

О. Д. Ларина, Е. Е. Шевцова **O. D. Larina, E. E. Shevtsova**
Москва, Россия Moscow, Russia

**СОЦИАЛЬНО-
КОММУНИКАТИВНЫЙ
ПОТЕНЦИАЛ ПАЦИЕНТОВ
С РЕЧЕВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ,
ОБУСЛОВЛЕННЫМИ
ОРГАНИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ
ГОЛОВНОГО МОЗГА
РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА**

**SOCIO-COMMUNICATIVE PO-
TENTIAL OF PATIENTS WITH
SPEECH DISORDERS DUE
TO ORGANIC BRAIN LESIONS
OF VARIOUS ORIGINS**

Аннотация. Статья посвящена проблеме изучения социально-коммуникативного потенциала пациентов с речевыми нарушениями, обусловленными органическим поражением центральной нервной системы различного происхождения. Рассматриваются возможности дифференциации стратегий коррекционной работы и прогнозирования эффективности логопедической реабилитации пациентов с различными речевыми нарушениями на основе учета их потенциальных социально-коммуникативных возможностей. Рассматриваются организационно-содержательные аспекты совершенствования коррекционно-реабилитационной, в том числе логопедической, помощи пациентам с заиканием и другими речевыми нарушениями, обусловленными последствиями инсультов, черепно-мозговых травм, нейроинфекций и пр.

Ключевые слова: нейрореабилитация, речевые нарушения, заикание, афазия, очаговые поражения головного мозга, реабилитационный потенциал, дифференциальная стратегия коррекционной работы, социально-коммуникативный потенциал.

Сведения об авторе: Ларина Ольга Данииловна, кандидат педагогических наук, доцент.

Abstract. The article deals with the problem of socio-communicative potential of patients with speech disorders due to organic lesions of the central nervous system of various origins. It considers differentiation of strategies of correction and predicting the effectiveness of speech therapy in the rehabilitation of patients with various speech disorders based on their potential socio-communicative abilities. The authors analyze the organizational and substantive aspects of improvement of correction and rehabilitation care, including speech therapy services to patients with stuttering and other speech difficulties caused by consequences of stroke, traumatic brain injury, neuroinfections, etc.

Key words: neurorehabilitation, speech disorders, stuttering, aphasia, focal brain injury, rehabilitation potential, differential strategy of correction, social and communicative capability.

About the author: Larina Olga Daniilovna, Candidate of Pedagogy, Associate Professor.

Место работы: кафедра логопедии ФГБОУ ВПО «МГГУ им. М. А. Шолохова».

Контактная информация: 109444, Москва, ул. Ташкентская, 18, к. 4.
E-mail: o-larina@rambler.ru.

Сведения об авторе: Шевцова Елена Евгеньевна, кандидат педагогических наук, доцент.

Место работы: кафедра логопедии ФГБОУ ВПО «МГГУ им. М. А. Шолохова»

Контактная информация: 109444, Москва, ул. Ташкентская, 18, к. 4.
E-mail: eshevcova@mail.ru.

Вопросы изучения коммуникативной функции человека в течение многих лет находились в центре внимания ведущих ученых и специалистов в области психологии (Г. М. Андреева, А. А. Бодалев, Л. С. Выготский, В. Н. Куницына, В. А. Лабунская, А. Н. Леонтьев, М. И. Лисина, Б. Ф. Ломов, А. К. Маркова, В. Н. Мясищев, Б. Д. Парыгин, Л. А. Петровская, С. Л. Рубинштейн и др.), психолингвистики (И. Н. Горелов, Н. И. Жинкин, И. А. Зимняя, А. А. Залевская, В. А. Ковшиков, А. А. Леонтьев, А. Д. Слобин, Т. Н. Ушакова, А. М. Шахнарович), нейропсихологии и логопедии (А. Г. Арушанова, Т. В. Ахутина, Л. З. Арутюнян, Э. С. Бейн, Л. И. Белякова, Н. А. Власова, Т. Г. Визель, Л. Н. Галигузова, А. Н. Корнев, Р. Е. Левина, А. Р. Лурия, Г. Д. Неткачев, В. В. Оппель, В. К. Орфинская, Н. М. Пылаева, В. И. Селиверстов, Т. А. Фотекова, М. Е. Хватцев, Л. С. Цветкова, В. М. Шкловского, М. К. Шохор-Троцкая и др.) далеко не случайно, так как общение оказывает значительное влияние на весь процесс психического развития человека, является

Place of employment: Department of Logopedics, Sholokhov Moscow State University for Humanities (Moscow).

About the author: Shevtsova Elena Evgenievna, Candidate of Pedagogy, Associate Professor.

Place of employment: Department of Logopedics, Sholokhov Moscow State University for Humanities (Moscow).

основой и средством формирования его социальных взаимоотношений. Большинство специалистов отмечают, что при различных нарушениях речевой функции наиболее значимым его последствием является социальная дезадаптация индивида, нарушение эффективности системы его социального функционирования.

У лиц с нарушениями речи различного генеза нарушается формирование социально-коммуникативного поведения, что определяет актуальность и практическую значимость рассматриваемой нами проблемы.

В рамках нашего исследования мы рассматриваем социально-коммуникативный потенциал пациентов с речевыми недостатками в качестве значимого интегративного показателя, определяющего цель, задачи, содержательно-организационные и методические аспекты нейрореабилитации, основные критерии оценки эффективности реабилитационного воздействия.

Осуществляя научно-методологическое обоснование понятия

«Социально-коммуникативный потенциал пациентов с речевыми нарушениями», мы опирались на теоретические позиции, представленные в отечественной концепции общения Б. Г. Ананьевым, Г. М. Андреевой, А. Н. Леонтьевым, М. И. Лисиной, Л. А. Петровской, С. Л. Рубинштейном и др. В рамках данного подхода в полной мере учитывается социальная направленность коммуникативной деятельности. Так, например, М. И. Лисина в своих исследованиях рассматривает общение как процесс взаимодействия людей, направленный на объединение и согласование усилий с целью налаживания отношений и достижения общего результата (М. И. Лисина, 1985).

Рассматривая в качестве синонимов понятия «общение», «коммуникативная деятельность» и «социальная коммуникация», авторы выдвинули на первый план их содержательный, регуляторный, потребностно-мотивационный компоненты (сохранность эмоционально-личностных, волевых регуляторных предпосылок коммуникации, социально-коммуникативная интенция, содержание, ведущая форма общения, регуляция и контроль реализации программы социально-коммуникативного взаимодействия). Другой значимой составляющей социально-коммуникативной деятельности является ее операциональный компонент, предполагающий эффективность использования определенных (вербальных и невербальных) средств, соответствие стратегий взаимодей-

ствия социальным и морально-этическим нормам, сохранность когнитивных предпосылок социально-коммуникативного взаимодействия.

Компаративное исследование социально-коммуникативного потенциала пациентов с разными формами речевых нарушений (при заикании и афазии) осуществлялось в период с 2007 по 2013 г. на базе Центра патологии речи и нейрореабилитации Департамента здравоохранения г. Москвы (ЦПРН), в котором созданы уникальные условия для осуществления сложнейшего патогенетически обоснованного процесса комплексного полипрофессионального воздействия, основанного на сочетании высокотехнологической медицинской помощи с комплексом восстановительных нейрореабилитационных мероприятий, включающих, помимо медицинского, медико-психологического, медико-педагогического и медико-социального воздействия. Этот процесс обращен прежде всего к личностно-коммуникативному потенциалу пациента, направлен на восстановление его социальной активности.

В исследовании принимали участие две группы пациентов с разными формами речевых нарушений (афазия и заикание).

В первую группу были включены 120 пациентов в возрасте от 18 до 75 лет, получавших лечение в стационарных отделениях № 2 и № 3 ГБУЗ «Центр патологии речи и нейрореабилитации Департамента здравоохранения г. Москвы», имею-

ших речевые нарушения, обусловленные локальными органическими поражениями головного мозга. У всех пациентов этой группы имелись логопедические заключения: «Комплексная моторная афазия преимущественно эфферентного типа», «Комплексная моторная афазия преимущественно афферентного типа».

Во вторую группу были включены 120 пациентов в возрасте от 18 до 75 лет, получавших лечение в отделении логоневрозов ГБУЗ «Центр патологии речи и нейрореабилитации Департамента здравоохранения г. Москвы». У пациентов этой группы имелись логопедические заключения «Логоневроз (заикание) тоно-клонического типа; дыхательно-голосово-артикуляционной формы, выраженный в тяжелой степени», «Логоневроз (заикание) тоно-клонического типа; дыхательно-голосово-артикуляционной формы, выраженный в умеренной степени», «Логоневроз (заикание) тоно-клонического типа; дыхательно-голосово-артикуляционной формы, выраженный в легкой степени».

Наше исследование осуществлялось в рамках современной концепции нейрореабилитации (Э. С. Бейн, Т. Г. Визель, Е. Н. Винарская, О. А. Кроктова, А. Р. Лурия, Л. И. Москвичюте, В. Л. Найдин, Л. Г. Попова, В. Я. Репин, Э. Г. Симерницкая, Е. Д. Хомская, В. М. Шкловский, М. К. Шохор-Троцкая и др.), сформировавшейся в период с 1959 по 1987 г. на базе НИИ неврологии РАМН. В дальнейшем, в 1987—

1992 гг., научное руководство процессом разработки, апробации и внедрения инновационных технологий реабилитации больных с последствиями органического поражения головного мозга осуществлялось уже на базе Центра патологии речи и нейрореабилитации (ЦПРиН). В настоящее время ЦПРиН является центральным звеном единой системы нейрореабилитации пациентов с речевыми нарушениями, обусловленными органическими поражениями головного мозга, в г. Москве (рис. 1).

В результате совместной работы научно-методического и организационного центра и Отдела патологии речи и нейрореабилитации Московского научно-исследовательского института психиатрии Минздравсоцразвития РФ, ЦПРиН и практических учреждений здравоохранения города были систематизированы научно-методологические принципы, положения, разработаны методические рекомендации, регламентирующие деятельность службы, подготовлены стандарты, технологические карты нейрореабилитации пациентов с речевыми нарушениями на разных этапах течения заболевания. Особую ценность представляют уникальные технологии диагностики и коррекции нарушений высших психических функций (ВПФ) у лиц различного возраста с последствиями локальных поражений ЦНС, которые были апробированы и внедрены в практическую деятельность службы нейрореабилитации.

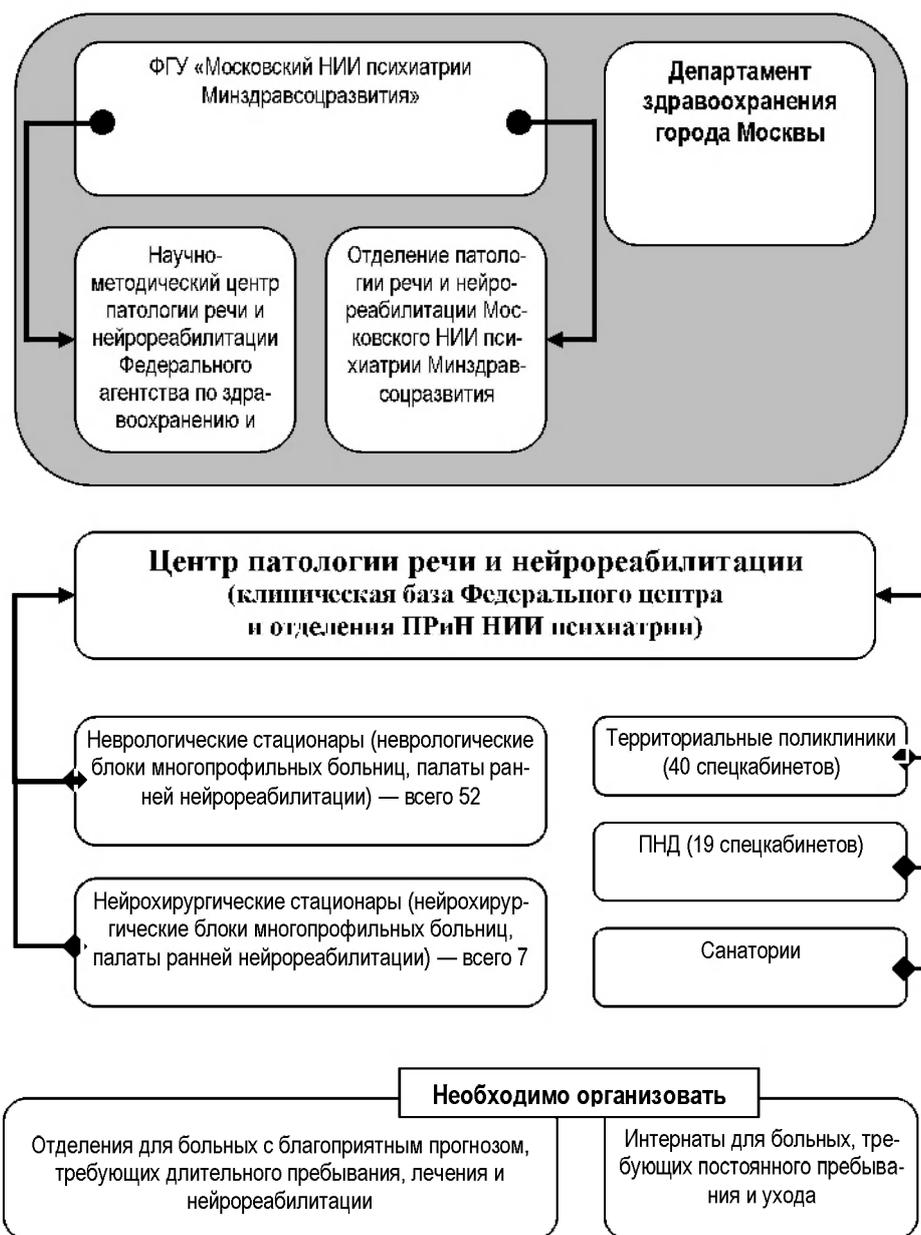


Рис. 1. Структура нейрореабилитационной службы Москвы

Важной составной частью комплексной реабилитации лиц с различными видами речевых нарушений является логопедическая реабилитация, которая рассматривается в контексте расширения

имеющихся и создания новых речевых возможностей, оптимизации коммуникативной деятельности, формирования социально-коммуникативного потенциала, расширяющего возможности индивида эффективно участвовать в социальном взаимодействии.

Логопедическая реабилитация представляет собой сложный комплексный процесс, направленный прежде всего на коррекцию и компенсацию нарушений речевой деятельности. В процессе логопедической реабилитации предусматривается развитие сенсорных функций; моторики, особенно артикуляционной моторики; развитие познавательной деятельности, прежде всего мышления, памяти, внимания; формирование личности с одновременной регуляцией социальных отношений; воздействие на социальное окружение.

Современные технологии и программы логопедической реабилитации лиц с различными формами речевой патологии разрабатываются на основе изучения соотношения сохранных и нарушенных компонентов речевой функциональной системы и когнитивных предпосылок ее реализации. Изучение структуры нарушенной функции и потенциальных возможностей пациента является принципиально значимым этапом и частью каждого реабилитационного процесса (Э. С. Бейн, Т. Г. Визель, Л. С. Выготский, С. Д. Забрамная, И. Ю. Левченко, А. Р. Лурья, В. И. Лубовский, Л. И. Москвичюте, В. Л. Найдин, Н. Б. Шаба-

лина, В. П. Шестаков, В. М. Шкловский и др.).

Технологии и методики изучения структуры реабилитационного потенциала разрабатывались в течение многих лет, однако вплоть до начала XXI в. не существовало научно обоснованной методики комплексной оценки сохранных и нарушенных функций, позволяющей оценить степень тяжести имеющихся функциональных ограничений, соотнести их с имеющимся сохранным потенциалом и уровнем социальной дезадаптации.

Среди разработанных в 2000—2012 гг. диагностических методов, позволяющих решить задачи прогнозирования и мониторинга эффективности реабилитационного процесса, необходимо особо выделить «Способ оценки степени ограничения жизнедеятельности пациентов психоневрологического профиля по коэффициенту их функционального состояния» (Т. И. Бурмистрова, В. Н. Лучанинова, С. В. Осмоловский, 2010 г.), который при определенной модификации позволяет оценить эффективность реабилитационного процесса. Методика оценки функционального состояния и эффективности реабилитации подтвердила свою эффективность в процессе экспериментальной апробации на репрезентативной выборке испытуемых (913 пациентов психоневрологического профиля разного возраста), что позволило нам рассматривать алгоритм, предложенный авторами, как оптимально соответствующий задачам нашего исследования.

В своей экспериментальной работе мы составили программу экспериментального изучения социально-коммуникативного потенциала лиц с речевыми недостатками, который представляет собой интегративный показатель, отражающий особенности и степень выраженности нарушений и сохраненных звеньев мотивационно-потребностного и операционального компонентов социально-коммуникативной сферы пациентов с речевыми нарушениями, обусловленными органическим поражением головного мозга различного генеза.

Для реализации поставленных задач исследования был использован способ оценки ограничений социально-коммуникативного функционирования участников исследования. Определение степени выраженности ограничений социально-коммуникативного функционирования осуществлялось на основе тестирования и последующей оценки полученных показателей в баллах. В дальнейшем вычислялся общий коэффициент социально-коммуникативного потенциала с помощью формулы, в которой в качестве функциональных нарушений учитывались:

- нарушения когнитивных предпосылок социальной коммуникации (КПн), в том числе нарушения внимания; памяти; зрительного, слухового и тактильного гнозиса и праксиса;
- нарушения эмоционально-личностных предпосылок социальной коммуникации (ЭЛПн);
- нарушения психических функций

(Пн), мышления, темпов психического развития;

- нарушения коммуникативно-речевой сферы (КРн).
- нарушения социального взаимодействия и поведения (СПн).

Каждый из входящих в функциональные нарушения вид (i) разделяют в соответствии с таблицами 1—5 на пять уровней (j) по тяжести проявления нарушения и оценивают в балльной шкале (bj) от bj = 0 — сильная степень проявления нарушения при j = 1 до bj = 1 — отсутствие нарушения при j = 5.

Затем осуществляется оценка коэффициента функционального состояния социально-коммуникативного потенциала (K) по формуле:

$$K = \frac{\sum_{j=1}^{j=5} \left(\left(\sum_{i=1}^{i=n} B_i \right) \times b_j \right)}{m} \times 100$$

где n — количество нарушений в каждом типе функционального нарушения, m — общее количество оцениваемых нарушений, B — тип функционального нарушения (КПн, ЭЛПн, Пн, КРн или СПн), Bi — наличие вида нарушения: да — 1, нет — 0; bj — оценочный балл, который определяется так: при j = 1, b1 = 0; j = 2, b2 = 0,25; j = 3, b3 = 0,5; j = 4, b4 = 0,75; j = 5, b5 = 1.

При значении K более 75 % фиксируют легкую степень ограничения социально-коммуникативного функционирования, при K от 50 до 75 % — среднюю степень и при K от 0 до 49 % — сильную степень ограничения социально-коммуникативного функционирования.

Предложенный способ оценки степени ограничения социально-коммуникативного функционирования пациента с речевыми нарушениями различного генеза позволяет объективно оценить уровень социально-коммуникативных возможностей пациента, его способность интегрироваться в общество. Кроме того, после оценки коэффициента социально-коммуникативного функционирования до и после проведенных логопедических реабилитационных мероприятий способ позволяет объективно оценить результативность проведенных мероприятий как в целом, так и по отдельным типам функциональных нарушений.

Проведенное исследование позволило нам выявить достоверные объективные показатели степени ограничения социально-коммуникативного функционирования у пациентов с разными формами речевых нарушений. На основе учета коэффициента социально-коммуникативного потенциала нами было выделено три степени ограничения социально-коммуникативного функционирования.

I степень (незначительное ограничение) — более 75 %. Пациенты с незначительными проявлениями социально-коммуникативной дезадаптации. Чаще всего у них отмечались легкие нейродинамические, эмоционально-личностные и речевые нарушения, нормальный уровень интеллектуального развития; они практически не нуждались в посторонней помощи, их поступки и действия были осознанными, со-

ответствовали нормам социального поведения, речь и невербальные средства общения успешно использовались для социально-коммуникативного взаимодействия. Для данной группы пациентов типичны отсутствие или минимальные проявления личностных и коммуникативных нарушений; среднестатистические показатели социального статуса; осознанный интерес к общению; умение ориентироваться в партнерах и ситуациях общения; нерезко выраженная недостаточность средств общения и когнитивной сферы.

II степень (среднее ограничение) — от 50 до 75 %. В связи с выраженными нарушениями мотивационно-потребностного или операционального компонентов у пациентов в этой группе отмечались стойкие личностные и коммуникативные нарушения; средний и низкий статус в социальной иерархии; избегание общения на основе использования вербальных средств, затруднения в социальной ориентировке, трудности выбора стратегии взаимодействия с разными партнерами и в разных ситуациях общения, выраженная недостаточность средств общения; стойкие проявления несформированности когнитивных предпосылок коммуникативного процесса.

III степень (сильное ограничение) — 0—49 %. В данную группу вошли пациенты с грубыми нарушениями социально-коммуникативного функционирования. Для них были характерны социально-личностная незрелость или неадекватность; низкий статус в социальной иерархии; отсутствие потреб-

ности в общении; наличие выраженных, стойких коммуникативных трудностей; ярко выраженная недостаточность языковой компетентности, грубое ограничение использования вербальных и невербальных средств общения; стойкие и грубые симптомы комплексной несформированности высших психических функций.

На основании учета выявленных показателей составлялась вариативная программа логопедической реабилитации, которая осуществлялась в едином комплексе с другими технологиями нейрореабилитации.

Ведущая роль в осуществлении реабилитационного процесса принадлежит Отделу клинической психологии ЦПРиН, который является координационным центром специализированной службы по оказанию помощи взрослому и детскому населению с нарушением высших психических функций, в том числе речи, с очаговыми поражениями головного мозга в результате перенесенного инсульта, черепно-мозговой травмы и других

заболеваний центральной нервной системы. Специалисты данного отдела совместно с лечащим врачом осуществляют объективную оценку реабилитационного потенциала пациентов на основе комплексного анализа результатов нейропсихологического изучения состояния высших психических функций, дополненного данными лучевой, функциональной диагностики, результатами лабораторных исследований и программируют реабилитационный маршрут, определяя степень включения специалистов других отделений.

По мере реализации составленной индивидуальной программы реабилитации осуществляется мониторинг происходящих изменений и при необходимости вносятся коррективы в содержание реабилитационных мероприятий.

Структурные подразделения ЦПРиН тесно взаимодействуют между собой, обеспечивая преемственность реабилитационного процесса на всех этапах восстановительного лечения и социализации.

Таблица 1

Особенности социально-коммуникативного потенциала пациентов с речевыми нарушениями, обусловленными органическим поражением головного мозга различного генеза

Степень ограничения социально-коммуникативного функционирования	Тип речевого нарушения									
	Моторные афазии				Заикание					
	эфферент. N = 60		афферент. N = 60		тяжелое N = 55		умеренное N = 42		легкое N = 23	
I степень (незначительное ограничение)	10	16,67%	14	23,34%	—	—	2	4,76%	19	82,61%
II степень (среднее ограничение)	34	56,67%	38	63,33%	3	5,46%	38	90,48%	4	17,39%
III степень (сильное ограничение)	16	26,66%	8	13,33%	52	94,54%	2	4,76%	—	—

Как правило, начало реабилитационного процесса сразу после выхода пациента из состояния комы, стабилизации его жизненно важных функций и появления сознательной активности осуществляется в палате ранней реабилитации (в некоторых случаях, в отделении реанимации или в блоке интенсивной терапии) в стационарах неврологического и нейрохирургического профиля. При этом содержание реабилитационных мероприятий включает как обязательные медицинские мероприятия (медикаментозная терапия, физиотерапия, лечебная физкультура, массаж и пр.), так и специализированную работу по дозированной стимуляции и актуализации глотательной функции, восстановлению нарушенных функций когнитивной (гнозис, внимание, праксис, память и др.) и речевой сфер (расстормаживая речу с помощью средств невербальной коммуникации и других логопедических приемов) в соответствии с актуальными и потенциальными возможностями пациента. Эта работа первоначально осуществляется в палатах ранней нейрореабилитации, а в дальнейшем — в специализированных кабинетах лечебной физкультуры, массажа и логопедии нейропсихологами, логопедами, специалистами по нейромоторному тренингу и др. Координирует полипрофессиональное взаимодействие на данном этапе реабилитации лечащий врач пациента.

В зависимости от соматического и физического состояния больного, особенностей и степени выраженности нарушений двига-

тельной, речевой и когнитивной сфер пациента и иных обстоятельств определяются оптимальные условия его дальнейшей нейрореабилитации. Оптимальный маршрут нейрореабилитации после выписки из стационара определяется комиссией Центра патологии речи и нейрореабилитации, в состав которой включаются врачи разного профиля, логопеды, психологи.

Необходимый объем реабилитационных мероприятий определяется после комплексного изучения пациента в консультативно-диагностическом отделении Центра психиатром, неврологом, кардиологом, терапевтом, врачом лечебной физкультуры, логопедом и нейропсихологом.

На основании анализа полученных результатов обследования специалисты отборочной комиссии определяют целесообразность направления пациента в то или иное подразделение Центра патологии речи и нейрореабилитации (стационар суточного пребывания, дневной стационар для подростков и взрослых с заиканием, стационар на дому, детское отделение логоневрозов, амбулаторно-поликлинический комплекс для детей или специализированные кабинеты территориальных поликлиник, психоневрологических диспансеров).

В Центре междисциплинарное комплексное лечение и нейрореабилитация включают высокотехнологичные нейропсихологические методы диагностики и программирования процессов восстановления, нейросенсорные и нейромоторные программы, преодоление наруше-

ний схемы тела и пространственной ориентации, индивидуальные и групповые занятия с нейропсихологом и логопедом, лечебную физкультуру, робототехнику (локомат), гидрокинезотерапию (лечебное плавание), использование антигравитационных костюмов, подошвенных стимуляторов и пр. Важнейшей задачей работы с больными на всех этапах лечения и нейрореабилитации является создание мотивации и установки на лечение.

Продолжительность лечения в каждом из подразделений Центра определяется комиссионно в зависимости от показаний. При этом коллегиально определяется и объем необходимых для каждого пациента комплексных нейрореабилитационных мероприятий, проводимых в отделениях Центра или других подразделениях службы (диагностика, медикаментозное лечение, физиотерапия, лечебная физкультура, массаж, психотерапия, логопедические занятия, нейросенсорный и нейромоторный тренинги, работа в компьютерных кабинетах, социотерапия и пр.).

Пациенты, завершившие курс

интенсивной терапии и нейрореабилитации в отделениях Центра, направляются для продолжения восстановительной терапии в специализированные логопедические кабинеты территориальных поликлиник, поликлиники восстановительного лечения, психоневрологические и врачебно-физкультурные диспансеры по месту жительства или в стационары на дому. Таким образом обеспечивается длительное, непрерывное лечение и нейрореабилитация в максимально полном объеме.

Такая система позволяет реализовать важнейшие принципы — непрерывности, длительности и интенсивности; обеспечивает согласованность полипрофессионального взаимодействия специалистов, что повышает эффективность лечения и нейрореабилитации и способствует скорейшему восстановлению социального функционирования пациента.

В результате оценки показателей социально-коммуникативного потенциала участников исследования на разных этапах реализации программы нейрореабилитации мы получили следующие сведения (табл. 2).

Таблица 2

Динамические показатели эффективности нейрореабилитации пациентов с разными формами речевых нарушений, %

Степень ограничения социально-коммуникативного функционирования	Тип речевого нарушения									
	Моторные афазии				Заикание					
	эфферентная, N = 60		афферентная, N = 60		тяжелое, N = 55		умеренное, N = 42		легкое, N = 23	
I степень (незначительное ограничение)	16,67	50,00	23,34	48,34	—	—	4,76	52,38	82,61	100
II степень (среднее ограничение)	56,67	38,34	63,33	41,66	5,46	52,72	90,48	47,62	17,39	—
III степень (сильное ограничение)	26,66	11,66	13,33	10,00	94,54	47,28	4,76	—	—	—

Таким образом, выполненные исследования показали, что предложенная система дифференцированной комплексной нейрореабилитации пациентов с речевыми нарушениями, а также способ оценки их социально-коммуникативного потенциала доказали свою практическую значимость и могут быть рекомендованы к использованию в разных реабилитационных учреждениях.

Литература

1. Андреева, Г. М. Общение и оптимизация совместной деятельности / Г. М. Андреева. — М., 1987.
2. Бейн, Э. С. Реабилитация больных с афазией вследствие инсульта / Э. С. Бейн, Т. Г. Визель, М. К. Шохор-Троцкая. — М., 1977.
3. Белова, А. Н. Нейрореабилитация. Руководство для врачей / А. Н. Белова. — М., 2010.
4. Вассерман, Л. И. Методы нейропсихологической диагностики / Л. И. Вассерман, С. А. Дорофеева, Я. А. Меерсон. — СПб., 1997.
5. Варако, Н. А. О некоторых вопросах российской нейрореабилитации / Н. А. Варако // Культурно-историческая психология. — 2008. — № 4.
6. Григорьева, В. П. Когнитивная нейрореабилитация больных с очаговыми поражениями головного мозга : учеб. пособие / В. П. Григорьева, М. С. Ковязина, А. Ш. Тхостов. — М. : УМК «Психология», 2006.
7. Демиденко, Т. Д. Основы реабилитации неврологических больных / Т. Д. Демиденко, Н. Г. Ермакова. — СПб. : ФОЛИАНТ, 2004.
8. Кадыков, А. С. Реабилитация неврологических больных / А. С. Кадыков, Л. А. Черникова, Н. В. Шахпонова. — М., 2009.
9. Ларина, О. Д. Современные технические средства в процессе нейрореабилитации больных с последствиями очаговых поражений головного мозга / О. Д. Ларина, О. А. Королева, Ю. А. Фукалов // Инсульт. — 2003. — № 9.
10. Скворцова, В. И. Ранняя реабилитация больных с инсультом : метод. рекомендации / В. И. Скворцова, Г. Н. Голухов, Л. Л. Тутанцев. — М., 2004.
11. Цветкова, Л. С. Нейропсихологическая реабилитация больных / Л. С. Цветкова. — М. : МПСИ : Модэк, 2004.
12. Шевцова, Е. Е. Преодоление рецидивов заикания : учеб.-метод. пособие / Е. Е. Шевцова. — М. : Творческое объединение «Сфера», 2005.
13. Шкловский, В. М. Лечение и нейрореабилитация больных с последствиями инсульта и черепно-мозговой травмы — стратегическая задача здравоохранения / В. М. Шкловский // Современные принципы терапии и реабилитации психически больных : материалы науч.-практ. конф. — М., 2006.
14. Яфарова, С. Ш. Реабилитационный потенциал подростков с ограниченными возможностями: алгоритм оценки / С. Ш. Яфарова, З. М. Аминова, С. Я. Волгина // Актуальные проблемы педиатрии : материалы 16-го съезда педиатров России. — М., 2009.