

Клиническая картина тревожных расстройств у больных с инсультом

Е.А.Петрова^{✉1}, Е.А.Кольцова¹, М.А.Савина²

¹ГБОУ ВПО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова Минздрава России. 125412, Россия, Москва, ул. Талдомская, д. 2;

²ФГБНУ Научный центр психического здоровья. 115522, Россия, Москва, Каширское шоссе, д. 34

Обследованы 198 больных с первичным церебральным инсультом. Аффективные расстройства, включающие депрессию, генерализованное тревожное расстройство, фобии, были выявлены у 71,2% больных. Проведенное исследование показало, что постинсультные тревожные расстройства различаются по факторам риска и особенностям развития. Тревожные расстройства сочетаются с молодым возрастом, фобии связаны с женским полом и наследственной предрасположенностью.

Ключевые слова: церебральный инсульт, тревожные расстройства, факторы риска.

[✉]elizapetr@rambler.ru

Для цитирования: Петрова Е.А., Кольцова Е.А., Савина М.А. Клиническая картина тревожных расстройств у больных с инсультом. Consilium Medicum. 2015; 17 (9): 37–41.

The clinical picture of anxiety disorders in patients with stroke

E.A.Petrova^{✉1}, E.A.Koltsova¹, M.A.Savina²

¹N.I.Pirogov Pediatrics Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation. 125412, Russian Federation, Moscow, ul. Taldomskaia, d. 2;

²Mental Health Research Centre. 115522, Russian Federation, Moscow, Kashirskoe shosse, d. 34

198 patients with first-ever cerebral stroke were studied. Affective disorders included depressions, generalized anxiety disorder, phobias were exposed in 71.2% of patients. Our study demonstrated that post-stroke anxiety disorders have different risk and pathogenetic factors. Anxiety disorders are associated with young age, phobias associated with women sex and inherited predisposition.

Key words: cerebral stroke, anxiety disorders, risk factors.

[✉]elizapetr@rambler.ru

For citation: Petrova E.A., Koltsova E.A., Savina M.A. The clinical picture of anxiety disorders in patients with stroke. Consilium Medicum. 2015; 17 (9): 37–41.

Разные психические нарушения после церебрального инсульта встречаются у подавляющего числа пациентов. Постинсультные тревожные расстройства изучены гораздо менее депрессивных расстройств [27, 30], несмотря на то что частота развития тревожного расстройства у постинсультных больных может достигать 60%, в то время как в популяции она не превышает 15% [17, 26, 31, 36]. Тревожное расстройство замедляет восстановление нарушенных функций, оказывая существенное влияние на течение восстановительного периода и конечный исход реабилитационных мероприятий у постинсультных больных [1–3, 6, 9]. С экономической точки зрения это особенно актуально в группе работоспособного населения, не достигшего пенсионного возраста.

Описания тревожных расстройств известны с конца XIX в. В рамках «тревожного невроза» рассматривали общую возбудимость, хронические опасения, панические атаки и вторичное фобическое избегание [20].

В 1980-х годах в критериях DSM-III (1980 г.) генерализованное тревожное расстройство (ГТР) представляло собой диагностическую категорию, определенную по остаточному принципу, характеризующую преобладанием неконтролируемой тревоги и множественными опасениями. В самостоятельные диагностические единицы были выделены отдельные составляющие «тревожного невроза» – агорафобии [28], панические атаки [24].

Традиционно синдром тревоги считался одним из наиболее характерных для депрессии. Эмиль Крепелин считал тревогу (наряду с подавленностью) проявлением гипотимии и составляющей депрессивной триады [25]. Правомочность выделения понятия «тревожная депрессия» подтверждалась многими исследованиями с помощью разных методов анализа, в том числе с помощью кластерного [29]. Разные исследователи отмечали высокую частоту коморбидности тревожного расстройства и депрессии [4, 7, 8].

По данным Национальной экспертизы коморбидности (National Comorbidity Survey), тревожное расстройство сопровождалось депрессией в 62,4% случаев [37]. Это потребовало проведения серьезных эпидемиологических, кли-

нических и патофизиологических исследований для обоснования правомочности отделения синдрома тревоги от депрессии.

В ходе таких исследований было отмечено, что более длительные формы тревожных расстройств реже сопровождаются депрессиями и другими коморбидными состояниями, являясь более однородной группой состояний предположительно эндогенно-конституционального генеза [34]. Более короткие тревожные расстройства чаще сопровождалась депрессиями и были отнесены рядом исследователей в категорию расстройств адаптации. Эти факты и утверждения стали причиной того, что временной критерий DSM-III (длительность тревожного расстройства не менее месяца) в DSM-IV был сужен и составил 6 мес.

Накоплены многочисленные данные о том, что тревожное расстройство у больных, перенесших инсульт, имеет тяжелые клинические, экономические и медико-социальные последствия, так как замедляет процесс реабилитации и увеличивает число случаев инвалидности, приводит к ограничению социальной активности [13], затруднению адаптации в быту [33], прогрессированию корковой атрофии [1, 5, 10, 13].

Многие пациенты болезненно переживают свою зависимость от окружающих. Особенно это относится к людям, которые до инсульта отличались самостоятельностью, независимым характером, обостренным чувством собственного достоинства. Человек, привыкший всегда сам принимать решения и отвечать за свою жизнь, крайне тяжело приспосабливается к тому, что теперь находится на попечении родных. Нарастает тревога остаться инвалидом навсегда. Кроме того, результаты, полученные при изучении общей популяции, свидетельствуют, что развитие синдрома тревоги может приводить к увеличению длительности сопутствующих депрессивных расстройств [11], уменьшению эффективности антидепрессивной терапии [15, 19].

Постинсультные тревожные расстройства имеют ряд отличительных особенностей, поскольку формируются у больного на фоне поражения структур головного мозга,

нередко и тех, которые вовлечены в регуляцию аффективной сферы человека. Психосоциальный ущерб усугубляет триада особенностями психотравмирующей ситуации:

- 1) внезапностью ее появления;
- 2) длительным (а иногда и пожизненным) сохранением психотравмирующих факторов;
- 3) постоянной прогностической неопределенностью относительно степени возможного восстановления утраченной функции, а также вероятности появления повторного инсульта [14].

Все обозначенное может являться причиной своеобразия патогенеза и клинической картины постинсультных психических расстройств, в частности тревожных расстройств [23, 35]. Поэтому исследования, посвященные детальному изучению особенностей синдрома тревоги, манифестировавшего после инсульта, представляются весьма актуальными.

Целью исследования явилось изучение клинических особенностей постинсультных тревожных расстройств и факторов, влияющих на их развитие.

Материалы и методы

Работа проводилась на базе нейрореанимационного и неврологического отделений Московской городской клинической больницы №31. В данное исследование включены 198 пациентов с впервые возникшим церебральным инсультом разной локализации, включая больных с аффективными расстройствами, поступивших в стационар в 1-е сутки развития заболевания. Из них 102 (51,5%) женщины, 96 (48,5%) мужчин в возрасте от 36 до 88 лет, средний возраст – 66,9±11,3 года.

Критериями исключения явились сопутствующие соматические заболевания в стадии декомпенсации, онкологические заболевания, инсульт в анамнезе.

Работа построена по принципу проспективного наблюдения. Для объективизации тяжести состояния больного, выраженности очагового неврологического дефицита, регистрации динамики состояния пациента использовали шкалу инсульта Национального института здоровья (National Institutes of Health Stroke scale) на 1, 7, 14, 28-е сутки и 3, 6 и 12-й месяцы от момента развития заболевания. Способность к самообслуживанию, повседневную активность и выраженность нарушений жизнедеятельности оценивали с использованием индекса Бартела и шкалы Рэнкина в те же сроки.

Обследование и оценку психического состояния больных проводили с использованием клинического и клинико-катамнестического методов, нозологическую диагностику депрессии и тревожных расстройств – в соответствии с критериями DSM-IV. Для стандартизированной оценки психического статуса использовали шкалы Гамильтона (HAM-A, HAM-D) [22], госпитальную шкалу тревоги и депрессии, шкалу для оценки депрессии у больных с афазией, краткую шкалу оценки психического статуса (Mini-mental State Examination, MMSE) на 1, 7, 14, 28-е сутки, 3, 6 и 12-й месяцы от начала развития инсульта.

Аффективные нарушения, включающие тревожные и депрессивные расстройства, были выявлены у большинства обследованных больных – 141 (71,2%) пациента, из них у 85 (60,3%) женщин, 56 (39,7%) мужчин, средний возраст составил 66,5±10,8 года. У 57 (28,8%) пациентов психических нарушений выявлено не было, и они составили группу сравнения, из них 20 (35,1%) женщин и 37 (64,9%) мужчин, средний возраст в этой группе больных составил 67,1±11,5 года.

Для уточнения локализации, размера и характера поражения головного мозга всем больным проводилась компьютерная томография головного мозга на аппарате рентгеновской компьютерной томографии CT SYTEE 2000i General Electric MS и/или магнитно-резонансная томография

головного мозга на аппарате VECTRA 0,5 Тесла General Electric MS.

Патогенетический вариант инсульта уточняли при помощи ультразвуковой доплерографии магистральных артерий головы и шеи на аппаратах Nicolet Companion III и БИОСС Ангиодин, дуплексного сканирования – с помощью аппарата ESAOTE Technos MP, а также клинических и биохимических анализов крови, исследования свертываемости и реологии крови. При необходимости пациентам выполняли эхокардиографию.

Статистический анализ материала проводили с использованием пакета статистических программ SPSS 15. Статистическая обработка материала включала применение пакета описательной статистики, t-теста для сравнения двух независимых выборок, критерия χ^2 . Различия между показателями признавали существенными при 5% уровне во всех проведенных сравнениях.

Результаты и обсуждение

Тревожные расстройства были представлены ГТР и фобиями. ГТР наблюдались у 86 (43,4% от всех больных когорт), фобии – у 44 (22,2%) пациентов. У больных с диагностированными фобиями преобладали специфические фобии, которые отмечались у 39 (19,7%) больных. Фобия упасть отмечалась у 17 (12,0% от всех больных с психопатологическими состояниями) пациентов, инсультофобия – у 16 (11,3%), фобия ситуации инсульта – у 6 (3%). На втором месте по частоте встречаемости были агорафобии – у 12 (8,5%) человек, социофобии имели место у 3 (2,1%). Катастрофальные реакции были достаточно редкими – у 6 (4,2%) больных. Депрессивные расстройства были выявлены в 94 (47,5% от всех больных когорт) случаях. В клинической картине данные расстройства часто сочетались друг с другом.

Изолированное ГТР отмечалось у 33 (23,4% в структуре психопатологических состояний) больных, сочетание в клинической картине постинсультной депрессии и ГТР наблюдалось у 34 (24,1%) больных, изолированные фобии были выявлены у 14 (9,9%), постинсультная депрессия наблюдалась у 35 (24,8%).

Синдром генерализованной тревоги отмечался наиболее часто. Внимательный анализ анамнестических сведений позволил установить, что часть ГТР развилась до инсульта (19 больных, 13,5% от больных с психопатологическими состояниями). Другая часть ГТР манифестировала после инсульта – у 67 (47,5%) пациентов. Достаточно высокую частоту прединсультных ГТР отмечают и другие исследователи – по их данным, она достигает 11,2% [27].

После рассмотрения структуры постинсультных тревожных состояний определялось, какие симптомы чаще наблюдались у больных с чувством тревоги и тревожными опасениями по сравнению с больными без тревоги. Исследовались различия в распределении как признаков ГТР, обозначенных в критериях DSM-IV и Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), так и отдельных (наиболее частых) симптомов депрессии. В анализ были включены лишь истинно постинсультные ГТР. Исследование структуры расстройства проводилось на момент его развернутого проявления.

Многие симптомы, обозначаемые в DSM-IV и МКБ-10 как проявления тревоги (раздражительность, моторные и вегетативные проявления, нарушения сна, утомляемость), чаще встречались у больных с тревогой, чем у пациентов без беспокойства. Однако некоторые симптомы, обозначенные в международных классификациях, оказались неспецифичными (трудности сосредоточения) или нехарактерными (ощущение мышечного напряжения) для постинсультного ГТР.

Было выявлено, что частота ангедонии и нарушения аппетита были достоверно выше в группе больных с ГТР. Частота

апатии и тоски также была несколько выше у больных с беспокойством, чем без него. При этом депрессивные симптомы чаще наблюдались у больных с достаточно продолжительными тревожными состояниями, тогда как у больных с транзиторными формами ГТР частота симптомов депрессии не превышала таковую у пациентов без тревоги.

Для определения взаимосвязей между наиболее часто сопутствующими друг другу симптомами тревоги и депрессии (тревожными опасениями, моторными, вегетативными проявлениями тревоги, раздражительностью, нарушениями сна, утомляемостью, ангедонией, снижением аппетита, апатией и тоской) был применен кластерный анализ (рис. 1). Из анализа исключались больные с ГТР, манифестировавшие до инсульта.

Было выявлено, что наиболее часто тревожным опасениям сопутствовали моторные и вегетативные проявления тревоги (эти симптомы сформировали «тревожный» кластер В), а кластерная дистанция между тревогой и другими признаками ГТР, обозначенными в DSM-IV, была довольно высока. Нарушения сна и утомляемость чаще были связаны с симптомами депрессии (наряду с ангедонией, тоской, снижением аппетита они входили в состав «депрессивного» кластера А). Раздражительность мало ассоциировалась с симптомами тревоги – кластерная дистанция от расстройств «тревожного» кластера была значительной. Эти данные показывают, что синдром тревоги, развивающейся в постинсультном периоде, может считаться относительно самостоятельным.

Ориентируясь на данные кластерного анализа, при описании синдрома тревоги были выделены три его составляющие: идеаторный, моторный и вегетативный компоненты.

Идеаторными проявлениями тревоги являлись единичные или множественные опасения, наплыв тревожных мыслей с ощущением ускоренного их течения, навязчивые представления. Содержанием тревожных опасений чаще всего были беспокойство о текущем состоянии и неврологический дефицит, возможность утраты трудоспособности или способности к самообслуживанию, исход сложившейся ситуации, будущие и текущие дела близких, предстоящие обследования и оперативные вмешательства.

Чаще всего тревожные мысли касались нескольких сфер жизни пациента, реже тревога была монотематичной, ограниченная либо беспокойством больного о своем состоянии, либо самочувствием или текущими делами родных.

Моторный компонент тревоги проявлялся в частом изменении позы больным во время беседы, суетливости, бегущем взгляде, дрожании пальцев рук, постоянном перебирании мелких предметов на столе, ускоренной речи и многословности. Иногда, наоборот, больные были скован-

ны, сохраняя при беседе однообразную напряженную позу, тихо и скупко излагали жалобы. Как правило, моторные проявления оставались незамеченными самими больными, лишь изредка удавалось узнать о чувстве общего напряжения и невозможности расслабиться, ощущении скованности мышц или постоянном желании двигаться.

Вегетативными признаками тревоги являлись гиперемия лица, сердцебиение, повышение артериального давления, частые вздохи. Больные жаловались на ощущение прилива крови к лицу или голове, пульсацию сосудов, ощущение волнения или трепетания в области сердца, нехватки воздуха, потливость, учащенное мочеиспускание, слабость, похолодание конечностей, ощущение кома в горле.

При исследовании времени возникновения постинсультных ГТР было обнаружено, что большая часть тревожных расстройств манифестировала в остром периоде инсульта (70,1% случаев), в 2,5 раза реже (28,4%) – в раннем восстановительном периоде и лишь в 1,5% случаев ГТР развились спустя 12 мес от начала инсульта. Постинсультные фобические расстройства одинаково часто возникали как в остром (52,3%), так и в раннем восстановительном (47,7%) периодах инсульта и не манифестировали в позднем восстановительном периоде.

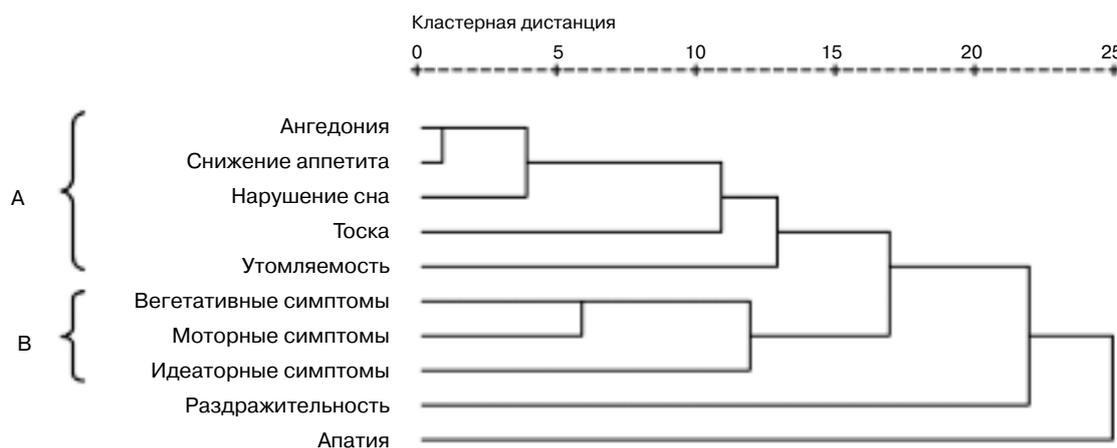
При анализе длительности постинсультных ГТР были выделены транзиторные (длвшиеся менее 2 нед) состояния – у 21 (23,9%) больного, короткие (длительностью менее месяца) – у 28 (31,8%), тревожные расстройства средней продолжительности (до 6 мес) – у 24 (27,3%) и длительные (от 6 мес и более) – у 15 (17,0%). В исследовании С.Castillo и соавт. медиана длительности ГТР составляла от 1,5 до 3 мес [18]. В исследовании S.Schultz и соавт. ГТР также были непродолжительными, их длительность не превышала 4,5 мес [32]. Однако M.Aström и P.Burwill и соавт. в своих работах обнаружили, что постинсультное тревожное расстройство длится больше года [13, 16]. Было высказано предположение, что длительное течение в данных исследованиях определяется наличием сопутствующей большой депрессии.

Фобические расстройства в основном были длительными (21 больной из 57), в 1/4 случаев (14 больных) фобии длились от 1 до 6 мес, у 9 больных диагностированы короткие фобии, длвшиеся менее 1 мес, и у 13 больных – транзиторные длительностью менее 2 нед.

При рассмотрении полноты синдрома тревоги в соответствии с критериями DSM-IV было выявлено, что наряду с тревожными состояниями, в которых были представлены все компоненты синдрома (n=62), имели место и субсиндромальные состояния (n=24). Наличие субсиндромальных форм ГТР обнаруживали и другие авторы [17].

При рассмотрении вопроса о коморбидности тревожных расстройств с другими психическими нарушениями у боль-

Рис. 1. Дендрограмма, полученная в результате кластерного анализа симптомов, часто наблюдаемых у больных с тревогой (n=114).



ных, перенесших инсульт, прежде всего определялось соотношение между ГТР, фобиями и депрессией. Данные о частоте изолированных тревожных, фобических, депрессивных расстройств и смешанных состояний длительностью не менее 2 нед представлены на рис. 2. ГТР и депрессивные расстройства часто сопутствовали друг другу (в 23,3% случаев). Фобические расстройства чаще всего сочетались с ГТР (13%).

У большинства больных отмечалось одновременное возникновение и течение депрессии и тревоги. В 1/4 случаев ГТР осложнялись депрессией, несколько реже к депрессии присоединялась тревога, в некоторых случаях тревожное расстройство включало единичный очерченный эпизод депрессии (рис. 3). Интересен факт усиления тревожной симптоматики при присоединении депрессии (II) и ее ослабления после завершения депрессии (III).

Помимо исследования частоты случаев коморбидности тревоги и депрессии представлялось важным изучение взаимовлияния депрессии и тревожных расстройств. Было выявлено влияние депрессии на клинические свойства ГТР. Длительные тревожные состояния наблюдались почти исключительно у больных с депрессиями, тогда как транзиторные – в основном у пациентов без депрессий. Различия в распределении ГТР разной длительности между двумя группами, оцененные по методу χ^2 , были статистически достоверными ($p=0,0006$).

При исследовании влияния депрессии на полноту синдрома ГТР мы оценивали частоту субсиндромальных и развернутых форм тревожных расстройств у больных с депрессиями и без депрессий. В анализ были включены ГТР длительностью не менее 2 нед, так как они одинаково часто были и субсиндромальными, и синдромальными. Транзиторные ГТР были исключены из анализа, так как в большинстве своем они представляли собой неразвернутые формы. Анализ полученных данных показал, что частота развернутых форм ГТР у больных с депрессиями и у пациентов без депрессий была идентичной. Таким образом, появление развернутого тревожного синдрома у больного, по-видимому, обуславливается не столько наличием депрессией, сколько воздействием других факторов.

Анализ распределения больных по возрасту дал следующие результаты: между группами больных с изолированной депрессией, фобиями, сочетанием тревожных и депрессивных расстройств и группой сравнения достоверной разницы не наблюдалось. ГТР были свойственны более молодым пациентам: средний возраст составил $54,6 \pm 9,3$ года в отличие от группы сравнения ($67,1 \pm 11,5$ года), что статистически достоверно ($p=0,003$). R.Robinson и соавт. также относят молодой возраст больных к факторам риска постинсультного ГТР [30].

При изучении влияния пола на развитие тревожных расстройств после инсульта было обнаружено, что у больных с ГТР и в группе пациентов, где депрессии сочетались с ГТР, достоверной разницы по полу не наблюдалось. В группе с фобиями значимо преобладали лица женского пола – 72,0% ($\chi^2=12,11$; $p=0,0005$). Неоднозначность влияния фактора пола на развитие аффективных расстройств известна в литературе. Некоторые авторы к факторам риска постинсультного ГТР относят женский пол [16]. Другие исследования свидетельствуют об отсутствии влияния фактора пола на частоту тревожных расстройств [12, 21].

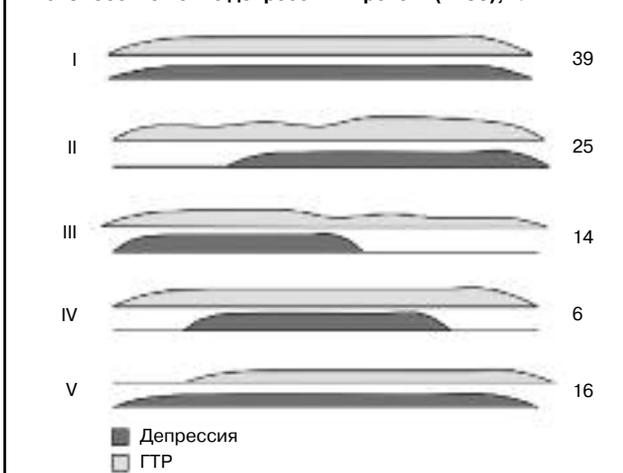
Таким образом, постинсультные ГТР и фобии являются достаточно распространенной патологией, частота которой составляет 43,4 и 22,2% соответственно (от всех больных когорты). В основном постинсультные аффективные нарушения возникают в остром и раннем восстановительном периодах инсульта. Тревожно-фобические расстройства представляют собой спектр разных состояний разной глубины и длительности.

Полученные данные показывают тесную взаимосвязь ГТР и депрессии, но при этом позволяют говорить о воз-

Рис. 2. Частота изолированных и сочетанных форм аффективных расстройств (n=146), %.



Рис. 3. Соотношение депрессии и тревоги (n=33), %.



можности выделения ГТР как относительно независимого синдрома. Прежде всего нужно отметить, что для постинсультного периода характерно появление в 1/4 случаев смешанных (тревожно-депрессивных) форм аффективных расстройств. Кроме того, у наблюдаемых нами больных короткие тревожные состояния чаще были изолированными, не сопровождались депрессиями, тогда как длительные тревожные состояния чаще возникали в сочетании с депрессивными расстройствами. Как известно, для ГТР, наблюдаемых в общей популяции, характерно обратное соотношение: более длительные тревожные расстройства реже сочетаются с депрессивными состояниями. Несмотря на самостоятельность синдрома тревоги подтверждается в том числе и тем, что наличие депрессивных расстройств влияет далеко не на все аспекты клинической картины ГТР.

Интересны данные и о значимом преобладании больных молодого возраста в группе больных с изолированными ГТР и связи развития изолированных фобий преимущественно у лиц женского пола.

Дальнейшие исследования разных аспектов проблемы постинсультных психических нарушений откроют новые возможности более дифференцированной помощи пациентам, перенесшим церебральный инсульт, позволят значительно улучшить качество их жизни и восстановление утраченных функций.

Литература/References

1. Давыдов А.Т., Литвинцев С.В., Бутко Д.Ю. и др. Опыт диагностики и лечения тревожного расстройства в постинсультном периоде у больных, перенесших ишемический инсульт. ПМЖ. 2008; 16 (5). / Davydov A.T., Litvitnev S.V., Butko D.Iu. i

- dr. Opyt diagnostiki i lecheniia trevozhnogo rasstroivstva v postinsul'tnom periode u bol'nykh, perenessikh ishemicheskii insul't. RMZh. 2008; 16 (5). [in Russian]
2. Давыдов А.Т., Литвинцев С.В., Бутко Д.Ю. и др. Опыт диагностики и лечения тревожного расстройства в постинсультном периоде у больных, перенесших ишемический инсульт. Рус. мед. журн. 2010; 12. / Davydov A.T., Litvinsev S.V., Butko D.Yu. i dr. Opyt diagnostiki i lecheniia trevozhnogo rasstroivstva v postinsul'tnom periode u bol'nykh, perenessikh ishemicheskii insul't. Rus. med. zhurn. 2010; 12. [in Russian]
 3. Дамулин И.В. Постинсультные двигательные расстройства. Consilium Medicum. 2003; 5 (2): 64–70. / Damulin I.V. Postinsul'tnyye dvigatel'nye rasstroivstva. Consilium Medicum. 2003; 5 (2): 64–70. [in Russian]
 4. Дамулин И.В. Особенности депрессии при неврологических заболеваниях. Фарматека. 2005; 17: 25–34. / Damulin I.V. Osobennosti depressii pri nevrologicheskikh zabolevaniyakh. Farmateka. 2005; 17: 25–34. [in Russian]
 5. Ермакова Н.Г. Психологическая коррекция в реабилитации больных с выраженными двигательными и когнитивными нарушениями после инсульта. Известия Рос. гос. пед. ун-та им. А.И.Герцена. 2010; 128. / Ermakova N.G. Psikhologicheskaya korrektsiia v rehabilitatsii bol'nykh s vyrazhennymi dvigatel'nymi i kognitivnymi narusheniyami posle insul'ta. Izvestiia Ros. gos. ped. un-ta im. A.I.Gertsena. 2010; 128. [in Russian]
 6. Калинин П.П., Назаров В.В., Улитина М.М. Тревожно-депрессивные расстройства в восстановительном периоде ишемического инсульта. Consilium Medicum. 2010; 12 (2). / Kalinskii P.P., Nazarov V.V., Ulitina M.M. Trevozhno-depressivnye rasstroivstva v vosstanovitel'nom periode ishemicheskogo insul'ta. Consilium Medicum. 2010; 12 (2). [in Russian]
 7. Лященко Е.А. Аспекты терапии тревожных расстройств у постинсультных больных. Рус. мед. журн. 2010. / Liaschenko E.A. Aspekty terapii trevozhnykh rasstroivstv u postinsul'tnykh bol'nykh. Rus. med. zhurn. 2010. [in Russian]
 8. Маркин С.П. Терапия постинсультных депрессий. Материалы конференции «Терапия постинсультных депрессий», 2012. / Markin S.P. Terapiia postinsul'tnykh depressii. Materialy konferentsii «Terapiia postinsul'tnykh depressii», 2012. [in Russian]
 9. Петрова Е.А., Концевой В.А., Савина М.А. и др. Депрессивные расстройства у больных с церебральным инсультом. Журн. неврологии и психиатрии. 2009; 109 (2): 4–9. / Petrova E.A., Kontsevoi V.A., Savina M.A. i dr. Depressivnye rasstroivstva u bol'nykh s serebral'nym insul'tom. Zhurn. nevrologii i psikhiiatrii. 2009; 109 (2): 4–9. [in Russian]
 10. Рачин А.П., Михайлова Е.В. Депрессивные и тревожные расстройства. М.: ГЕОТАР-Медиа, 2010. / Rachin A.P., Mikhailova E.V. Depressivnye i trevozhnye rasstroivstva. GEOTAR-Media, 2010. [in Russian]
 11. Angst J, Vollrath M. The natural history of anxiety disorders. Acta Psychiatrica Scandinavica 1991; 84: 446–52.
 12. Aström M, Adolfsson R, Asplund K. Major depression in stroke patients: a 3-year longitudinal study. Stroke 1993; 24: 976–82.
 13. Aström M. Generalized Anxiety Disorder in Stroke Patients. A 3-year longitudinal study. Stroke 1996; 27: 270–5.
 14. Broda M. Wahrnehmung und Bewältigung chronischer Krankheiten. Eine Vergleichsstudie unterschiedlicher Krankheitsbilder. Deutscher Studienverlag. Weinheim 1987.
 15. Brown C, Schulberg HC, Madonia MJ, Shear M.K. Treatment outcomes for primary care patients with major depression and lifetime anxiety disorders. Am J Psychiatry 1996; 153: 1293–300.
 16. Burwill PW, Johnson GA, Jamrozik KD et al. Anxiety disorders after stroke: results from the Perth community stroke study. Br J Psychiatry 1995; 166 (3): 328–32.
 17. Castillo CS, Strakstein SE, Fedoroff JP et al. Generalized anxiety disorder following stroke. J Nerv Ment Dis 1993; 81: 100–6.
 18. Castillo CS, Schultz SK, Robinson RG. Clinical correlates of early-onset and late-onset poststroke generalized anxiety. Am J Psychiatry 1995; 152 (8): 1174–9.
 19. Durham RC, Allan T, Hackett CA. On predicting improvement and relapse in generalized anxiety disorder following psychotherapy. Br J Clin Psychol 1997; 36: 101–19.
 20. Freud S. Über Berechtigung von Neurasthenie einen bestimmten Symptomkomplex als "Angstneurose" abzutrennen. Im F. Deutike Verlag. Leipzig und Wien, 1895.
 21. Hackett M, Anderson CS. Predictors of Depression after Stroke A Systematic Review of Observational Studies. Stroke 2005; 36: 2296–031.
 22. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. Br J Med Psychol 1959; 32: 50–5.
 23. Herrmann N, Black SE, Lawrence J et al. The Sunnybrook Stroke Study: A prospective study of depressive symptoms and functional outcome. Stroke 1998; 29: 618–24.
 24. Klein DF, Fink M. Psychiatric reactiob patterns to imipramine. Am J Psychiatry 1962; 433–8.
 25. Kraepelin E. Psychiatrie. Ein Lehrbuch fuer Studierende und Arzte (achte, vollstKndich umgearbeitete Auflage). Leipzig: Verlag von Johann Ambrosius Barth, 1913.
 26. Kuptniratsaikul V, Kovindha A, Dajpratham P, Piravej K. Main outcomes of stroke rehabilitation: a multi-centre study in Thailand. J Rehabil Med 2009; 41 (1): 54–8.
 27. Leppavuori A, Pohjasvara N, Vataja R et al. Generalized anxiety disorder three to four month after ischemic stroke. Cardiovascular Dis 2003; 16 (3): 257–64.
 28. Marks LM. The classification of phobic disorders. Br J Psychiatry 1970; 116: 377–86.
 29. Paykel ES. Classification of depressed patients: a cluster analysis derived grouping. Br J Psychiatr Mar 1971; 118 (554): 275–88.
 30. Robinson RG. The clinical neuropsychiatry of stroke. Cognitive, behavioral and emotional disorders following vascular brain injury. Second edition 2006; p. 319–21.
 31. Sagen U, Vik TG, Moum T et al. Screening for anxiety and depression after stroke: comparison of the hospital anxiety and depression scale and the Montgomery and Asberg depression rating scale. J Psychosom Res 2009; 67 (4): 325–32.
 32. Schultz SK, Castillo CS, Kosier JT et al. Generalized anxiety and depression following stroke. Am J Geriatr Psychiatr 1997; 5: 229–37.
 33. Shimoda K, Robinson RG. Effect of anxiety disorder in impairment and recovery from stroke. J Neuropsychiatr Clin Neurosci 1998; 10: 34–40.
 34. Spitzer RL, Williams JBW. Diagnostic issues in the DSM-IV classification of anxiety disorders. In: Psychiatry update. American Psychiatric Association Annual Review. American Psychiatric Press, Washington D.C. 1984; p. 392–402.
 35. Starkstein SE, Robinson RG, Honig MA et al. Mood changes after right-hemisphere lesions. Br J Psychiatry 1989; 155: 79–85.
 36. Strine TW, Chapman DP, Kobau R et al. Associations of self-reported anxiety symptoms with health-related quality of life and health behaviors. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2005; 40 (6): 432–8.
 37. Wittchen HU, Zhao S, Kessler RC, Eaton WW. DSM-III-R generalized anxiety disorder in National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1994; 52: 355–64.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Петрова Елизавета Алексеевна – д-р мед. наук, доц. каф. фундаментальной и клинической неврологии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова. E-mail: elizapetr@rambler.ru

Кольцова Евгения Александровна – канд. мед. наук, доц. каф. фундаментальной и клинической неврологии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова

Савина Мария Александровна – канд. мед. наук, науч. сотр. ФГБНУ НЦПЗ