1950) [8]. Развивая идеи основоположника американской реабилитационной медицины Говарда Раска, в данной статье Уайтинг предлагает классификацию РП, состоящую из трех компонентов: 1) физический

реабилитационный потенциал, 2) домашний потенциал и 3) профессиональный потенциал. Для первого компонента автор вводит ступенчатый метод классификации из пяти иерархических уровней [8].

С развитием МР понимание РП претерпевает изменения [9]. Литературные сведения позволяют отметить два основных фактора, мотивирующих данный процесс. Во-первых, переосмыслению понятия РП способствует прогресс в развитии нейронаук [10]. Углубляется понимание механизмов восстановления нарушенных функций, повышается эффективность нацеленных на них методов реабилитации [11]. Проявляется морфофункциональная основа психических процессов и путей их влияния на соматические изменения в организме [12, 13]. Все это приводит к постепенному уходу от применения в МР узконаправленных тренировок отдельных навыков. Более важную роль начинают играть методы системного включения пациента в восстановительный процесс (сенсорная и биологическая обратная связь (СОС, БОС), виртуальная и дополненная реальность (ВР, ДР) и т.п.) [14]. В соответствии с этим при определении РП возникает необходимость учета все большего числа факторов. Осознается комплексный состав и динамичный характер РП, его зависимость от воздействий окружающей среды и личностных особенностей пациента [9].

Во-вторых, усиление позиций персонализированной медицины [15] заставляет менять постановку вопроса о цели определения РП. Если в середине XX в. основной задачей этого было понять, следует ли направлять пациента в реабилитационное учреждение, то сегодня подобная установка подвергается критике [2]. Клиент-центрированный подход требует оценивать РП ради определения, какая из доступных реабилитационных услуг принесет наибольшую пользу пациенту в его жизненных обстоятельствах.

На основании произведенного анализа работ по теме РП в авторитетных зарубежных базах научной литературы (Medline, CINAHL и Embase) Присцилла Лам Вай Шун и соавт. (2022) описали схему концепции РП при приобретенных повреждениях головного мозга (рис. 1, перевод наш. – Авт.) [9].

Данная модель подчеркивает, что РП не просто выступает объективным атрибутом отдельного пациента. Напротив, он в меньшей мере характеризует состояние среды и особенности специалистов-реабилитологов. Опыт, уровень компетенций, а также личностные особенности клиницистов влияют на то, как они воспринимают пациента и какие перспективы видят в его клинической ситуации.

<sup>1</sup> Возвращения к прежней профессиональной или иной трудовой деятельности, сохранения возможности осуществления повседневной деятельности, возвращения способности к самообслуживанию.

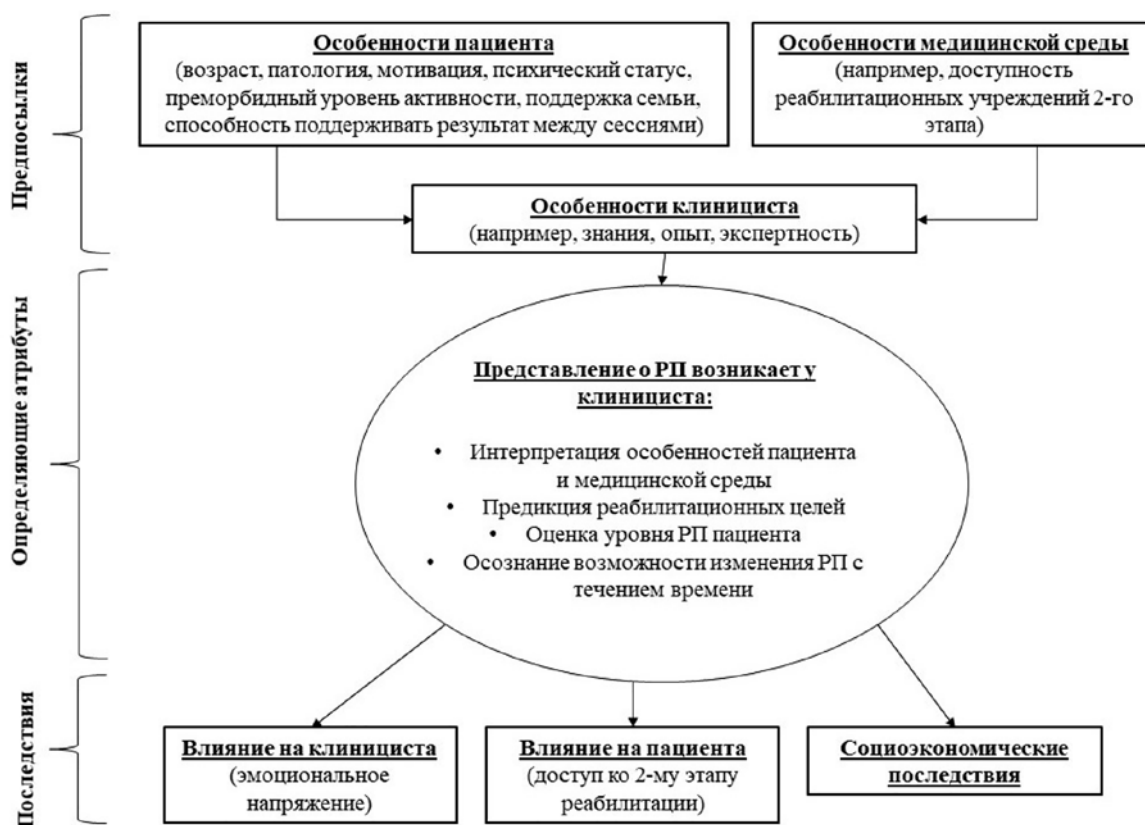


Рис. 1. Исследование РП по P. Lam Wai Shun и соавт. (2022) [9]

Состояние сферы здравоохранения, социальные стереотипы и установки по поводу тех или иных диагнозов, культурная специфика общества и другие факторы среды определяют реабилитационные возможности, которые также могут серьезно повысить или, наоборот, уменьшить РП пациента.

Таким образом, исследования РП позволяют рассматривать данное понятие в терминах сложных динамических систем. Это успешно согласуется с представлениями об особенностях предмета современных наук в отечественной методологии [16]. В частности, с идеями о сложных саморазвивающихся системах как объекте познания постнеклассического типа рациональности [17].

В отличие от традиционных для медицины и естественных наук предметов изучения, РП пациента не доступен внешнему объективному наблюдению. Его нельзя исследовать классическими эмпирическими методами. Словарное определение термина «потенциал» указывает на его отношение к категории «возможного» как противоположности категории «действительного» [9]. Реабилитационный потенциал представляет комплексную когнитивную и речевую конструкцию, которую члены МДРК выстраивают с опорой на воспринимаемые сведения. Аналогично объектам изучения в синергетике и квантовой фи-

зике, он характеризуется стохастической природой и плюрализмом возможных путей своего развития.

Все это способствует сближению исследований РП с методологией отечественной клинической психологии, для которой отмеченные эпистемологические установки являются неотъемлемыми и исконными [18]. Память, мышление, воображение, представление и т.д. – предметами психологического изучения традиционно выступают компоненты субъективной реальности, недоступные классическому объективному исследованию [19]. Для их эмпирического проявления психология выработала принципы организации исследования, которые включают комбинирование качественных и количественных методов [20, 21].

На основании данного концептуального подхода целью реабилитации выступает «создание психологически обоснованных условий для потенцирования активного самостоятельного продуктивного развития личности в новых, специфических, ограниченных болезнью условиях» [19, с. 8]. Использование термина «потенцирование» в данном контексте показательно. Оно подчеркивает, что системный психологический подход предполагает не статичное определение РП, а процесс его постоянного поиска в совместной активности [7], создание условий для

его раскрытия и поддержания. Медицинский психолог как специалист, ориентированный на изучение и описание субъективных явлений, осуществляет мониторинг сложной системы психических процессов, способных как ограничивать доступные физические возможности человека, так и некритично игнорировать имеющиеся проблемы. Устанавливая контакт и коммуникацию с пациентом, медицинский психолог стремится организовать условия для наиболее полного осознания им: а) процесса возникновения и течения мыслей, мотивов и эмоций в каждый отдельный момент времени; б) ценности личных переживаний и индивидуального опыта; в) истинных экзистенциальных потребностей; г) объективных возможностей развития в имеющейся ситуации.

Таким образом, общение с медицинским психологом, благодаря реализации потенциалов рефлексии [22], направлено на формирование, поддержание и усиление РП пациента. Современные исследования мозга и психики описывают механизмы, способные обеспечивать материальную основу данных процессов [23].

### **ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ КАК ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА**

Одним из первых зарубежных исследователей, обратившихся к психологической составляющей РП, был автор «социальной модели инвалидности» Саад З. Наги [24]. В своей публикации «A study in the evaluation of disability and rehabilitation potential: concepts, methods, and procedures» (1964) он описал психологическое исследование РП наряду с медицинским, эрготерапевтическим и профессиональным. Согласно Наги, психологическая оценка РП должна проводиться посредством клинического интервью и психометрического тестирования. По их результатам выявляется информация как о психологических особенностях пациента, так и о его субъективном видении сущности и последствий своего заболевания [24]. Таким образом, в качестве ключевой психологической составляющей РП изначально выступило то, что в современных психологических исследованиях часто обозначается термином «внутренняя картина болезни» (ВКБ) (рис. 2, перевод наш. – Авт.).

Рассматривая в своей публикации методы работы медицинского психолога, Наги делает акцент на использовании стандартизированных тестов (тест интеллекта Векслера WAIS, Миннесотский личностный опросник MMPI и др.). Подобное видение психологической диагностики типично для западной традиции, ориентированной на количественный подход [25]. В отличие от зарубежных исследователей,

отечественная психология с ранних этапов своего становления склонялась к так называемой деятельностной парадигме [26]. Ее специфика связана с приданием более важной роли качественному наблюдению за процессом выполнения тех или иных методик, а не количественной оценке получаемых результатов. Психика в данном направлении рассматривается как сложная динамическая система, которая существует и развивается в неразрывной связи с предметной деятельностью человека во внешнем мире [27] (см. рис. 3).

Для исследования психики конкретного индивида необходимо качественное описание процесса разворачивания его активной деятельности вовне. Именно это позволяет медицинскому психологу (см. рис. 4) оценить: а) на какие представления субъект опирается при решении проблемной ситуации, б) как эти представления связаны между собой и в) что мотивирует и направляет данные связи.

В соответствии с деятельностным подходом и культурно-исторической концепцией высших психических функций (ВПФ), отечественная психологическая школа рассматривает внутреннюю картину болезни как процесс нозогнозии, т.е. прижизненного культурно-детерминированного развития представления субъекта о заболевании [29]. Описание семиотической модели ВКБ опирается на такие компоненты сознания, как чувственная ткань, значение и личностный смысл (рис. 5).

Таким образом, отечественная модель позволяет более качественно проанализировать порождение и развитие ВКБ у пациентов с ОНМК в рамках второго этапа МР.

*1. Чувственная ткань.* В зависимости от объема и локализации патологического очага инсульт способен привести к нарушениям в многомерном чувственном составе конкретных образов реальности [30]. Кроме того, первоначальное ошеломляющее воздействие ОНМК провоцирует переживание огромной неуверенности [31]. Пациенты ощущают потерю контроля над своим телом, которая провоцирует сильную фрустрацию. Таким образом, нейропсихологическая работа по активизации чувственных образов и восстановлению ориентировки в потоке воспринимаемой информации различных модальностей является одним из компонентов, направленных на улучшение ВКБ. Однако для более полного поддержания РП в рамках второго этапа МР не менее важны психологические интервенции, нацеленные на регуляцию эмоций и аффектов [32, 33].

*2. Значение.* Словарь доступных средств для категоризации чувственного опыта обеспечивает его «первичное означение» [29].

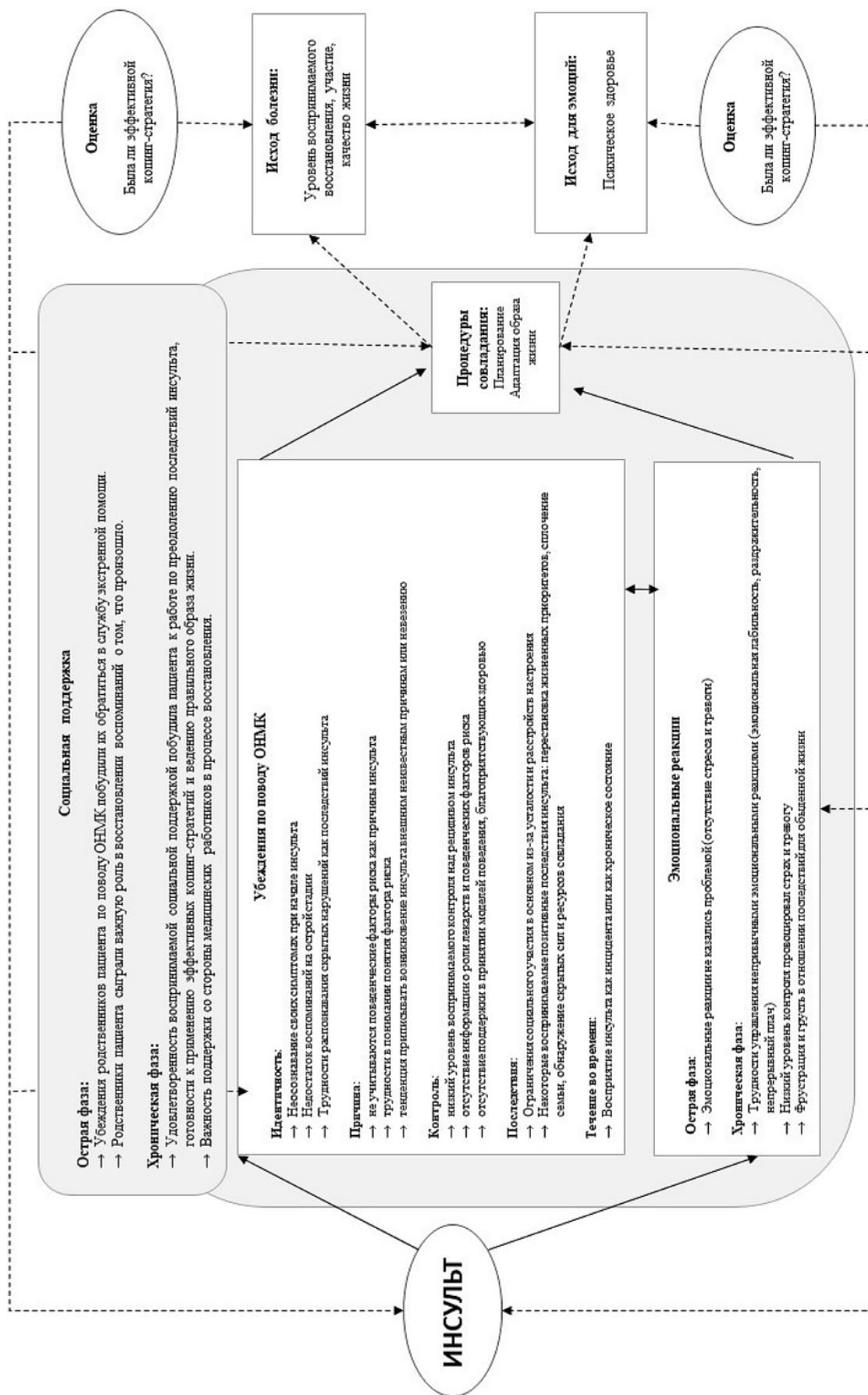


Рис. 2. Модель саморегуляции, основанная на здоровом смысле, для ОНМК по С. Della Vecchia и соавт. (2019) [28]



Рис. 3. Диалектическое единство сознания и деятельности [27]



Рис. 4. Взаимосвязь нейро- и патопсихологии в рамках второго этапа МР пациентов с ОНМК



Рис. 5. Два плана анализа сознания в теории деятельности А.Н. Леонтьева [26, 27]

Он направляет поток ассоциаций, которые постепенно приводят к выстраиванию нарратива, интерпретирующего переживание в том или ином свете. При ОНМК особые трудности в данной связи имеют пациенты с различными формами афазии. Для создания ВКБ, поддерживающей РП в рамках МР, им в первую очередь необходима нейропсихологическая и логопедическая работа по восстановлению нарушенных синтагматических и парадигматических ассоциаций вербальных процессов [34]. Однако при сохранности речевой функции система значений также может требовать внимания.

На втором этапе МР пациентов с ОНМК медицинский психолог может сталкиваться со сла-

бой дифференцированностью словаря описания ментальных процессов («я еще не совсем того?», «дурачком стал», «голова не работает» и т.п.). Подобные обобщенные штампы влекут за собой негативные эмоциональные переживания, самооценки и беспокойства по поводу своего умственного статуса, которые отрицательно влияют на РП. Интервью 57 лиц взрослого возраста в раннем восстановительном периоде инсульта выявили наличие субъективных когнитивных жалоб, которые не были связаны с психометрическими оценками познавательных процессов [35]. Регрессионный анализ данных обнаружил, что именно субъективные жалобы выступили наиболее значимым предиктором участия пациентов

в социальной активности. Соответственно, помимо нейропсихологической работы с речью, в целях поддержания РП требуются психообразовательные интервенции, направленные на обогащение языка описания психических функций и состояний.

Номинированное тем или иным термином переживание претерпевает процесс «вторичного означения» — встраивается в дискурсивную сеть мифов о болезни, которые бытуют в информационной среде индивида. История, с которой связывается субъективное представление о заболевании, оказывает определяющее влияние на дальнейшее течение психической деятельности. Она задает вектор ассоциативного знаково-символического процесса. В данном плане ОНМК выступает одной из хорошо артикулированных патологий, широко обсуждаемой в современном медиaprостранстве. Лидер по уровню инвалидизации — инсульт — неслучайно имеет высокое социальное значение. С увеличением численности мирового населения количество ОНМК неуклонно растет (до 12 млн случаев в год по оценкам ВОЗ на 2025 г.) [3]. Это способствует распространению в информационном пространстве мифов, опасений и страхов вокруг тематики инсульта, которые могут оказывать негативное воздействие, будучи актуализированными и эмоционально заряженными в ситуации реального столкновения с ОНМК в жизненном опыте [28] (см. рис. 2). Компетентные представления при этом, наоборот, имеют позитивный эффект на процесс восстановления. Лонгитюдное исследование 60 пациентов с ОНМК в рамках МР показало связь качественных знаний и четких ожиданий от реабилитации с более успешными результатами на момент выписки [36].

Таким образом, работа медицинского психолога с концептуальными представлениями о болезни также является важной частью поддержания РП. Деятельность нейропсихолога при этом связана с восстановлением общих операциональных основ семантической памяти, речи и управляющих функций. В то время как патопсихолог ориентируется на содержательную сторону представлений пациента об ОНМК и помогает избавиться от иррациональных и дисфункциональных убеждений с помощью различных психотерапевтических методов.

*3. Личностный смысл.* Оформленная за счет общественно выработанных языковых средств и значений дискурсивная структура, в рамках психической деятельности конкретного живого пристрастного субъекта, наделяется тем или иным личностным смыслом. Феноменологическое исследование на основе 73 интервью, взятых у шести пациентов в позднем восстановительном периоде инсульта, показало, что участники были склонны сосредотачиваться в

своих рассказах на социальном аспекте симптомов, а не на отдельно взятых способностях [31]. Пациенты, как правило, интерпретировали физический дефект как полную потерю в важной сфере жизни (например, невозможность пойти с друзьями в паб). Внутри социального аспекта их проблем выделились такие центральные темы, как смена ролей и изоляция [31]. Возможности гибкого поиска и обнаружения глубоких смыслов болезни связаны со спецификой мотивационной иерархии и другими личностными особенностями пациента.

Пример успешного выполнения подобной «задачи на смысл» [27] дает нейробиолог Джил Болт Тэйлор [37]. В своей автобиографической книге «My Stroke of Insight: A Brain Scientist's Personal Journey» она описывает личный опыт восстановления после ОНМК как то, что позволило ей обрести новые знания о природе и возможностях человека, расширило понимание предмета своей науки, а также привело к «озарению» и открытию внутреннего источника гармонии и душевного покоя. Организация условий для подобной трансформации личностного смысла болезни является важной задачей медицинского психолога рамках второго этапа МР пациентов с ОНМК. Ведь именно наличие глубокого личностного смысла мотивирует человека преодолевать трудности и ограничения [38, 39]. Нейропсихологические интервенции в данном контексте связаны с восстановлением ВПФ как операциональных основ рефлексии жизненного опыта (функций программирования, регуляции и контроля, речи, памяти и др.). Патопсихологический компонент работы, в свою очередь, характеризуется организацией условий для поощрения качественной рефлексии собственного жизненного опыта субъектом с опорой на данные ВПФ.

Следует отметить, что деятельностный подход к сознанию и культурно-историческая концепция ВПФ приобретают сегодня все более весомое значение для нейронауки [40]. Теоретико-методологические положения отечественных авторов получают эмпирическое обоснование в современных объективных экспериментальных исследованиях познавательных и аффективных процессов человека [41–43]. В нейрореабилитационной практике это обуславливает и оправдывает необходимость опоры на «Международную классификацию функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» (МКФ, ICF).

Структура МКФ стремится описать состояние пациента в комплексном многофакторном виде, учитывая влияние персональных и средовых условий. Выделение доменов активности и участия (d) наряду с функциями организма (b) позволяет проводить определенные параллели между концепцией МКФ

и представлениями об уровнях, описанных в теории деятельности А.Н. Леонтьева (см. рис. 5) [44]. В свою очередь, дифференциация реализации и kapasitasа как двух компонентов оценки активности и участия в МКФ резонирует с идеями о «зоне ближайшего развития» Л.С. Выготского [45].

## МЕХАНИЗМЫ ВЛИЯНИЯ ВКБ НА РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ПАЦИЕНТОВ С ОНМК НА ВТОРОМ ЭТАПЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Последние десятилетия в фундаментальной нейронауке отмечены большим количеством исследований взаимосвязи депрессивных паттернов мышления, эмоций и поведения с изменениями в механизмах пластичности мозга [46]. В своей статье, опубликованной Nature Publishing Group, Ребекка Прайс и Рональд Дьюман представили интегративную концепцию нейропластичности, обобщающую результаты экспериментов на животных с клиническими материалами и исследованиями здоровых участников (табл. 1, перевод наш. – *Авт.*).

Данная модель описывает нейропластичность как многодоменный нейробиологический, психологический и социальный конструкт [46]. Депрес-

сия, низкая когнитивная гибкость и стереотипный репертуар поведения связываются в ней с нарушениями пластических механизмов в нервной системе, которые препятствуют свободному течению энергетических процессов и целостной интеграции информации, кодируемой ими [47, 48]. Однако высокая мотивация, гибкий ум и разнообразие поведения в нейрофизиологическом плане соответствуют повышенной активности механизмов нейропластичности [13].

Обзор исследований влияния нейропластичности на восстановление после инсульта, опубликованных с 2000 по 2023 г. в ресурсах PubMed, Embase и the Cochrane Library, подтвердил ее значительные перспективы для реабилитации пациентов с ОНМК [49] (табл. 2, перевод наш. – *Авт.*). Как подчеркивают авторы статьи, все отмеченные механизмы характеризуются сильными индивидуальными различиями, обусловленными как личным опытом отдельного субъекта, так и общими социокультурными особенностями. Подобные выводы Николаса Адеринто и коллег на нейрофизиологическом уровне обосновывают необходимость персонализированных вмешательств и междисциплинарного сотрудничества для полноценного использования огромного потенциала нейропластичности в восстановлении после ОНМК [49].

Таблица 1

Маркеры нейропластичности на разных уровнях анализа по R.B. Price и R. Duman (2020) [46]		
Уровень анализа	Дисфункциональное состояние	Состояние цели лечения
Молекулярный	↓ Число и функция синапсов, атрофия нейронов	↑ Синаптогенез, ↑ нейротрофические факторы
Нейрональный	↓ Связи между префронтальным кортексом (ПФК) и лимбической системой	↑ Связи между ПФК и лимбической системой, ↑ регулирующий контроль ПФК над зонами лимбической системы
Когнитивный	↓ Гибкость, ↓ когнитивный контроль, ↓ целенаправленное подавление / активация низкоуровневых функций	↑ Гибкость и когнитивный контроль, ↑ целенаправленное торможение / запуск действий
Аффективная переработка информации	Ригидные негативные схемы в основе имплицитной переработки информации (например, внимание, память, интерпретации, представления о себе)	Свободная от предубеждений и гибкая переработка информации
Клинический / уровень самоотчета	Устойчивые негативные мысли, повторяющееся неадекватное поведение, депрессия	Нестереотипные позитивные мысли / восприятия, разнообразные репертуары поведения, эуимическое настроение, восстановленная вовлеченность

Таблица 2

Ключевые нейропластические изменения, связанные с реабилитацией после инсульта, по N. Aderinto и соавт. (2023) [49]		
Нейропластические изменения	Описание изменений	Вовлеченные нейронные структуры
Перестройка дендритов	Структурные изменения дендритов, включая прораствание и разветвление	Пораженные и непораженные области мозга
Пластичность синапсов	Усиление или ослабление синапсов в зависимости от активности и опыта	Нейротрансмиттерные системы, корковые и подкорковые области
Корковая реорганизация	Изменения в корковых картах и функциональной организации областей мозга	Моторные и сенсорные зоны коры, ассоциативные области кортекса
Нейрогенез	Образование новых нейронов в определенных областях мозга	Гиппокамп, субвентрикулярная зона
Спраутинг (разрастание) аксонов	Образование новых связей или разветвление существующих аксонов	Кортикоспинальный тракт, другие нервные пути

Анализируя возможности применения знаний о механизмах нейропластичности в клинической практике, Джойс Шаффер подчеркивает, что именно психология имеет уникальные возможности для максимизации «революции, которая призвана преобразовать диагностику и лечение психических заболеваний и преодолеть отсутствие значительного прогресса в борьбе с сопутствующими болезнями и смертностью за последние 100 лет» [50, 51]. Опираясь на работы одной из основоположниц исследований нейропластичности Мариан Даймонд, Шаффер отмечает ключевые аспекты, обеспечивающие поддержание здорового мозга. Это наличие новизны опыта и необходимости прилагать усилия, физическая активность и правильное питание, любовь, социальное принятие и низкий уровень стресса, а также здоровый сон [51]. Шаффер отмечает, что позитивная психология [52] может акцентировать положительные эмоции, усиливая взаимодействие субъекта с обогащенной средой, и тем самым потенциально способствовать повышению нейропластичности в его ЦНС [13].

Отдельное внимание многие современные исследователи психологических факторов пластичности мозга уделяют рассмотрению положительных нейрофизиологических эффектов медитации и практик осознанности («mindfulness») [53]. Так, Исаак Н. Тревес с коллегами проанализировали 68 корреляционных исследований с использованием структурной магнитно-резонансной томографии (МРТ), фМРТ с заданиями, фМРТ в состоянии покоя и электроэнцефалограммы. Результаты выявили ряд убедительных доказательств взаимосвязи осознанности и а) снижения реакции миндалевидного тела на эмоциональные стимулы; б) увеличенной толщиной коры во фронтальных и островковых областях неокортекса; в) повышенной дифференцированности нейросети пассивного режима работы мозга.

Среди положительных эффектов медитации, в свою очередь, многие исследователи выделяют: 1) изменения паттернов активации мозга на фМРТ; 2) изменения показателей вызванных потенциалов в ответ на зрительные стимулы (что отражает влияние медитации на внимание); 3) изменения амплитуды и синхронности высокочастотных колебаний (которые, вероятно, играют важную роль в формировании связей между крупными нейронными сетями мозга) [54]. Стоит отметить, что с точки зрения нейропсихологии, медитация и техники «mindfulness» представляют собой эффективные методы тренировки управляющих функций, обеспечиваемых активностью префронтальной коры больших полушарий [55]. Данные практики предполагают торможение

непроизвольных реакций на стимулы и длительное сосредоточение внимания на определенном содержании сознания. С позиции патопсихологии их можно рассматривать как развитие регуляторного компонента психической деятельности и поддержание сложной иерархии мотивов.

Таким образом, внутренняя картина болезни как комплексная система взаимосвязанных субъективных представлений о заболевании может рассматриваться в качестве психологической составляющей реабилитационного потенциала. Исходя из особенностей ее компонентов, субъект строит видение перспективы своего восстановления. Эмоциональное сопровождение данного представления связано с конкретными физиологическими процессами в организме, которые тем или иным образом сказываются на динамике механизмов нейропластичности.

Следовательно, для поддержания реабилитационного потенциала в рамках МР необходима психологическая работа с ВКБ, направленная на усиление позитивных переживаний, способных фасилитировать благоприятные нейропластические процессы и способствовать восстановлению нарушенных функций ЦНС. Данная ВКБ должна при этом не усиливать инфантильную иллюзию всемогущества пациентов [56], а способствовать их рациональному принятию ограничений и хорошей приверженности программе МР.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Реабилитационный потенциал является сложной динамической системой, претерпевающей влияния со стороны множества различных факторов, в том числе психологических. Подобно тому, как потенциал действия нейрона обеспечивается сохранностью его мембранного комплекса, реабилитационный потенциал человека в сильной степени связан с функциями его сознания как специфической границы, отделяющей внешний мир от внутреннего [57]. Телоретико-методологическая традиция отечественной медицинской психологии позволяет рассматривать ВКБ как психологический компонент РП, который 1) социален по происхождению, 2) опосредован по строению, 3) доступен произвольному контролю.

В рамках второго этапа МР пациентов с ОНМК работа над повышением качества ВКБ для поддержания РП требует совместных усилий нейропсихолога и патопсихолога. Так, деятельность нейропсихолога обеспечивает восстановление гностических компонентов чувственной ткани сознания и ассоциативных связей внутри системы значений. Работа же патопсихолога создает условия для оптимизации и регуляции аффективных компонентов чувственной ткани созна-

ния и поиска благоприятствующего реабилитации личностного смысла болезни для пациента.

Современные исследования связи когнитивных и эмоциональных процессов с механизмами нейропластичности предлагают естественно-научные основания методам практики медицинского психолога в рамках реабилитации при ОМНК. Они показывают, на какие мозговые процессы могут влиять качественно и индивидуально подобранные психологические методики в целях повышения осознанности и произвольности психической деятельности субъекта.

### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

- Иванова Г.Е., Мельникова Е.В., Белкин А.А., Беляев А.Ф., Бодрова Р.А., Буйлова Т.В. и др. Как организовать медицинскую реабилитацию? *Вестник восстановительной медицины*. 2018;2(84):2–12.
- Wade D.T. Rehabilitation potential: a critical review of its meaning and validity. *Clin. Rehabil.* 2023;37(7):869–875. DOI: 10.1177/02692155221147606.
- Feigin V.L., Brainin M., Norrving B., Martins S.O., Pandian J., Lindsay P. World stroke organization: global stroke fact sheet 2025. *Int. J. Stroke*. 2025;20(2):132–144. DOI: 10.1177/17474930241308142.
- Rosso C. Prédiction de la récupération motrice après un accident vasculaire cérébral (AVC). Predicting motor recovery after stroke. *Prat. Neurol.* 2025;16(1):62–69. DOI: 10.1016/j.praneu.2025.01.002.
- Пирадов М.А., Танащян М.М., Кротенкова М.В., Брюхов В.В., Кремнева Е.И., Коновалов Р.Н. Передовые технологии нейровизуализации. *Анналы клинической и экспериментальной неврологии*. 2015;9(4):11–18.
- Renjen P.N., Gauba C., Chaudhari D. Cognitive impairment after stroke. *Cureus*. 2015;7(9):e335. DOI: 10.7759/cureus.335.
- Расказова Е.И., Тхостов А.Ш., Ковязина М.С., Варакко Н.А. Изменение образа жизни пациента как задача психологической реабилитации: организация реабилитации как совместной деятельности на личностном и межличностном уровнях. *Клиническая и специальная психология*. 2020;9(1):47–63. DOI: 10.17759/cpse.2020090103.
- Whiting H.S. Classification of rehabilitation potential. *J. Rehabil.* 1950;16(6):7–9.
- Lam Wai Shun P., Swaine B., Bottari C. Combining scoping review and concept analysis methodologies to clarify the meaning of rehabilitation potential after acquired brain injury. *Disabil. Rehabil.* 2022;44(5):817–825. DOI: 10.1080/09638288.2020.1779825.
- Варела Ф., Томпсон Э., Рош Э. Отелесненный ум. Когнитивная наука и человеческий опыт / пер. с англ. К. Тулуновой. М.: Фонд «Сохраним Тибет», 2023:456.
- Marín-Medina D.S., Arenas-Vargas P.A., Arias-Botero J.C., Gómez-Vásquez M., Jaramillo-López M.F., Gaspar-Toro J.M. New approaches to recovery after stroke. *Neurol. Sci.* 2024;45(1):55–63. DOI: 10.1007/s10072-023-07012-3.
- Damasio A.R. *Descartes' error*. New York: Putnam, 1994:312.
- Shaffer J. Neuroplasticity and positive psychology in clinical practice: A review for combined benefits. *Psychology*. 2012;3(12):1110–1115. DOI: 10.4236/psych.2012.312A164.
- Martínez-Pernía D., González-Castán Ó., Huepe D. From ancient Greece to the cognitive revolution: a comprehensive view of physical rehabilitation sciences. *Physiother. Theory Pract.* 2017;33(2):89–102. DOI: 10.1080/09593985.2016.1266720.
- Бердникович Е.С., Орлова О.С., Уклонская Д.В. Персонализированный подход в речевой реабилитации: фокус на пациенте. *Специальное образование*. 2022;1(65):20–34.
- Стёпин В.С. Типы научной рациональности и синергетическая парадигма. *Сложность. Разум. Постнеклассика*. 2013;(4):45–59.
- Стёпин В.С. Саморазвивающиеся системы и постнеклассическая рациональность. *Вопросы философии*. 2003;(8):5–17.
- Зинченко Ю.П., Первичко Е.И. Постнеклассическая методология в клинической психологии: научная школа Л.С. Выготского – А.Р. Лурия. *Национальный психологический журнал*. 2012;(2):32–45.
- Зинченко В.П. Толерантность к неопределенности: новизна или психологическая традиция? *Вопросы психологии*. 2007;(6):3–20.
- Зинченко Ю.П., Первичко Е.И., Тхостов А.Ш. Методологические основы и задачи психологической реабилитации онкологических больных. *Вестник восстановительной медицины*. 2014;(5):31–42.
- Шадриков В.Д. Возвращение души: Теоретические основания и методология психологической науки. М.: Институт психологии РАН, 2021:210.
- Старовойтенко Е.Б. Реализация потенциалов рефлексии при построении рефлексивных практик. *Психология. Журнал Высшей школы экономики*. 2024;21(2):340–365. DOI: 10.17323/1813-8918-2024-2-340-365.
- Marshall P. The role of quantum mechanics in cognition-based evolution. *Prog. Biophys. Mol. Biol.* 2023;180:131–139. DOI: 10.1016/j.pbiomolbio.2023.04.007.
- Nagi S.Z. A study in the evaluation of disability and rehabilitation potential: concepts, methods, and procedures. *Am. J. Public Health Nations Health*. 1964;54(9):1568–1579.
- Ахутина Т.В., Меликян З.А. Нейропсихологическое тестирование: обзор современных тенденций. К 110-летию со дня рождения А.Р. Лурия. *Клиническая и специальная психология*. 2012;(2):1–18.
- Корнилова Т.В., Смирнов С.Д. Методологические основы психологии. М.: Юрайт, 2022:490.
- Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. М.: Смысл; Издательский центр «Академия», 2005:352.
- Della Vecchia C., Préau M., Carpentier C., Viprey M., Haesebaert J., Termoz A. et al. Illness beliefs and emotional responses in mildly disabled stroke survivors: A qualitative study. *PLoS One*. 2019;14(10):e0223681. DOI: 10.1371/journal.pone.0223681.
- Тхостов А.Ш. Болезнь как семиотическая система. Культурно-историческая патопсихология. М.: Канон+, 2020:78–112.
- Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. СПб.: Питер, 2021:768.

31. Burton C.R. Living with stroke: a phenomenological study. *J. Adv. Nurs.* 2000;32(2):301–309. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2000.01477.x.
32. Первичко Е.И. Регуляция эмоций. Клинико-психологический аспект. М.: Когито-Центр, 2020:363.
33. Qian Z., Lv D., Lv Y., Bi Z. Modeling and quantification of impact of psychological factors on rehabilitation of stroke patients. *IEEE J. Biomed. Heal. Informatics.* 2018;23(2):683–692. DOI: 10.1109/JBHI.2018.2827100.
34. Ахутина Т.В. Нейролингвистический анализ лексики, семантики и прагматики. М.: Языки славянской культуры, 2014:424.
35. Dubois L., Dussault B., Ribon-Demars A., Poulin V., Ouellet M.-C., Beaulieu-Bonneau S. Cognitive functioning following mild stroke in adults aged 18 to 64 years: association with participation. *Brain Inj.* 2025;39(12):1–10. DOI: 10.1080/02699052.2025.2513616.
36. Clark M.S., Smith D.S. Psychological correlates of outcome following rehabilitation from stroke. *Clin. Rehabil.* 1999;13(2):129–140.
37. Taylor J.B. My stroke of insight: a brain scientist's personal journey. New York: Viking, 2006:188.
38. Франкл В. Сказать жизни «Да!»: Психолог в концлагере. М.: Альпина нон-фикшн, 2025:239.
39. Асмолов А.Г., Битюцкая Е.В., Братусь Б.С., Леонтьев Д.А., Ушаков Д.В. Диалоги о/в поле смыслов: к 120-летию со дня рождения Алексея Николаевича Леонтьева. *Вестник Московского университета. Сер. 14. Психология.* 2023;(2):5–22. DOI: 10.11621/LPJ-23-13.
40. Лекторский В.А. Психологическая теория деятельности А. Н. Леонтьева и современные когнитивные исследования. *Вестник Московского университета. Сер. 14. Психология.* 2023;(2):67–83.
41. Фаликман М.В., Коул М. «Культурная революция» в когнитивной науке: от нейронной пластичности до генетических механизмов приобретения культурного опыта. *Культурно-историческая психология.* 2014;10(3):4–18.
42. Фаликман М.В. Новая волна Выготского в когнитивной науке: разум как незавершенный проект. *Психологические исследования.* 2017;10(54):2.
43. Newen A., De Bruin L., Gallagher S. The Oxford handbook of 4E cognition. Oxford University Press, 2018:952.
44. Варако Н.А., Шилко Р.С., Ковязина М.С., Рассказова Е.И., Меньшикова Г.Я., Зинченко Ю.П. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) и культурно-деятельностный подход Л.С. Выготского—А.Н. Леонтьева—А.Р. Лурии. *Клиническая и специальная психология.* 2019;8(3):143–159. DOI: 10.17759/cpse.2019080308.
45. Морозова Е.В. Современные технологии психологической экспертно-реабилитационной деятельности с учетом положений МКФ. *Медико-социальные проблемы инвалидности.* 2011;(2):19–24.
46. Price R.B., Duman R. Neuroplasticity in cognitive and psychological mechanisms of depression: an integrative model. *Mol. Psychiatry.* 2020;25(3):530–543. DOI: 10.1038/s41380-019-0615-x.
47. Деан С. Сознание и мозг. Как мозг кодирует мысли. М.: Карьера Пресс, 2018:440.
48. Сет А. Быть собой: Новая теория сознания. М.: Альпина нон-фикшн, 2024:400.
49. Aderinto N., AbdulBasit M.O., Olatunji G., Adejumo T. Exploring the transformative influence of neuroplasticity on stroke rehabilitation: A systematic review of current evidence. *J. Neurol. Sci.* 2023;85(9):4425–4432. DOI: 10.1097/MS9.0000000000001137.
50. White C. Brain circuitry model for mental illness will transform management, NIH mental health director says. *BMJ.* 2011;343:d5581. DOI: 10.1136/bmj.d5581.
51. Shaffer J. Neuroplasticity and clinical practice: Building brain power for health. *Front. Psychol.* 2016;7:1118. DOI: 10.3389/fpsyg.2016.01118.
52. Seligman M.E.P., Csikszentmihalyi M. Positive psychology: An introduction. Flow and the foundations of positive psychology: The collected works of Mihaly Csikszentmihalyi. Dordrecht: Springer Science+Business Media, 2014:279–298. DOI: 10.1007/978-94-017-9088-8\_18.
53. Treves I.N., Pichappan K., Hammoud J., Bauer C.C.C., Ehmann S., Sacchet M.D. et al. The mindful brain: A systematic review of the neural correlates of trait mindfulness. *J. Cogn. Neurosci.* 2024;36(11):2518–2555. DOI: 10.1162/jocn\_a\_02230.
54. Davidson R.J., Lutz A. Buddha's brain: neuroplasticity and meditation. *IEEE Signal Process. Mag.* 2008;25(1):176–174. DOI: 10.1109/msp.2008.4431873.
55. Lutz A., Slagter H.A., Dunne J.D., Davidson R.J. Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends Cogn. Sci.* 2008;12(4):163–169. DOI: 10.1016/j.tics.2008.01.005.
56. Россохин А.В. Тайны нашего бессознательного: Теория психоанализа. М.: Альпина Паблшер, 2025:373.
57. Тхостов А.Ш. Топология субъекта (опыт феноменологического исследования). *Культурно-историческая патопсихология.* М.: Канон+, 2020:15–42.

---

## Благодарности

Авторы выражают благодарность руководителю научно-исследовательского центра медицинской реабилитации ФЦМН Галине Евгеньевне Ивановой.

---

## Вклад авторов

Богатова В.Д. – разработка концепции и дизайна; анализ и интерпретация данных. Кузнецова А.М.Ю. – анализ и интерпретация данных. Поляев Б.Б., Микадзе Ю.В. – проверка критически важного интеллектуального содержания. Гордеев М.Н.,

Суворов А.Ю. – окончательное утверждение для публикации рукописи. Все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение поисково-аналитической работы и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию рукописи перед публикацией.

## Информация об авторах

**Богатова Валерия Дмитриевна** – аспирант, департамент психологии, НИУ «ВШЭ», медицинский психолог, ФЦМН, г. Москва, vdbogatova@hse.ru, <https://orcid.org/0009-0004-8740-5461>

**Кузнецова Анна Мария Юрьевна** – медицинский психолог, ФЦМН, г. Москва, kuznecova.am@fccps.ru, <https://orcid.org/0000-0001-8264-3314>

**Поляев Борис Борисович** – канд. мед. наук, доцент, зав. отделением медицинской реабилитации пациентов с нарушением функций центральной нервной системы № 2, ФЦМН, г. Москва, polyayev@fccps.ru, <https://orcid.org/0000-0002-7032-257X>

**Микадзе Юрий Владимирович** – д-р психол. наук, профессор, МГУ им. М.В. Ломоносова; вед. науч. сотрудник, зав. лабораторией нейропсихологии, логопедии и нейролингвистики, ФЦМН, г. Москва, mikadze.u@fccps.ru, <https://orcid.org/0000-0001-8137-9611>

**Гордеев Михаил Николаевич** – д-р мед. наук, канд. психол. наук, профессор, вед. науч. сотрудник, ФЦМН, г. Москва, gordeev.m@fccps.ru, <https://orcid.org/0000-0002-5126-4132>

**Суворов Андрей Юрьевич** – канд. мед. наук, доцент, ученый секретарь, руководитель образовательного отдела, ФЦМН, г. Москва, suvorov.a@fccps.ru, <https://orcid.org/0000-0003-4901-2208>

(✉) **Богатова Валерия Дмитриевна**, vdbogatova@hse.ru

Поступила в редакцию 18.08.2025;  
одобрена после рецензирования 27.08.2025;  
принята к публикации 04.09.2025