



Научная статья | Original paper

## Особенности функционирования когнитивных процессов при субъективном ощущении их нарушения в период после перенесенного инсульта

С.О. Лебедева<sup>1</sup> ✉, И.С. Морозова<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Кемеровский государственный университет, Кемерово, Российская Федерация

✉ lebedeva.sofi@yandex.ru

### Резюме

**Контекст и актуальность.** Когнитивные нарушения являются распространенным осложнением инсульта, приводящим к существенной дезадаптации и утрате навыков самообслуживания. Вследствие органического поражения и эмоциональных расстройств не все пациенты способны адекватно оценить уровень собственного здоровья, поэтому диагностика когнитивных нарушений вне зависимости от наличия либо отсутствия жалоб приобретает особую значимость для своевременной коррекции расстройств и улучшения качества жизни постинсультных больных. **Цель:** рассмотреть специфику постинсультного протекания когнитивных процессов при субъективном ощущении наличия расстройств различной интенсивности. **Гипотеза.** Объективное состояние когнитивной сферы после эпизода острого нарушения мозгового кровообращения частично соответствует субъективным представлениям больных об имеющихся у них нарушениях. **Методы и материалы.** В исследовании приняли участие 50 человек в возрасте от 16 до 84 лет, перенесших инсульт. В качестве диагностического инструментария использовались: опросник Макнера и Кана, Адденбрукская модифицированная когнитивная шкала, методика «Пиктограмма», тест зрительной ретенции Бентона, «Таблицы Шульце», опросник Гордона, методика «Круги» Вартега, тест Масселона, Батарея тестов для оценки лобной дисфункции, Госпитальная шкала тревоги и депрессии. **Результаты.** Большая выраженность объективных когнитивных расстройств, а также депрессии наблюдалась у лиц, отмечающих наличие существенных нарушений в собственном когнитивном функционировании. Выявлена склонность к преувеличению когнитивного дефицита у людей, не имеющих объективных проявлений когнитивных нарушений, и склонность к недооценке имеющихся расстройств у людей с выявленными умеренными когнитивными нарушениями. **Выводы.** Представления пациентов о собственных когнитивных возможностях не всегда соответствуют объективному состоянию, поэтому диагностика необходима для выявления потенциально обратимых когнитивных нарушений и их своевременной коррекции.

**Ключевые слова:** инсульт, когнитивные процессы, когнитивные нарушения, постинсультные когнитивные нарушения, субъективные когнитивные нарушения, анозогнозия

---

**Для цитирования:** Лебедева, С.О., Морозова, И.С. (2026). Особенности функционирования когнитивных процессов при субъективном ощущении их нарушения в период после перенесенного инсульта. *Экспериментальная психология*, 19(1), 87–102. <https://doi.org/10.17759/exppsy.2026190106>



## Features of functioning of cognitive processes at subjective feeling of their violation in the post-stroke period

S.O. Lebedeva<sup>1</sup> ✉, I.S. Morozova<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Kemerovo State University, Kemerovo, Russian Federation

✉ lebedeva.sofi@yandex.ru

### Abstract

**Context and relevance.** Cognitive impairment is a common complication of a stroke and leads to dysadaptation and loss of self-care skills. Due to organic brain syndrome and emotional disorders, not all patients are able to adequately assess their own health. Therefore, diagnostics of cognitive impairment is necessary for timely correction of disorders and improvement of the quality of life of post-stroke patients. **Objective:** to consider the specifics of post-stroke cognitive functioning in people who feel the presence of disorders of different intensity. **Hypothesis.** The objective condition of the cognitive sphere after a stroke partially correlates with the patients' perception about their disorders. **Methods and materials.** Study attended by respondent aged 16 to 84 years who had suffered a stroke. Methods: McNair and Kahn Scale, Pictogram Method, Schulte Table Test, Benton Visual Retention Test (BVRT), Masselon Test, Gordon's questionnaire, Wartegg Test ("Circles"), Frontal Assessment Battery (FAB), Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). **Results.** The results of the study demonstrate that people with more pronounced subjective cognitive impairments have more pronounced objective cognitive impairment and depressive disorders. People without objective cognitive deficits tend to exaggerate the symptoms of cognitive impairment. People with moderate objective cognitive deficits tend to downplay their impairments. **Conclusions.** Patients' perception of their cognitive abilities doesn't always correlate with objective condition. Diagnosis of cognitive impairment is important for identifying and correcting potentially reversible disorders.

**Keywords:** stroke, cognitive processes, cognitive impairment, post-stroke cognitive impairment, subjective cognitive impairment, anosognosia

---

**For citation:** Lebedeva, S.O., Morozova, I.S. (2026). Features of functioning of cognitive processes at subjective feeling of their violation in the post-stroke period. *Experimental Psychology (Russia)*, 19(1), 87—102. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/exppsy.2026190106>

### Введение

Постинсультные когнитивные расстройства нередко становятся одной из главных причин бытовой, социальной и профессиональной дезадаптации, в отдельных случаях приводящих к утрате навыков самообслуживания, несмотря на возможное отсутствие выраженной двигательной дисфункции. Само наличие когнитивных расстройств в постинсультном периоде свидетельствует о серьезном органическом поражении структур головного мозга и существенном истощении церебральных резервов, и, поскольку процессы восстановления на нейрональном уровне схожи с процессами когнитивного функционирования, присутствие когнитивных расстройств может стать маркером ослабления способности к репаративной регенерации поврежденных структур (Гришина, Захаров, 2019).

Когнитивные нарушения, возникающие после инсульта, как правило, имеют сосудистую природу и включают расстройства речи, внимания, памяти, регуляторных и зрительно-пространственных функций, гнозиса, праксиса (Емелин, Лобзин, 2022; Milosevich et al., 2024), а также сопровождаются общим снижением скорости обработки информации



(Verstraeten et al., 2023). В некоторых случаях расстройства функционирования когнитивных процессов могут обнаруживаться уже в доинсультный период (Гришина, Захаров, 2019; Парфенов и др., 2012; Serrano et al., 2007), как и наличие нейродегенеративного процесса, для декомпенсации которого при сохранности гиппокампа и прилежащих к нему структур характерны в том числе и мнестические расстройства, развивающиеся по гиппокампальному типу, тогда как при поражениях мозга сосудистого генеза мнестический дефицит нередко связан с брадифренией, повышенной истощаемостью, колебаниями внимания и общим снижением нейродинамических показателей (Захаров, Вахнина, 2018).

Еще одним немалозначимым когнитивным расстройством, дебютирующим на фоне сосудистой, нейродегенеративной либо психической патологии (Григорьева, Сорокина, 2020; Bhat, 2016), можно назвать нарушение осознания собственного состояния (Сарра, 2024), которое, в свою очередь, является важной составляющей самосознания. До недавних пор отрицание болезни чаще рассматривалось в контексте двигательных нарушений и связывалось с феноменом анозогнозии, описанным J. Babinski в 1914 году (Langer, Levine, 2014), однако в последнее время в данное понятие включаются также расстройства осознания нарушений в эмоциональной и когнитивной сферах.

Анозогнозия как гемиплегии, так и когнитивных расстройств, включая отсутствие осознания нарушений памяти, внимания, речи, в наибольшей степени проявляется в остром периоде инсульта и выявляется примерно у 30% пациентов. При этом, имея тенденцию к регрессу симптоматики с течением времени (Starkstein, Jorge, Robinson, 2010), в начале восстановительного периода отрицание болезни регистрируется в 18% случаев (Григорьева, Сорокина, 2016).

Развитию анозогнозии может способствовать как органическое поражение и рассогласованность структур мозга, так и включение механизмов психологической защиты, что находит отражение в схожей клинической картине, сопряженной со снижением уровня эмпатии и эмоциональной чувствительности (Григорьева, Сагильдина, Карова, 2011; Prigatano, 2005). На основании этого G. Prigatano и P.S. Klonoff выдвинули предположение о взаимосвязи и равнозначности данных механизмов и возможности выделения не только полной формы отрицания болезни, но и частичной, когда, при осознании болезни в целом, некоторые изменения в поведении и состоянии, а также последовательность ошибочных действий в определенных сферах остаются незамеченными (Prigatano, Klonoff, 1998; Григорьева, Сагильдина, Карова, 2011). Полной анозогнозии нередко предшествует двустороннее повреждение структур головного мозга (Григорьева, Сорокина, 2020). В то же время возникновение анозогнозии когнитивной дисфункции мало зависит от местоположения патологического очага, а комплексные нарушения восприятия как собственного когнитивного состояния, так и двигательных возможностей в большей степени наблюдаются при правосторонних инсультах (Агафонова и др., 2018). При этом существуют исследования, исключающие возможность развития двигательной анозогнозии без наличия анозогнозии когнитивных расстройств и указывающие на значимость вовлечения лобных долей для формирования нарушения осознания когнитивной дисфункции и вовлечения задних отделов правого полушария для расстройства осознания гемиплегии (Григорьева, Сорокина, 2016). Частичное отрицание болезни нередко рассматривают относительно гетеромодальных ассоциативных зон коры головного мозга, обеспечивающих интеграцию сенсорных стимулов и двустороннюю связь с первичными и унимодальными областями, а также подкорковыми структурами. Так, нарушение осознания расстройств поведенческого контроля и планирования связыва-



ют с повреждением гетеромодальных ассоциативных областей в лобных долях; искаженное восприятие паралича — с поражением в теменных долях; нарушение осознания расстройств памяти и речи — с изменениями в височных долях; трудности осознания корковой слепоты и невозможности идентификации объектов — с поражением гетеромодальных ассоциативных зон затылочных долей (Григорьева, Сорокина, 2020; Prigatano, 2005).

Наличие как полной, так и частичной анозогнозии существенно снижает реабилитационный потенциал и эффективность терапевтических мероприятий. Такие пациенты, как правило, недооценивая серьезность возникших расстройств (El Husseini et al., 2023), пренебрегают либо вовсе отказываются от дальнейшего лечения (Григорьева, Сагильдина, Карова, 2011).

Помимо отрицания болезни, обращают на себя внимание и обратные состояния, при которых пациенты предъявляют жалобы на негативные изменения в когнитивном функционировании, отмечая у себя расстройства памяти, речевой активности, снижение скорости мыслительных процессов и толерантности к умственным нагрузкам, но эти жалобы не подтверждаются в процессе дальнейшего нейропсихологического обследования (Гнедовская и др., 2018; Lauriola et al., 2024). Подобные субъективные когнитивные нарушения достаточно распространены у людей всех возрастных групп (Лебедева, 2024) и нередко связаны с наличием тревожно-депрессивных расстройств (Kusec, Demeyere, 2024; Szyszkowska, Bala, 2023) и неврозов, однако они могут являться маркерами продромального периода истинного когнитивного снижения, а также дементирующего процесса (Преображенская, 2013; Xu et al., 2023). Диагностика когнитивных расстройств может быть затруднена и в связи с высоким преморбидным интеллектуальным уровнем пациента, позволяющим результатам тестирования долгое время оставаться в пределах среднестатистического норматива, несмотря на наличие снижения. Кроме того, пациенты, не имеющие существенного когнитивного дефицита, зачастую гиперболизируют когнитивные жалобы, в то же время люди с подтвержденными в процессе нейропсихологического обследования когнитивными расстройствами, степень выраженности которых можно охарактеризовать как умеренную, имеют предрасположенность к редуцированию значимости и объема имеющихся нарушений (Edmonds et al., 2014). Также недооценка объема возникшей когнитивной дисфункции присуща людям с диагностированными признаками болезни Альцгеймера (Васенина, Левин, 2015).

Вне зависимости от наличия либо отсутствия когнитивных жалоб, состояние после перенесенного инсульта требует усиленной когнитивной диагностики, так как вследствие органического поражения и эмоциональных расстройств, сопровождающих постинсультный период, не все пациенты способны адекватно воспринять и оценить уровень собственного здоровья. Такая диагностика чрезвычайно актуальна и значима для обнаружения потенциально обратимых когнитивных изменений и их своевременной терапии, что предопределило **цель исследования** — рассмотреть специфику постинсультного протекания когнитивных процессов при субъективном ощущении наличия расстройств различной интенсивности, и **гипотезу** — объективное состояние когнитивной сферы после эпизода острого нарушения мозгового кровообращения частично соответствует субъективным представлениям больных об имеющихся у них нарушениях. Новизна исследования заключается в выявлении специфики постинсультного протекания когнитивных процессов при субъективном ощущении наличия расстройств различной интенсивности, проявляющейся в частичном соответствии объективному состоянию когнитивной сферы после эпизода острого нарушения мозгового кровообращения.



## Методы и материалы

**Выборка.** Было обследовано 50 человек — 28 (56%) женщин и 22 (44%) мужчины с диагностированным эпизодом острого нарушения мозгового кровообращения, произошедшим от 1 месяца до 7 лет назад. У 28 (56%) респондентов наблюдался ишемический инсульт, у 22 (44%) — геморрагический. Локализация патологического очага преимущественно являлась левосторонней, что определялось у 30 (60%) испытуемых; у 20 (40%) выявлено правостороннее поражение. Возраст обследованных варьировался от 16 до 84 лет.

**Методики и процедура.** Установление наличия либо отсутствия субъективных когнитивных нарушений производилось при помощи шкалы оценки собственного состояния (опросник Макнера и Кана) (Солгалова, Кечеджиева, Васильева, 2021). С учетом установленного авторами опросника порогового значения в 42 балла, превышение которого предполагает наличие когнитивных расстройств, были сформированы две экспериментальные группы. В первую вошли 24 участника с относительно сохранным субъективным уровнем когнитивных способностей. Вторую составили 26 человек, у которых отмечалось появление различной негативной когнитивной симптоматики.

Для всестороннего исследования объективного когнитивного и эмоционального статуса в период после перенесенного инсульта испытуемым последовательно предъявлялся стимульный материал следующих методик: Таблицы Шульте (Альманах психологических тестов, 1995), предназначенные для определения специфики протекания процессов внимания; «Пиктограмма» (Рубинштейн, 1999), направленная на выявление особенностей запоминания; тест зрительной ретенции Бентона (Вассерман, Дорофеева, Меерсон, 1997), позволяющий получить представление о своеобразии визуально-пространственного восприятия и зрительной памяти; Метод трех слов (тест Масселона) (Водяха, 2018), имеющий значимость для оценки функциональности вербального воображения; методика «Круги», разработанная Э. Вартегом и предназначенная для установления специфики несловесного воображения и уточнения отдельных аспектов протекания мыслительных процессов (Ильин, 2009); Метод определения яркости и контролируемости представлений путем самооценки (опросник Гордона), направленный на определение способности к мысленному воссозданию зрительных образов путем самооценки (Ричардсон, 2006); Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), позволяющая определить степень проявления расстройств тревожного и депрессивного спектра (Дробижев, Изнак, 1993).

После завершения работы над вышеперечисленным материалом производился возврат к следующей фазе методики «Пиктограмма». Дальнейшее исследование проводилось с использованием комплексных системных методик — преобразованной Адденбрукской когнитивной шкалы (ACE-R) (Левин и др., 2015) и Батарей лобной дисфункции (FAB) (Яхно, Захаров, Локшина, 2011).

**Статистические методы.** В рамках исследования, после предварительной проверки на нормальность, были использованы t-критерий Стьюдента и U-критерий Манна-Уитни, примененные на независимых выборках.

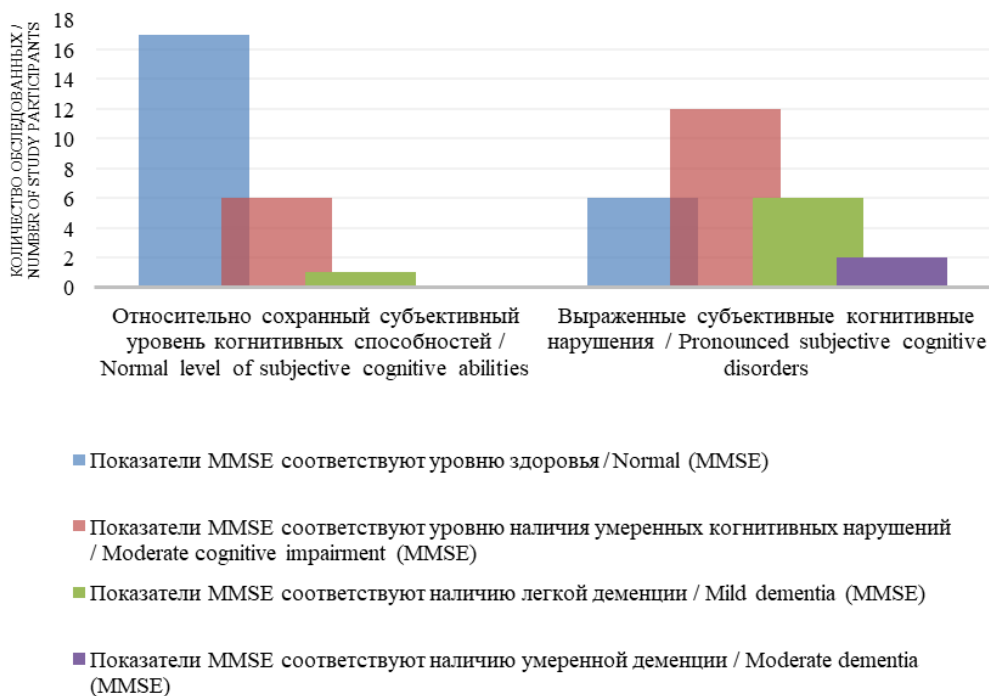
## Результаты

В результате анализа данных ACE-R было обнаружено, что когнитивный дефицит имел более высокую степень проявления у испытуемых, ощущающих наличие существенных патологических изменений в функционировании собственных познавательных процессов ( $p < 0,001$ ), что отражает средний коэффициент показателей, находящийся на уровне  $79,8 \pm 9,06$ , тогда как



у участников исследования с относительно сохранным, эквивалентным доинсультному периоду уровнем когнитивных способностей данное значение составило  $91,1 \pm 6,1$ .

Для дифференциации выявленных нарушений были проанализированы данные шкалы Краткой оценки психического статуса (MMSE), являющейся в том числе и составной частью ACE-R. В целом, оценку своего когнитивного состояния постинсультными больными, принявшими участие в исследовании, можно назвать адекватной: из 24 человек, составивших первую экспериментальную группу, 17 (70,8%) имели показатели, соответствующие уровню здоровья по MMSE, 6 (25%) — показатели, указывающие на наличие умеренных когнитивных нарушений. У 1 (4,2%) обследованного, не отмечающего существенных изменений в собственном когнитивном функционировании, были обнаружены показатели, предполагающие наличие легкой деменции, что может быть ассоциировано с нарушением осознания собственного заболевания или являться следствием изолированного грубого когнитивного снижения. Во второй экспериментальной группе, участники которой обращали внимание на появление выраженного постинсультного когнитивного дефицита, показатели MMSE, соответствующие нормативным, были выявлены у 6 (23,1%) из 26 человек, что может быть связано с наличием расстройств тревожно-депрессивного спектра, а также свидетельствовать о скором дебютировании объективных нарушений. Уровень проявления объективных расстройств познавательной деятельности 12 (46,1%) испытуемых был определен как умеренный, 6 (23,1%) — соответствующий наличию легкой деменции, 2 (7,7%) — умеренной деменции. Полученные данные наглядно отражены на диаграмме (рис. 1).



**Рис. 1.** Соотношение выраженности субъективных когнитивных нарушений и объективных когнитивных нарушений, установленных при помощи MMSE  
**Fig. 1.** The ratio of subjective cognitive impairment and objective cognitive impairment (MMSE)



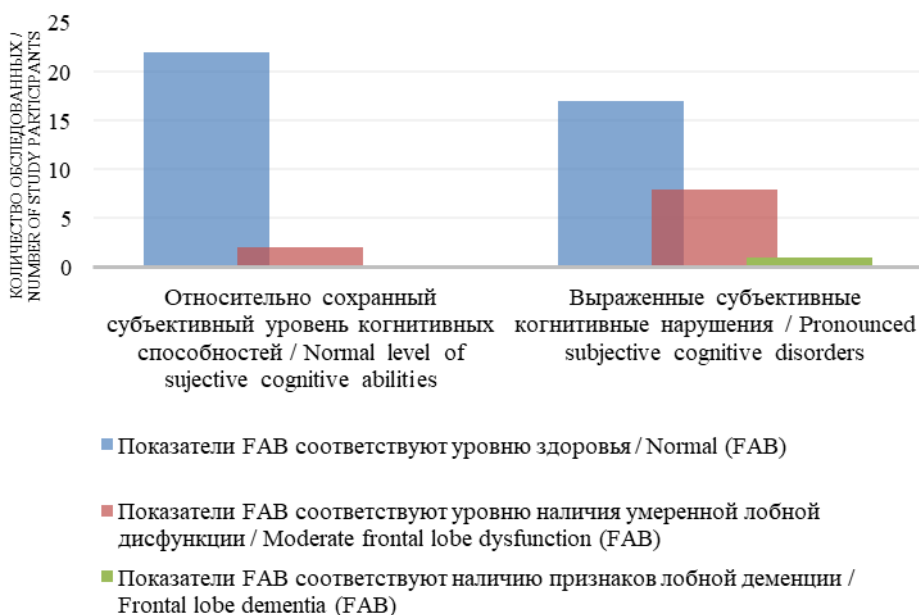
Наряду с этим, рассматривая отдельные домены, входящие в состав ACE-R, можно отметить наличие достоверных различий в объеме патологических изменений функционирования познавательных процессов у людей с разным субъективным восприятием когнитивной дисфункции. Так, у участников исследования, в выраженной степени ощущающих наличие когнитивных нарушений, были обнаружены более низкие показатели в доменах «Внимание и ориентация» ( $p < 0,001$ , среднее значение показателей в первой группе —  $17,1 \pm 1,3$ , во второй —  $15,5 \pm 1,7$ ); «Память» ( $p < 0,001$ , среднее значение показателей в первой группе —  $23,6 \pm 1,8$ , во второй —  $19,3 \pm 3,4$ ), «Речь» ( $p < 0,01$ , среднее значение показателей в первой группе —  $24,9 \pm 1,5$ , во второй —  $22,6 \pm 3,2$ ), «Речевая активность» ( $p < 0,001$ , среднее значение показателей в первой группе —  $11,4 \pm 1,8$ , во второй —  $9,8 \pm 1,4$ ), «Зрительно-пространственные функции» ( $p < 0,001$ , среднее значение показателей в первой группе —  $14,2 \pm 1,4$ , во второй —  $12,6 \pm 1,3$ ).

Стоит обратить внимание и на тот факт, что наибольшее объективное когнитивное снижение у людей, ощущающих выраженные постинсультные когнитивные расстройства, наблюдались в доменах «Память» (снижение в среднем на 25,8%) и «Речевая активность» (снижение в среднем на 30%). Однако такие изменения в большинстве случаев носят вторичный характер и связаны преимущественно с общей нейродинамической заторможенностью, а также снижением скорости обработки поступающей информации. В группе людей с менее выраженным субъективным когнитивным дефицитом объективные расстройства наиболее часто наблюдались в доменах «Речевая активность» (снижение в среднем на 18,6%) и «Зрительно-пространственные функции» (снижение в среднем на 11,2%). Среди участников обеих экспериментальных групп наибольшую частоту встречаемости имели жалобы на ухудшение функционирования процессов памяти.

Эмпирические данные FAB, подвергнутые детальному анализу с целью установления распространенности лобной дисфункции у людей с выраженным ощущением когнитивного неблагополучия и людей, не предъявляющих существенных жалоб на ухудшение ментального здоровья, свидетельствуют об отсутствии статистически значимой разницы в степени проявления выявленных расстройств ( $p > 0,05$ ) и позиционировании полученных результатов на уровне  $16,6 \pm 0,9$  в первой группе и  $15,7 \pm 1,7$  во второй. При этом из 24 человек, составивших первую экспериментальную группу, у 2 (8,3%) обследованных была диагностирована умеренная лобная дисфункция. Лобное функционирование 22 (91,6%) участников данной группы можно охарактеризовать как нормальное.

Вместе с тем, было обнаружено, что из 26 человек, вошедших во вторую экспериментальную группу, 17 (65,3%) не имели существенных изменений лобного типа в функционировании познавательных процессов, возникших в постинсультный период, несмотря на предъявление выраженных когнитивных жалоб. Нарушение лобного функционирования 7 (26,9%) испытуемых можно назвать умеренным. Показатели 1 (3,8%) участника исследования позволяют предположить наличие деменции, ассоциированной с доминирующим повреждением лобных долей, что наглядно отражено на диаграмме (рис. 2).

Анализируя полученные в процессе применения методики «Пиктограмма» результаты, стоит обратить внимание на объективное преобладание нарушений у участников исследования, когнитивное состояние которых, по субъективной оценке, претерпевает существенные негативные изменения:  $p < 0,001$ , усредненный коэффициент установленных в процессе эмпирического исследования данных —  $12,8 \pm 2,7$ , в свою очередь, данное значение, обна-



**Рис. 2.** Соотношение выраженности субъективных когнитивных нарушений и лобной дисфункции, установленной при помощи FAB  
**Fig. 2.** The ratio of subjective cognitive impairment and frontal lobe dysfunction (FAB)

руженное у людей с субъективным уровнем когнитивного благополучия либо ощущением легких ментальных расстройств находилось на уровне  $15,91 \pm 2,08$ .

Данные теста зрительной ретенции Бентона также свидетельствуют о том, что участники исследования, когнитивная дисфункция которых по субъективной оценке достигает наиболее выраженного уровня проявления, имеют более низкие результаты:  $p < 0,001$ , среднее значение показателей в первой группе —  $7,1 \pm 1,4$ , во второй —  $5,5 \pm 1,1$ .

Наряду с этим у людей, отмечающих у себя более резкое проявление когнитивного дефицита, выявлена большая выраженность расстройств и в функционировании процессов внимания ( $p < 0,001$ ). Так, по данным методики «Таблицы Шульте», среднее время, затраченное на выполнение задания, у участников данной группы соответствовало значению  $62,03 \pm 12,6$ , тогда как у людей без ощущения выраженной когнитивной дисфункции это значение находилось на уровне  $45,3 \pm 11,1$ .

В процессе анализа полученных эмпирических данных, в частности теста Гордона, было установлено, что способность к манипулированию пространственными образами не коррелирует с интенсивностью субъективного ощущения расстройств познавательных процессов ( $p > 0,05$ , среднее значение показателей в первой группе —  $23,1 \pm 1,5$ , во второй —  $22,5 \pm 2,4$ ). Данные теста Масселона также свидетельствуют о сопоставимости показателей и отсутствии достоверных различий в функционировании вербального воображения у участников двух экспериментальных групп ( $p > 0,05$ , среднее значение показателей в первой группе —  $8,9 \pm 3,1$  во второй —  $7,1 \pm 2,8$ ). Равномерное снижение показателей может быть объяснено уменьшением речевой активности, повышенной истощаемостью, некой психомоторной заторможенностью, связанной с дизрегуляторным синдромом и в той или иной степени наблюдающейся у подавляющего большинства постинсультных больных. Оценка функционирования невербального во-



ображения производилась путем анализа данных методики «Круги» Вартега в рамках трех компонентов: «Гибкость мышления», «Оригинальность мышления», «Беглость мышления». Была выявлена достоверная дифференциация показателей и усиленное проявление патологических изменений у участников исследования, предъявляющих множественные когнитивные жалобы, по составляющим «Беглость мышления» ( $p < 0,001$ , средний индекс полученных результатов в первой группе —  $17,25 \pm 2,9$ , во второй —  $13,7 \pm 3,8$ ) и «Оригинальность мышления» ( $p < 0,05$ , среднее значение показателей в первой группе —  $1,8 \pm 1,5$ , во второй —  $0,9 \pm 1,4$ ). При этом статистически значимых различий по компоненту «Гибкость мышления» обнаружить не удалось ( $p > 0,05$ ), среднее значение показателей у участников исследования с выраженными субъективными когнитивными расстройствами —  $2,9 \pm 1,05$ , у людей, не отмечающих существенных изменений в собственном когнитивном состоянии после перенесенного инсульта, —  $3,4 \pm 1,2$ .

Для выявления различий в интенсивности эмоциональных расстройств у людей с разным восприятием своего когнитивного состояния были проанализированы данные HADS. Установлено, что проявление депрессии имело большую выраженность у обследованных, в большей степени ощущающих негативные изменения в собственном когнитивном функционировании ( $p < 0,001$ , средний индекс выраженности расстройств в первой группе —  $5,75 \pm 2,1$ , в то время как во второй сформированной группе —  $8,1 \pm 2,6$ ). Тем не менее, суждение об эквивалентности показателей, отражающих интенсивность тревоги у людей, не отмечающих существенных изменений в собственном когнитивном функционировании, и у людей с субъективным ощущением наличия резко выраженной негативной когнитивной симптоматики, дебютировавшей после инсульта, не находит достоверного подтверждения ( $p > 0,05$ , усредненный индекс выраженности расстройств в первой группе —  $6,25 \pm 1,75$ , во второй —  $7 \pm 2,2$ ). Полученные в процессе исследования данные наглядно отображены в таблице.

Таблица / Table

**Показатели когнитивного функционирования у людей с относительно сохранным субъективным уровнем когнитивных способностей и людей с выраженными субъективными когнитивными нарушениями**  
**Scores of cognitive functioning in people with relatively uninjured cognitive abilities and people with pronounced subjective cognitive impairment**

Показатели когнитивного функционирования / Indicators of cognitive functioning		Относительно сохранный субъективный уровень когнитивных способностей / Normal level of subjective cognitive abilities	Выраженные субъективные когнитивные нарушения / Pronounced subjective cognitive impairment	Разница, p / P values
ACE-R	Общий балл / General score	91,1±6,1	79,8±9,06	<0,001*
	Внимание и ориентация / Attention and orientation	17,1±1,3	15,5±1,7	<0,001*
	Память / Memory	23,6±1,8	19,3±3,4	<0,001*
	Речь / Language	24,9±1,5	22,6±3,2	<0,01*
	Речевая активность / Fluency	11,4±1,8	9,8±1,4	<0,001*
	Зрительно-пространственные функции / Visuospatial	14,2±1,4	12,6±1,3	<0,001*



Показатели когнитивного функционирования / Indicators of cognitive functioning		Относительно сохранный субъективный уровень когнитивных способностей / Normal level of subjective cognitive abilities	Выраженные субъективные когнитивные нарушения / Pronounced subjective cognitive impairment	Разница, p / P values
FAB	Лобное функционирование / Frontal lobe functioning	16,6±0,9	15,7±1,7	>0,05
Пиктограмма / Pictogram Method	Опосредованное запоминание / Mediated remembering	15,91±2,08	12,8±2,7	<0,001*
Тест зрительной ретенции Бентона / Benton Visual Retention Test	Зрительная память, визуально-пространственное восприятие / Visual memory, visuospatial perception	7,1±1,4	5,5±1,1	<0,001*
Таблицы Шульце / Schulte Table Test	Внимание / Attention	45,03±11,1	62,03±12,6	<0,001*
Опросник Гордона / Gordon's questionnaire	Оперирование пространственными образами / Operation of spatial images	23,1±1,5	22,5±2,4	>0,05
Тест Масселона / Masselon Test	Вербальное воображение / Verbal imagination	8,9±3,1	7,1±2,8	>0,05
Методика «Круги» Вартега / Wartegg Test "Circles"	Беглость мышления / Fluency of thinking	17,25±2,9	13,7±3,8	<0,001*
	Гибкость мышления / Flexibility of thinking	3,4±1,2	2,9±1,05	>0,05
	Оригинальность мышления / Originality of thinking	1,8±1,5	0,9±1,4	<0,05*
HADS	Депрессия / Depression	5,75±2,1	8,1±2,6	<0,001*
	Тревога / Anxiety	6,25±1,75	7±2,2	>0,05

Примечание: «\*» — различия достоверны.

Note: «\*» — statistically significant result.

### Обсуждение результатов

В процессе анализа данных было обнаружено, что протекание когнитивных процессов при субъективном ощущении наличия расстройств различной интенсивности после инсульта имеет свою специфику. Полученные нами данные сопоставимы с более ранними исследованиями, в которых обозначено наличие корреляций субъективных когнитивных жалоб с постоянными объективными когнитивными нарушениями (Zanin et al., 2023), описано преимущественное соответствие субъективной оценки собственного когнитивного



состояния обследованных установленной в процессе нейропсихологического тестирования (Ji et al., 2022). Люди с резким ощущением когнитивного нездоровья действительно имели более низкие показатели как общего когнитивного функционирования, так и отдельных когнитивных функций, в том числе памяти, внимания, речи, зрительно-пространственных функций, беглости и оригинальности мышления. При этом снижение показателей вербального воображения, гибкости мышления, а также способности к контролю и манипулированию пространственными представлениями оказалось равномерным и не обладающим статистически достоверной значимостью, что может быть сопряжено с развитием постинсультного дисрегуляторного синдрома и связанным с ним мнестическим дефицитом, уменьшением скорости обработки информации. Наиболее частыми, как ранее подчеркивали А. Zanin и М.М. Schellekens (Zanin et al., 2023; Schellekens et al., 2023), являлись жалобы на расстройства памяти.

Однако объективное состояние когнитивной сферы после эпизода острого нарушения мозгового кровообращения лишь частично соответствует субъективным представлениям больных об имеющихся у них нарушениях. Так, у некоторого количества людей с обнаруженным объективным уровнем когнитивного здоровья отмечена склонность к преувеличению когнитивного дефицита, что требует более детального обследования и наблюдения, так как может быть связано с наличием расстройств тревожно-депрессивного спектра либо с формированием тенденции к развитию истинных когнитивных расстройств. В то же время у части испытуемых с выраженной объективной когнитивной дисфункцией, большинство из которых находились в раннем восстановительном постинсультном периоде, была выявлена склонность к недооценке объема имеющейся негативной когнитивной симптоматики, что не исключает наличия анозогнозии, причинами которой может являться как рассогласованность мозговых структур, так и активизация процессов психологической защиты, о чем ранее упоминали В.Н. Григорьева, G.P. Prigatano (Григорьева, Сагильдина, Карова, 2011; Prigatano, 2005). Различий в лобном функционировании у участников двух экспериментальных групп также обнаружено не было, однако, как и было описано В.Н. Григорьевой и Т.А. Сорокиной (Григорьева, Сорокина, 2016), респонденты с анозогнозией когнитивных расстройств действительно имели поражения, преимущественно локализующиеся в лобных долях.

Отмечен факт усиленного проявления депрессии у людей, ощущающих когнитивный дефицит в большей степени, что согласуется с результатами исследований Z. Monahan и Y. Lee (Monahan et al., 2024; Lee, Nicholas, Connor, 2024) и, в очередной раз, подтверждает наличие влияния эмоциональных расстройств на когнитивную сферу. Как и А. Kusec (Kusec, Demeyere, 2024), обращающий внимание на значимость субъективных когнитивных симптомов, которые могут являться предвестниками объективного когнитивного снижения и увеличивать риск возникновения деменции, авторы настоящего исследования отмечают необходимость объективизации когнитивного состояния у людей, перенесших инсульт, для выявления потенциально обратимых когнитивных нарушений и их своевременной коррекции. Кроме того, получение наиболее эффективных результатов восстановления обуславливает важность сотрудничества пациентов и лиц, осуществляющих уход, с медицинскими работниками, психологами, логопедами, геронтологами, а также потребность в определении факторов риска, оценке сопутствующих осложнений и повышении адаптационных возможностей на основе индивидуальных когнитивных способностей пациента, что определяет дальнейшие перспективы исследования.



## Заключение

В результате эмпирического исследования были выявлены различия в функционировании когнитивных процессов пациентов после перенесенного инсульта при субъективном ощущении наличия расстройств различной интенсивности, а именно:

1. Респонденты, обладающие относительно сохранным уровнем субъективных когнитивных способностей, продемонстрировали склонность к преувеличению когнитивного дефицита, что может быть следствием наличия расстройств тревожно-депрессивного спектра.

2. Обследованные с объективно выраженными когнитивными расстройствами обладают склонностью к недооценке объема имеющейся негативной когнитивной симптоматики.

3. Для пациентов, субъективно ощущающих когнитивный дефицит, характерны проявления депрессии.

4. У респондентов с ощущением выраженных когнитивных расстройств чаще проявляется дисфункция процессов памяти, речи, внимания, пространственного восприятия, снижение беглости и оригинальности мышления. При этом нарушения вербального воображения, инертность мышления, снижение способностей к произвольному оперированию пространственными образами не зависели от выраженности субъективного когнитивного дефицита.

Все вышеперечисленное подтверждает выдвинутую гипотезу и подчеркивает актуальность объективизации когнитивного состояния у лиц, перенесших инсульт, для выявления потенциально обратимых когнитивных нарушений, а также их своевременной коррекции и определяет практическую значимость полученных результатов.

**Ограничения.** Ограничением данного исследования является небольшой объем выборки и, как следствие, возможное снижение достоверности статистических показателей. Несмотря на то, что многообразие использованных методик, дополняющих друг друга, повышает надежность полученных данных, для большей результативности необходимо увеличение количества обследованных.

**Limitations.** The limitation of this study is small sample size. Therefore, the statistically significant of the result may be reduced. The study used many methods that complemented each other. This fact increases the reliability of the data obtained. But to make the results more accurate, it is necessary to increase the number of study participants.

## Список источников / References

1. Агафонова, М.А., Маслова, Н.Н., Агафонов, К.И., Уласень, Т.В. (2018). Когнитивные расстройства и анозогнозия в остром периоде ишемического инсульта. *Врач*, 29(3), 35—37. <https://doi.org/10.29296/25877305-2018-03-08>  
Agafonova, M.A., Maslova, N.N., Agafonov, K.I., Ulasen, T.V. (2018). Cognitive impairment and anosognosia in the acute period of ischemic stroke. *The Doctor*, 29(3), 35—37. (In Russ.). <https://doi.org/10.29296/25877305-2018-03-08>
2. Васенина, Е.Е., Левин, О.С. (2015). Особенности клинической картины и лечения умеренной и тяжелой болезни Альцгеймера. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*, 115(6-2), 17—25. <https://doi.org/10.17116/jnevro20151156217-25>  
Vasenina, E.E., Levin, O.S. (2015). Characteristics of the clinical picture and treatment of moderate or severe Alzheimer's disease. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*, 115(6-2), 17—25. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/jnevro20151156217-25>
3. Вассерман, Л.И., Дорофеева, С.А., Меерсон, Я.А. (1997). *Методы нейропсихологической диагностики*. СПб.: Стройлеспечать.  
Vasserman, L.I., Dorofeeva, S.A., Meerson, Ya.A. (1997). *Methods of neuropsychological diagnostics*. Saint-Petersburg: Stroilespechat. (In Russ.)



4. Водяха, Ю.Е. (2018). *Психологическая диагностика сфер личности. Лабораторный практикум*. Екатеринбург: УрГПУ.  
Vodyakha, Yu.E. (2018). *Psychological diagnostics of personality spheres. Laboratory practicum*. Ekaterinburg: UrGPU. (In Russ.)
5. Гнедовская, Е.В., Кравченко, М.А., Николаева, Н.С., Четчин, А.О., Кротенкова, Н.В., Варакин, Ю.Я., Пирадов, М.А. (2018). Когнитивные нарушения у лиц среднего возраста и факторы риска цереброваскулярных заболеваний. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*, 118(6-2), 27—31. <https://doi.org/10.17116/jnevro201811806227>  
Gnedovskaya, E.V., Kravchenko, M.A., Nikolaeva, N.S., Chechetkin, A.O., Krotenkova, N.V., Varakin, Yu.Ya., Piradov, M.A. (2018). Cognitive disorders in the middle-aged population and cerebrovascular risk factors. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*, 118(6-2), 27—31. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/jnevro201811806227>
6. Григорьева, В.Н., Сагильдина, А.О., Карова, Н.А. (2011). Нарушения осознания болезни при очаговых поражениях головного мозга. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*, 111(9), 80—87.  
Grigoryeva, V.N., Sagildina, A.O., Karova, N.A. (2011). Lack of self-awareness of disease in patients with focal brain lesions. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*, 111(9), 80—87. (In Russ.)
7. Григорьева, В.Н., Сорокина, Т.А. (2016). Анозогнозия у больных острым полусферным ишемическим инсультом. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*, 8(2), 31—35. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2016-2-31-359>  
Grigoryeva, V.N., Sorokina, T.A. (2016). Anosognosia in patients with acute hemispheric ischemic stroke. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*, 8(2), 31—35. (In Russ.). <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2016-2-31-359>
8. Григорьева, В.Н., Сорокина, Т.А. (2020). Анозогнозия двигательного и когнитивного дефицита в клинике ишемического инсульта: обзор литературы. *Доктор.Ру*, 19(9), 33—38. <https://doi.org/10.31550/1727-2378-2020-19-9-33-38>  
Grigoryeva, V.N., Sorokina, T.A. (2020). Anosognosia for motor and cognitive deficit as a clinical manifestation of ischemic stroke: review of literature. *Doctor.Ru*, 19(9), 33—38. (In Russ.). <https://doi.org/10.31550/1727-2378-2020-19-9-33-38>
9. Гришина, Д.А., Захаров, В.В. (2019). Инсульт и когнитивные нарушения. *Эффективная фармакотерапия*, 15(19), 18—25. <https://doi.org/10.33978/2307-3586-2019-15-19-16-23>  
Grishina, D.A., Zakharov, V.V. (2019). Stroke and Cognitive Impairment. *Effective pharmacotherapy*, 15(19), 18—25. (In Russ.). <https://doi.org/10.33978/2307-3586-2019-15-19-16-23>
10. Дробижев, М.Ю., Изнак, А.Ф. (1993). *Нейрональная пластичность — новая мишень в терапии депрессии*. М.: НЦПЗ РАМН.  
Drobizhev, M.Yu., Iznak, A.F. (1993). *Neuronal plasticity is a new target in the therapy of depression*. Moscow: NTsPZ RAMN. (In Russ.)
11. Емелин, А.Ю., Лобзин, В.Ю. (2022). Критерии диагностики и классификация сосудистых когнитивных нарушений. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*, 14(6), 131—138. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2022-6-131-138>  
Emelin, A.Yu., Lobzin, V.Yu. (2022). Criteria for diagnosis and classification of vascular cognitive impairment. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*, 14(6), 131—138. (In Russ.). <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2022-6-131-138>
12. Захаров, В.В., Вахнина, Н.В., Громова, Д.О., Тараповская, А.А. (2015). Диагностика и лечение когнитивных нарушений после инсульта. *Медицинский совет*, 10, 14—21. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2015-10-14-21>  
Zakharov, V.V., Vakhnina, N.V., Gromova, D.O., Tarapovskaya, A.A. (2015). Diagnosis and treatment of cognitive impairment after stroke. *Medical Council*, 10, 14—21. (In Russ.). <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2015-10-14-21>
13. Захаров, В.В., Вахнина, Н.В. (2018). Лечение когнитивных нарушений после инсульта. *Медицинский совет*, 1, 20—24.  
Zakharov, V.V., Vakhnina, N.V. (2018). Treatment of cognitive impairment after stroke. *Medical Council*, 1, 20—24. (In Russ.)



14. Ильин, Е.П. (2009). *Психология творчества, креативности, одаренности*. СПб.: Питер. Ilyin, E.P. (2009). *Psychology of creation, creativity, giftedness*. Saint-Petersburg: Piter. (In Russ.)
15. Лебедева, С.О. (2024). Особенности функционирования когнитивных процессов в период после перенесенного инсульта. *Вестник Кемеровского государственного университета. Серия: Гуманитарные и общественные науки*, 8(3), 283—294. <https://doi.org/10.21603/2542-1840-2024-8-3-283-294>  
Lebedeva, S.O. (2024). Features of functioning of cognitive processes in the post-stroke period. *Bulletin of Kemerovo state university. Series: Humanities and social sciences*, 8(3), 283—294. (In Russ.). <https://doi.org/10.21603/2542-1840-2024-8-3-283-294>
16. Левин, О.С., Лавров, А.Ю., Ляшенко, Е.А., Васенина, Е.Е., Трусова, Н.А., Дати́ева, В.К., Макотрова, Т.А., Пилипенко, А.Ю. (2015). Валидизация русскоязычной версии модифицированной Адденбрукской когнитивной шкалы для диагностики болезни Альцгеймера. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*, 115(6-2), 36—39. <https://doi.org/10.17116/jnevro20151156236-39>  
Levin, O.S., Lavrov, A.Yu., Lyashenko, E.A., Vasenina, E.E., Trusova, N.A., Datieva, V.K., Makotrova, T.A., Pilipenko, A.Yu. (2015). Validation of the Russian version of the modified Addenbrooke's cognitive examination for Alzheimer's disease diagnosis. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*, 115(6-2), 36—39. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/jnevro20151156236-39>
17. Парфенов, В.А., Чердак, М.А., Вахни́на, Н.В., Вербицкая, С.В., Никитина, Л.Ю. (2012). Когнитивные расстройства у пациентов, перенесших ишемический инсульт. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*, 4(2S), 17—22. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2012-2504>  
Parfenov, V.A., Cherdak, M.A., Vakhnina, N.V., Verbitskaya, S.V., Nikitina, L.Yu. (2012). Cognitive impairments in patients with prior ischemic stroke. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*, 4(2S), 17—22. (In Russ.). <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2012-2504>
18. Преображенская, И.С. (2013). Когнитивные нарушения после инсульта: распространенность, причины и подходы к терапии. *Эффективная фармакотерапия. Неврология и психиатрия*, 4(45), 50—57.  
Preobrazhenskaya, I.S. (2013). Cognitive impairment after stroke: prevalence, causes and approaches to therapy. *Effective pharmacotherapy. Neurology and psychiatry*, 4(45), 50—57. (In Russ.)
19. Римский, Р.Р., Римская, С.А. (Ред.). (1995). *Альманах психологических тестов*. М.: КСП. Rimsky, R.R., Rimskaia, S.A. (Eds.). (1995). *Almanac of psychological tests*. Moscow: KSP. (In Russ.)
20. Ричардсон, Д. (2006). *Мысленные образы. Когнитивный подход*. М.: Когито-Центр. Richardson, D. (2006). *Mental imagery. Cognitive approach*. Moscow: Kogito-Tsentr. (In Russ.)
21. Рубинштейн, С.Я. (1999). *Экспериментальные методики патопсихологии*. М.: ЭКСМО-Пресс. Rubinshtein, S.Ya. (1999). *Experimental methods of pathopsychology*. Moscow: EKSMO-Press. (In Russ.)
22. Солгалова, С.А., Кечеджиева, С.Г., Васильева, В.А. (2021). *Опросники и шкалы, применяемые в гериатрии: учебное пособие*. Ставрополь: СтГМУ.  
Solgalova, S.A., Kechedzieva, S.G., Vasilieva, V.A. (2021). *Questionnaires and scales used in geriatrics: textbook*. Stavropol: StGMU. (In Russ.)
23. Яхно, Н.Н., Захаров, В.В., Локшина, А.Б. (2011). *Деменции: руководство для врачей*. М.: МЕДпресс-информ.  
Yakhno, N.N., Zakharov, V.V., Lokshina, A.B. (2011). *Dementias: a guide for clinicians*. Moscow: MEDpress-inform. (In Russ.)
24. Babinski, J. (1914). Contribution to the study of the mental disorders in hemiplegia of organic cerebral origin (anosognosia). Translated by K.G. Langer, D.N. Levine. Translated from the original Contribution à l'Étude des Troubles Mentaux dans l'Hémiplégie Organique Cérébrale (Anosognosie). *Cortex*, 61, 5—8. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2014.04.019>
25. Bhat, A. (2016). Peculiarities of insight: Clinical implications of self-representations. *Journal of biosciences*, 41(1), 3—8. <https://doi.org/10.1007/s12038-015-9582-9>
26. Cappa, S.F., Ribaldi, F., Chicherio, C., Frisoni, G.B. (2024). Subjective cognitive decline: Memory complaints, cognitive awareness, and metagognition. *Alzheimer's & Dementia*, 20(9), 6622—6631. <https://doi.org/10.1002/alz.13905>
27. Edmonds, E.C., Delano-Wood, L., Galasko, D.R., Salmon, D.P., Bondi, M.W., Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative (2014). Subjective cognitive complaints contribute to misdiagnosis of mild



- cognitive impairment. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 20(8), 836—847. <https://doi.org/10.1017/S135561771400068X>
28. El Husseini, N., Katzan, I.L., Rost, N.S., Blake, M.L., Byun, E., Pendlebury, S.T., Aparicio, H.J., Marquine, M.J., Gottesman, R.F., Smith, E.E., American Heart Association Stroke Council; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Cardiovascular Radiology and Intervention; Council on Hypertension; and Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health (2023). Cognitive Impairment After Ischemic and Hemorrhagic Stroke: A Scientific Statement From The American Heart Association / American Stroke Association. *Stroke*, 54(6), 272—291. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000430>
  29. Ji, S., Sun, H., Jin, X., Chen, B., Zhou, J., Zhao, J., Liang, X., Shen, W., Zhang, Y., Chan, P. (2022). Cognitive recovery in patients with post-stroke subjective cognitive complaints. *Frontiers in neurology*, 13, 977641. <https://doi.org/10.3389/fneur.2022.977641>
  30. Kusec, A., Demeyere, N. (2025). Relationship of subjective and objective cognition with post-stroke mood differs between early and long-term stroke. *The Clinical neuropsychologist*, 1651—1672. <https://doi.org/10.1080/13854046.2024.2417865>
  31. Lauriola, M., Esposito, L., D'Onofrio, G., Ciccone, F., la Torre, A., Addante, F., Cocomazzi, A., Cascavilla, L., Ariano, O., Serviddio, G., Greco, A. (2024). Risk of Stroke or Heart Attack in Mild Cognitive Impairment and Subjective Cognitive Impairment. *Neurology International*, 16(6), 1528—1539. <https://doi.org/10.3390/neurolint16060113>
  32. Lee, Y., Nicholas, M.L., Connor, L.T. (2024). Mental Health Mediators for Subjective, Not Objective, Cognition, and Community Participation Poststroke. *OTJR*, 45(1), 113—121. <https://doi.org/10.1177/15394492241238949>
  33. Milosevich, E.T., Moore, M.J., Pendlebury, S.T., Demeyere, N. (2024). Domain-specific cognitive impairment 6 months after stroke: The value of early cognitive screening. *International journal of stroke*, 19(3), 331—341. <https://doi.org/10.1177/17474930231205787>
  34. Monahan, Z., Heath, J., Santos, A.D., Ford, A., Hartwell, M. (2023). Comorbidities associated with symptoms of subjective cognitive decline in individuals aged 45—64. *Journal of Osteopathic Medicine*, 124(6), 277—283. <https://doi.org/10.1515/jom-2023-0230>
  35. Prigatano, G.P. (2005). Disturbances of self-awareness and rehabilitation of patients with traumatic brain injury: a 20-year perspective. *The Journal of head trauma rehabilitation*, 20(1), 19—29. <https://doi.org/10.1097/00001199-200501000-00004>
  36. Prigatano, G.P., Klonoff, P.S. (1998). A Clinician's Rating Scale for Evaluating Impaired. Self-Awareness and Denial of Disability After Brain Injury. *The Clinical Neuropsychologist*, 12(1), 56—67. <https://doi.org/10.1076/clin.12.1.56.1721>
  37. Schellekens, M.M., Boot, E.M., Verhoeven, J.I., Ekker, M.S., van Alebeek, M.E., Brouwers, P.J., Arntz, R.M., van Dijk, G.W., Gons, R.A., van Uden, I.W., den Heijer, T., de Kort, P.L., de Laat, K.F., van Norden, A., Vermeer, S.E., van Zagten, M.S., van Oostenbrugge, R.J., Wermer, M.J., Nederkoorn, P.J., van Rooij, F.G., van den Wijngaard, I.R., de Leeuw, F.E., Kessels, R.P., Tuladhar, A.M. (2023). Subacute cognitive impairment after first-ever transient ischemic attack or ischemic stroke in young adults: The ODYSSEY study. *European stroke journal*, 8(1), 283—293. <https://doi.org/10.1177/23969873221132032>
  38. Serrano, S., Domingo, J., Rodríguez-García, E., Castro, M.-D., del Ser, T. (2007). Frequency of Cognitive Impairment Without Dementia in Patients With Stroke: A Two-Year Follow-Up Study. *Stroke*, 38(1), 105—110. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000251804.13102.c0>
  39. Starkstein, S.E., Jorge, R.E., Robinson, R.G. (2010). The frequency, clinical correlates and mechanism of anosognosia after stroke. *Canadian journal of psychiatry*, 55(6), 355—361. <https://doi.org/10.1177/070674371005500604>
  40. Szyszkowska, J., Bala, A. (2023). The impact of depressive symptomology, rumination and objective memory performance on subjective cognitive complaints. *International journal of psychophysiology*, 190, 1—7. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2023.05.351>
  41. Verstraeten, S., Berkhoff, A., Mark, R., Sitskoorn, M. (2023). Can subjective cognitive complaints at three months post stroke predict alteration in information processing speed during the first year? *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 30(3), 472—485. <https://doi.org/10.1080/13825585.2022.2048786>
  42. Xu, Y., Sun, X., Liu, Y., Huang, Y., Liang, M., Sun, R., Yin, G., Song, C., Ding, Q., Du, B., Bi, X. (2023). Prediction of subjective cognitive decline after corpus callosum infarction by an interpretable machine



learning-derived early warning strategy. *Frontiers in Neurology*, 14, 1123607. <https://doi.org/10.3389/fneur.2023.1123607>

43. Zanin, A., Reinholdsson, M., Abzhandadze, T. (2023). Association of cognitive function very early after stroke with subjective cognitive complaints after 3 months, a register-based study. *PLoS One*, 18(3), e0283667. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0283667>

### **Информация об авторах**

Софья Олеговна Лебедева, аспирант, кафедра педагогики и психологии, Институт образования, Кемеровский государственный университет (ФГБОУ ВО КемГУ), Кемерово, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-9157-5636>, e-mail: [lebedeva.sofi@yandex.ru](mailto:lebedeva.sofi@yandex.ru)

Ирина Станиславовна Морозова, доктор психологических наук, профессор, заведующая кафедрой акмеологии и психологии развития, директор Института образования, Кемеровский государственный университет (ФГБОУ ВО КемГУ), Кемерово, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0862-7225>, e-mail: [ishmorozova@yandex.ru](mailto:ishmorozova@yandex.ru)

### **Information about the authors**

Sofia O. Lebedeva, Postgraduate Student, Department of Acmeology and Psychology of Development, Kemerovo State University, Kemerovo, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-9157-5636>, e-mail: [lebedeva.sofi@yandex.ru](mailto:lebedeva.sofi@yandex.ru)

Irina S. Morozova, Doctor of Psychological Sciences, Professor, Head Department Chair of Acmeology and Psychology of Development, Director of the Institute of Education, Kemerovo State University, Kemerovo, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0862-7225>, e-mail: [ishmorozova@yandex.ru](mailto:ishmorozova@yandex.ru)

### **Вклад авторов**

Лебедева С.О. — сбор данных; применение статистических, математических и других методов для анализа данных; аннотирование, написание и оформление рукописи.

Морозова И.С. — идеи исследования; контроль за проведением исследования; концептуализация; редактирование рукописи.

Оба автора приняли участие в обсуждении результатов и согласовали окончательный текст рукописи.

### **Contribution of the authors**

Sofia O. Lebedeva — data collection; application of statistical, mathematical and other methods for data analysis; annotation, writing and design of the manuscript.

Irina S. Morozova — ideas; control over the research; conceptualization; editing of the manuscript.

Both authors participated in the discussion of the results and approved the final text of the manuscript.

### **Конфликт интересов**

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

### **Conflict of interest**

The authors declare no conflict of interest.

Поступила в редакцию 27.11.2024

Поступила после рецензирования 03.07.2025

Принята к публикации 22.07.2025

Опубликована 30.03.2026

Received 2024.11.27

Revised 2025.07.03

Accepted 2025.07.22

Published 2026.03.30