

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Земцева Наталья Владимировна

Соискатель, ФГБНУ «Институт коррекционной педагогики»
ГБУЗ «Центр патологии речи и нейрореабилитации» ДЗМ
nataliznv@mail.ru

PSYCHOLOGICAL AND PEDAGOGICAL ASPECT OF COMPLEX REHABILITATION OF PATIENTS AFTER ACUTE CEREBRAL CIRCULATION DISORDERS

N. Zemtseva

Summary: The article analyzes the relationship between psychological and pedagogical directions in complex rehabilitation; special attention is paid to the influence of personality traits and motivation on the recovery process of patients after acute cerebral circulatory failure (ACBF). Modern ideas about key characteristics, such as anxiety level, extraversion and reaction to the disease, and their role in the recovery process are considered. The mechanisms determining the behavior of patients at different stages of complex rehabilitation are revealed, and the importance of individualization of rehabilitation programs of pedagogical influence taking into account the influence of psychological factors is emphasized. Promising directions of further research aimed at improving the effectiveness of psychological and pedagogical techniques in the rehabilitation process are outlined.

Keywords: complex rehabilitation after ONMK, psychological and pedagogical aspect of rehabilitation, rehabilitation potential, personal qualities, psychological factors, individual characteristics.

Аннотация: В статье проведен анализ взаимосвязи психологического и педагогического направлений в комплексной реабилитации; особое внимание уделено влиянию личностных качеств и мотивации на процесс восстановления пациентов после острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК). Рассматриваются современные представления о ключевых характеристиках, таких как уровень тревожности, экстраверсия и реакция на болезнь, и их роль в восстановительном процессе. Выявляются механизмы, определяющие поведение пациентов на различных этапах комплексной реабилитации, и подчеркивается значимость индивидуализации реабилитационных программ педагогического воздействия с учетом влияния психологических факторов. Обозначены перспективные направления дальнейших исследований, направленных на повышение эффективности психологических и педагогических методик в процесс реабилитации.

Ключевые слова: комплексная реабилитация после ОНМК, психолого-педагогический аспект реабилитации, реабилитационный потенциал, личностные качества, психологические факторы, индивидуальные особенности.

Введение

ОНМК (острое нарушение мозгового кровообращения) является одной из ведущих причин инвалидности и нарушений здоровья как в России, так и в мире. Ежегодно по данным ВОЗ инсульт поражает миллионы людей, приводя к потере трудоспособности и когнитивным расстройствам. Восстановление после ОНМК – это сложный и длительный процесс, требующий комплексного подхода, включающего медицинскую, психолого-педагогическую и социальную реабилитацию. Этот процесс зависит от множества факторов, часть из которых оказывает положительное влияние на восстановление нарушенных функций, другая же – ограничивает возможности реабилитации.

Осознанное влияние на процесс реабилитации с учетом взаимовлияния положительных и отрицательных факторов составляет основу прогнозирования течения реабилитационного процесса. Такие факторы, как личностные особенности пациента, уровень мотивации,

устойчивость к стрессу, эмоциональная стабильность, играют ключевую роль в адаптации к новым условиям жизни и восстановлении когнитивных и двигательных функций. Понимание того, как именно эти факторы влияют на результаты реабилитации, позволит разрабатывать более эффективные индивидуализированные программы психологической поддержки, что, в свою очередь, может значительно повысить эффективность восстановительного процесса. [14].

Современная практика реабилитации пациентов с ОНМК в значительной степени сосредоточена на нейропсихологических аспектах. Это включает восстановление когнитивных функций, таких как память, внимание, восприятие, а также коррекцию нарушений моторики и речи. Нейропсихологический подход направлен на восстановление конкретных функций, которые пострадали в результате инсульта, и зачастую фокусируется на структурном восстановлении мозга. [5]

Однако, согласно современным представлениям о

восстановлении нарушенных функций все чаще ученые обращают внимание на влияние личностных характеристик на процессе реабилитации, что диктует настоятельную необходимость интеграции психолого-педагогической поддержки в процесс комплексной реабилитации после инсульта. Это означает, что наряду с нейропсихологическим восстановлением, внимание должно быть уделено эмоциональному состоянию пациента, его внутренней мотивации, личностным особенностям, а также социальной адаптации [18].

Цель данной работы состоит в контент-анализе научной литературы, посвященной психологическим и педагогическим аспектам комплексной реабилитации пациентов после острого нарушения мозгового кровообращения, а также в анализе существующих подходов к индивидуализации реабилитационных программ с учетом психологических, социальных и культурных факторов, которые способствуют улучшению результатов восстановления.

Педагогические аспекты фокусируются на обучении пациента новым навыкам и восстановлении утраченных функций, таких как речь, память и когнитивные способности. Психологические же аспекты комплексной реабилитации после ОНМК включают работу с эмоциональным состоянием пациента, такими как тревожность, депрессия и стресс, а также поддержку в адаптации к новым условиям жизни. Оба аспекта помогают максимально использовать реабилитационный потенциал, направляя его на достижение функциональных улучшений и социальную адаптацию [8].

Реабилитационный потенциал — это совокупность факторов, определяющих возможности пациента для восстановления утраченных функций и возвращения к прежнему уровню жизни. Он определяется физическим состоянием, возрастом, уровнем социальной поддержки, уровнем образования, когнитивными способностями и т.д. А личностные качества — это устойчивые черты характера и особенности психики, которые определяют поведение человека, его отношение к себе и окружающим, а также способность адаптироваться к изменяющимся условиям жизни. Личностные качества и реабилитационный потенциал тесно связаны и взаимно дополняют друг друга, оказывая значительное влияние на успешность восстановления. По мнению Исаевой Е.Р., Мухитовой Ю.В., личностные качества могут усиливать или ослаблять реабилитационный потенциал. Понимание и учет личностных качеств пациента позволяют разработать более эффективную и индивидуализированную программу реабилитации, что в конечном итоге способствует улучшению результатов восстановления и повышению качества жизни пациента после ОНМК [12].

Универсальная система классификации, разрабо-

танная Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) для описания здоровья и его влияния на функциональное состояние человека играет ключевую роль в реабилитации, так как позволяет учитывать все аспекты здоровья человека, включая физическое состояние, психологическое и социальное благополучие. Она используется в том числе для оценки состояния пациентов после ОНМК (острых нарушений мозгового кровообращения), что особенно важно для построения комплексных реабилитационных программ. Анализ процесса реабилитации после острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), основанный на принципах Международной классификации функционирования (МКФ), требует учета как биологических аспектов, так и психологических факторов, таких как мотивация, эмоциональное состояние, копинг-стратегии и социальная поддержка. Оба аспекта играют ключевую роль в восстановлении пациента, и их взаимосвязь может значительно повлиять на результат реабилитации.[11]

Исследования В.С. Образцовой, Т.В. Рогачевой и других исследователей фокусируются на роли психологических факторов, таких как тревожность и депрессия, в процессе реабилитации пациентов после острых нарушений мозгового кровообращения. Психологические факторы — это широкое понятие, включающее любые психологические элементы, которые могут оказывать влияние на состояние или поведение человека. Сюда могут входить как стабильные свойства личности, так и временные или ситуативные аспекты психики, такие как стресс, тревожность, эмоциональное состояние, мотивация в конкретный момент времени, а также различные внешние и внутренние влияния (например, социальная поддержка, обстоятельства жизни) [15].

Анализ этих исследований позволяет выделить несколько ключевых моментов, которые объясняют, почему эмоциональные нарушения могут существенно замедлять процесс восстановления. Например, тревожные состояния могут снижать концентрацию внимания, ухудшать память и затруднять восприятие новой информации. Депрессия, в свою очередь, часто приводит к снижению мотивации и интереса к окружающему миру, что влияет на активность пациента и его участие в реабилитационном процессе. Исследования также показывают, что наличие тревожности и депрессии у пациентов после инсульта является предиктором более медленного восстановления. Тревожные пациенты могут чрезмерно фокусироваться на своих недостатках и неудачах, что формирует негативное восприятие собственного состояния и уменьшает их уверенность в успешном восстановлении [15, 19].

По мнению Магомед-Эминова М.Ш., Орловой О.С., Уклонской Д.В., Хорошковой Ю.М. психическая травма, связанная с онкологическими заболеваниями, может

приводить к дистрессу и другим тяжелым психологическим состояниям, таким как страх смерти или боли, что замедляет реабилитацию. Однако авторы также отмечают, что при соответствующей смысловой работе над собой пациенты могут использовать это состояние как стимул для личностного роста и преодоления трудностей. В некоторых случаях пациенты демонстрируют посттравматический рост, что приводит к повышению их адаптивных способностей и стойкости. Таким образом, авторы указывают, что тревожность и травматические переживания могут быть как барьерами, так и ресурсами для реабилитации, в зависимости от того, как пациент справляется с этими состояниями [13].

Исследования Н.В. Бабкиной и А.М. Федосеевой акцентируют внимание на значимости управления эмоциональными состояниями, такими как тревожность и стресс. Авторы подчеркивают, что контроль и коррекция этих негативных эмоциональных состояний играют ключевую роль в поддержании позитивного настроения и уверенности в успехе. Тревожность и стресс являются распространенными эмоциональными реакциями, особенно в сложных жизненных ситуациях. Тревожность может привести к постоянному ожиданию неблагоприятных исходов и вызывает избегающее поведение. Стресс усиливает физическую и эмоциональную нагрузку на организм, что может привести к ухудшению общего состояния здоровья. Человек, который умеет справляться с тревожностью и стрессом, демонстрирует более оптимистичное восприятие своих возможностей и перспектив. Позитивное настроение, в свою очередь снижает вероятность рецидива эмоциональных нарушений. [24].

Исследования Чижовой В.М. и Кардаш О.И. подчеркивают, что раннее выявление и коррекция негативных эмоциональных состояний являются критически важными для предотвращения их разрушительного воздействия на процесс реабилитации. Если не уделять должного внимания психоэмоциональному состоянию пациента на ранних стадиях, тревожные и депрессивные настроения могут закрепиться, превращаясь в хронические состояния, которые существенно усложняют реабилитацию и ухудшают прогноз. Если тревожное состояние не будет вовремя распознано и скорректировано, оно может перерасти в депрессию, что снизит мотивацию пациента к участию в реабилитационных мероприятиях. В результате процесс восстановления замедляется, что приводит к ухудшению общего состояния пациента [25].

Аарон Т. Бек и Брэд А. Алфорд обсуждают различные подходы к лечению депрессии, включая когнитивно-поведенческую терапию, подчеркивая важность изменения когнитивных схем для эффективного лечения. Основной тезис их работы заключается в том, что депрессия во многом обусловлена и поддерживается негативными когни-

тивными схемами — устойчивыми и дезадаптивными паттернами мышления, которые влияют на восприятие человеком самого себя, окружающего мира и будущего. Бек и Алфорд подчеркивают, что эффективная работа с депрессией требует изменения этих когнитивных схем, что позволяет пациентам преодолеть негативные мысли и, в конечном итоге, улучшить эмоциональное состояние и качество жизни. Такой подход помогает пациентам переосмыслить свои жизненные ситуации и проблемы, что ведет к снижению уровня депрессии и улучшению общего психического здоровья [3].

Отечественные ученые акцентируют внимание на важности самовосприятия и отношения пациента к своей болезни, особенно в контексте реабилитации после острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК). Самовосприятие и отношение к болезни оказывают значительное влияние на мотивацию пациента и его готовность активно участвовать в реабилитационном процессе. Пациенты, которые воспринимают свою болезнь как временный вызов, который нужно преодолеть, а не как неизбежный приговор, демонстрируют более высокие показатели восстановления и обладают большим реабилитационным потенциалом. Когда пациент воспринимает свою болезнь как вызов, это способствует формированию у него активной жизненной позиции. Такие пациенты чаще всего настроены на борьбу и готовы использовать все доступные методы и ресурсы для восстановления. Это отношение позволяет пациентам оставаться мотивированными даже в самых трудных условиях, когда прогресс в реабилитации может быть медленным или незначительным [7].

По мнению Обуховской В.Б., Мещеряковой Э.И., многие пациенты сначала не могут осознать, что с ними произошло, и находятся в состоянии шока. Это может проявляться в отрицании серьезности состояния или в невозможности воспринять изменения в своем теле. Осознание серьезности ситуации часто приводит к развитию тревоги и страха. Некоторые пациенты могут винить себя за то, что произошло, даже если это не имеет объективных причин. Они могут считать, что могли бы предотвратить инсульт, изменив образ жизни. Со временем, многие пациенты начинают принимать свою ситуацию, что позволяет им лучше адаптироваться к новым условиям. На этом этапе важно поддерживать позитивный настрой и мотивацию к реабилитации. Важным аспектом психологической реакции является поиск новых целей и смыслов в жизни. Это помогает пациентам адаптироваться к изменениям и восстанавливать свои функции [20, 16].

На разных этапах реабилитации поведение пациентов может существенно изменяться, что отражает их эмоциональное состояние и уровень мотивации в процессе восстановления. Баранцевич Е.Р. подчеркивает,

что на начальных стадиях реабилитации пациенты часто демонстрируют низкую вовлеченность и пассивность, что связано с эмоциональным потрясением и чувством неопределенности, вызванными внезапным ухудшением здоровья. На этом этапе пациенты могут быть не готовы к активному участию в реабилитационных мероприятиях. На поздних стадиях реабилитации пациенты могут столкнуться с новыми вызовами, связанными с чувством усталости и разочарования. В таких ситуациях пациенты могут испытывать эмоциональное истощение и даже разочарование в реабилитации, что приводит к снижению их активности и интереса к продолжению восстановления. Для предотвращения подобного снижения мотивации важно адаптировать реабилитационную программу под изменяющиеся потребности пациента [4].

Исследования Шмонина А.А. и коллег подчеркивают важность учета индивидуальных особенностей пациента при разработке реабилитационного плана, с акцентом на мотивационные аспекты. Высокая мотивация способствует настойчивости пациентов в выполнении реабилитационных задач, что напрямую влияет на результаты лечения. Например, пациенты с высоким уровнем мотивации проявляют большую готовность к участию в сложных и трудоемких упражнениях, направленных на восстановление двигательных и когнитивных функций. Такие пациенты также активно интересуются своим прогрессом, запрашивая у врачей и терапевтов обратную связь и рекомендации по дальнейшему улучшению [27].

Уклонская Д.В. и Хорошкова Ю.М. подчеркивают, что высокий уровень мотивации способствует более активному участию пациентов в реабилитации, что напрямую связано с улучшением речевой функции и общим состоянием пациента. Высокая мотивация позволяет пациентам преодолевать трудности, связанные с длительными и часто изнурительными процессами восстановления. Например, пациенты с удаленной гортанью сталкиваются с вызовами, такими как потеря способности к нормальной речи и необходимость освоения новых способов коммуникации, включая использование речевых протезов или жестового языка. Исследования показывают, что пациенты с высокой мотивацией более активно включаются в реабилитацию, часто демонстрируя большую настойчивость в выполнении упражнений, даже если они кажутся сложными или не приносят немедленных результатов. Кроме того, высокая мотивация способствует улучшению общего состояния пациента, включая его психологическое самочувствие. Мотивированные пациенты охотнее принимают участие в реабилитационных мероприятиях, задают вопросы, обсуждают свои успехи и проблемы с врачами, что позволяет корректировать программу реабилитации в соответствии с их индивидуальными потребностями [23].

Исследования Ермаковой Н.Г. показывают, что па-

циенты, имеющие сильную социальную сеть, включая семью и друзей, чаще демонстрируют высокий уровень мотивации. Социальная поддержка помогает пациентам чувствовать себя менее изолированными и более уверенными в своих силах, что способствует улучшению результатов реабилитации. Например, пациенты, получающие регулярную эмоциональную и физическую поддержку от близких, более активно занимаются восстановлением утраченных функций, поскольку ощущают заботу и участие со стороны окружающих [10].

По мнению Шевцовой, Е.Е., Ковалевой, Г.А., Пряниковой, Н.И. и др, значительное внимание должно уделяться поддержке пациента со стороны его семьи и близких. Социальная изоляция и недостаток эмоциональной поддержки могут усилить чувство одиночества и безнадежности, что только усугубляет эмоциональные проблемы пациента. Напротив, активное участие семьи в реабилитационном процессе может значительно улучшить психоэмоциональное состояние пациента и повысить его мотивацию к восстановлению [26].

Ефимочкина, С.М., Безруков, В.Е., Гамирова, А.Н. и др. также считают, что социальная поддержка от семьи и друзей оказывает положительное влияние на поддержание мотивации и улучшение результатов восстановления, а индивидуальный подход к мотивационным аспектам реабилитации способствует повышению эффективности лечения. Внедрение инновационных методов, таких как геймификация, особенно у молодых пациентов, может эффективно поддерживать мотивацию и улучшать исходы реабилитации [9].

Зарубежные авторы также придерживаются схожей позиции. Руководство INCOG 2.0 Guidelines for Cognitive Rehabilitation Following Traumatic Brain Injury акцентирует внимание на критической важности индивидуализированного подхода в когнитивной реабилитации, опирающегося на новейшие достижения в нейронауках. Основная идея руководства заключается в том, что эффективная реабилитация должна быть адаптирована к уникальным потребностям каждого пациента, что требует персонализированных программ, разработанных с учетом специфических когнитивных дефицитов и особенностей восстановления после травмы головного мозга. Руководство представляет обновленные методы и алгоритмы, которые направлены на создание таких программ, подчеркивая, что эти подходы могут быть успешно применены не только для пациентов с черепно-мозговыми травмами, но и для тех, кто проходит реабилитацию после ОНМК. Это расширяет возможности использования этих методик в более широкой клинической практике, обеспечивая пациентам доступ к более эффективным и целенаправленным реабилитационным услугам [1].

Исследования Орловой О.С. и Уклонской Д.В., Б.С.

Братусь, Bandura, A. подтверждают необходимость индивидуального подхода к каждому пациенту, с учетом динамики его эмоционального состояния и мотивации. Восстановление нарушенных функций — это сложный и длительный процесс, который требует не только физических, но и эмоциональных усилий со стороны пациента. Поэтому ключом к успешной реабилитации является персонализированный подход, учитывающий уникальные потребности и особенности каждого пациента. На начальных этапах реабилитации важно учитывать эмоциональное состояние пациента, так как он может испытывать шок, страх и неуверенность в своих силах. Также важно учитывать, что эмоциональное состояние и мотивация пациента могут изменяться на разных этапах реабилитации. Например, в начале процесса пациент может быть мотивирован и полон решимости восстановить свои функции, но по мере продвижения реабилитации, особенно если прогресс идет медленнее, чем ожидалось, у него может возникнуть чувство разочарования и усталости. В таких случаях специалисты должны быть готовы адаптировать реабилитационную программу, предлагая новые методы и подходы, которые помогут поддержать интерес и мотивацию пациента. [2, 6, 17].

По мнению Сидорова П.И., Совершаевой Е.П. важно понимать, что каждый пациент уникален, и стандартные подходы к реабилитации могут не всегда быть эффективными. В этом контексте персонализированные программы, ориентированные на конкретные потребности и психологические особенности пациента, способны значительно улучшить результаты лечения и ускорить процесс восстановления. Например, пациенты с высоким уровнем тревожности могут требовать особого внимания и подходов, направленных на снижение их тревожного состояния. Это может включать в себя применение когнитивно-поведенческой терапии, направленной на изменение негативных мыслительных паттернов и формирование более адаптивных стратегий поведения. Тревожные пациенты могут также получить пользу от техник релаксации, таких как медитация или дыхательные упражнения, которые помогут им справляться со стрессом и поддерживать положительный настрой в процессе реабилитации [21].

Заключение

Анализ существующих исследований подтверждает, что психолого-педагогические аспекты играют важнейшую роль в реабилитации пациентов после острых нарушений мозгового кровообращения. Эмоциональные нарушения, такие как тревожность, депрессия и стресс, существенно замедляют процесс восстановления, снижая когнитивные функции и мотивацию к участию в реабилитационных программах. Эти состояния могут мешать пациентам эффективно усваивать новые навыки и снижать их интерес к активной работе над восста-

новлением. Исследования подчеркивают, что такие личностные черты, как устойчивость к стрессу и восприятие болезни определяют поведение пациента в процессе реабилитации. Положительное отношение к своей болезни и высокая внутренняя мотивация значительно увеличивают шансы на успешное восстановление. В этой связи важна роль психологической поддержки, направленной на повышение уверенности пациента в своих силах, снижение уровня тревожности и работу над преодолением депрессивных состояний.

Индивидуализированные программы психолого-педагогического сопровождения после ОНМК, учитывающие личностные и психологические особенности пациента, признаны ключевым фактором успеха. Они позволяют строить реабилитационные программы, ориентированные не только на физиологическое восстановление, но и на развитие когнитивных и социальных навыков.

Важным аспектом является вовлечение семьи и социального окружения пациента в процесс реабилитации. Сильные социальные связи не только способствуют повышению уровня мотивации пациента, но и оказывают значительное влияние на эмоциональное состояние, поддерживая его в трудные моменты реабилитационного процесса. Социальная поддержка является одним из важнейших факторов, способствующих успешному завершению реабилитации, так как пациенты с активной социальной поддержкой показывают лучшие результаты.

Однако, несмотря на успехи в изучении отдельных аспектов, существует острая необходимость в разработке комплексных моделей психолого-педагогического аспекта реабилитации, которые бы интегрировали психологическую и педагогическую помощь, встраивая ее в процесс реабилитации. На данный момент недостаточно изучены подходы, которые могли бы описывать адаптацию реабилитационных программ в зависимости от изменений в эмоциональном состоянии пациента на разных этапах восстановления. Это создает необходимость в дальнейших исследованиях, направленных на создание детализированных моделей, которые могли бы эффективно поддерживать пациентов на всех этапах реабилитации.

Таким образом, дальнейшие исследования должны сосредоточиться на разработке интегрированных тактик психолого-педагогического сопровождения пациентов с афазией после ОНМК, которые будут учитывать изменения эмоционального состояния пациента и позволят адаптировать реабилитационные программы на каждом этапе восстановления. Это позволит значительно повысить эффективность реабилитации и улучшить качество жизни пациентов, восстанавливающихся после ОНМК.

ЛИТЕРАТУРА

1. Байли М.Т. и др. INCOG guidelines for cognitive rehabilitation following traumatic brain injury: methods and overview //The Journal of head trauma rehabilitation. – 2014. – Т. 29. – №. 4. – С. 290-306.
2. Бандура А. (1997). Self-Efficacy: The Exercise of Control. W.H. Freeman and Company.
3. Бек А.Т., Алфорд Б.А. Depression: Causes and treatment. – University of Pennsylvania Press, 2009.
4. Баранцевич Е.Р. и др. Современные возможности организации реабилитации пациентов после инсульта //Артериальная гипертензия. – 2015. – Т. 21. – №. 2. – С. 206-217.
5. Брагина Е.Л., Куташов В.А. Нейропсихологический подход к реабилитации пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения // Молодой ученый. – 2015. – №. 20. – С. 115-117.
6. Братусь Б. Аномалии личности. Психологический подход. – Litres, 2019.
7. Демченко Т.В., Исаева Е.Р. Эмоциональная и ценностно-смысловая сферы, самовосприятие и отношение к своему будущему в условиях тяжелого соматического заболевания (на примере пациентов с ОНМК) //Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. – 2021. – №. 5 (195). – С. 470-479.
8. Ефименко Н.В., Глухов А.Н., Кайсинова А.С. Актуальные вопросы медицинской реабилитации на курорте //Курортная медицина. – 2017. – №. 2. – С. 6-16.
9. Ефимочкина С.М., Безруков В.Е., Гамирова А.Н., Петелин Д.С., Волель Б.А. Терапия депрессии с применением технологий виртуальной реальности // Современная терапия психических расстройств. – 2023. – №. 3. – С. 41-49.
10. Ермакова Н.Г. Психологическая реабилитация больных с последствиями инсульта в условиях восстановительного лечения //Медицинская психология в России. – 2018. – №. 2. – С. 9-9.
11. Иванова Г.Е. и др. Использование МКФ и оценочных шкал в медицинской реабилитации //Вестник восстановительной медицины. – 2018. – №. 3 (85). – С. 14-20.
12. Исаева Е.Р., Мухитова Ю.В. Критерии оценки эффективности психосоциальной реабилитации: современное состояние проблемы //Социальная и клиническая психиатрия. – 2017. – Т. 27. – №. 1. – С. 83-90.
13. Магомед-Эминов М.Ш., Орлова О.С., Уклонская Д.В., Хорошкова Ю.М. Влияние тревожности на реабилитацию: Оптимизация методов //СПЕЦИАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ SPECIAL EDUCATION. – 2018. – Т. 2. – С. 50.
14. Мельникова Е.В., Буйлова Т.В., Бодрова Р.А., Шмонин А.А., Мальцева М.Н., Иванова Г.Е. Использование международной классификации функционирования (МКФ) в амбулаторной и стационарной медицинской реабилитации: инструкция для специалистов //Вестник восстановительной медицины. – 2017. – Т. 6 (82). – С. 1219-28.
15. Образцова В.С. и др. Психологические факторы реабилитационного потенциала при расстройствах эмоционального спектра у пациентов после ЧМТ (обзор литературы) //Вестник восстановительной медицины. – 2018. – №. 2 (84). – С. 111-115.
16. Обуховская В.Б., Мещерякова Э.И. Ресурсные и дефицитные характеристики внутренней картины болезни пациентов с неврологической патологией в контексте психологической безопасности //Психолог. – 2018. – №. 5. – С. 1-13.
17. Орлова О. и др. Оптимизация методов коррекционно-педагогического воздействия при нарушениях речи и глотания у лиц после хирургического лечения опухолей головы и шеи //Специальное образование. – 2017. – №. 3. – С. 122-130.
18. Пономаренко Г.Н. Научная платформа современной реабилитации //Реабилитация–XXI век: традиции и инновации/Глав. ред. д-р мед. наук, проф., ГН Пономаренко; ред. коллегия: д-р мед. наук ВП Шестаков, канд. мед. наук НН Лебедева, канд. биол. наук. – 2017. – С. 13.
19. Рогачева Т.В. Роль медицинского психолога в проведении реабилитационной диагностики //Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2017. – Т. 9. – №. 4. – С. 45.
20. Сапольски Р. Психология стресса. 3-е издание. – Питер, 2022.
21. Сидоров П.И., Совершаева Е.П. Синергетическая биопсихосоциодуховная концепция ментальной эпидемии ишемической болезни сердца //Экология человека. – 2015. – №. 9. – С. 27-37.
22. Уклонская Д.В. Восстановление речи при приобретенных анатомических дефектах и деформациях челюстно-лицевой области /– Litres, 2022.
23. Уклонская Д.В., Хорошкова Ю.М. Психологические особенности лиц с удаленной гортанью как фактор успешности реабилитации речевой функции // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – №. 3. – С. 353-353.
24. Федосеева А.М., Бабкина Н.В. Опосредствование переживаний как фактор саморегуляции подростков с задержкой психического развития //Психолого-педагогические исследования. – 2023. – Т. 15. – №. 3. – С. 67-79.
25. Чижова В.М., Кардаш О.И. Содержание реабилитационного потенциала постинсультных пациентов как основы ресоциализации //Социальные аспекты здоровья населения. – 2017. – Т. 53. – №. 1. – С. 6.
26. Шевцова Е.Е., Ковалева Г.А., Пряникова Н.И., Абрамова Е.И., Соловьева Н.Н., Широкова Н.В., Бирюлина Н.Ю. Прогнозирование эффективности логопедической нейрореабилитации пациентов с последствиями очаговых поражений головного мозга на основе учета их потенциальных социально-коммуникативных возможностей //Клиническая неврология. – 2017. – №. 3. – С. 27-32.
27. Шмонин А.А. и др. Базовые принципы медицинской реабилитации, реабилитационный диагноз в категориях МКФ и реабилитационный план //Вестник восстановительной медицины. – 2017. – №. 2. – С. 16-22.

© Земцева Наталья Владимировна (nataliznv@mail.ru).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»