

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СИТУАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЭЛЕМЕНТАРНЫМИ ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНИ ПОВРЕЖДЕННОГО МОЗГА

Аннотация. Одной из важнейших медико-социальных проблем является психофизическая реабилитация и адаптация к новым условиям жизни пациентов после перенесенного инсульта средней тяжести (поза Вернике-Манна). Проведенное исследование показало, что от изменений внешних факторов текущей ситуации (в нашем случае через группы на преднамеренные функциональные изменения) зависит положительная динамика в сфере когнитивной составляющей внутренней картины болезни, это позволит спрогнозировать, возможно, достижимые ситуативные цели.

Была применена матрица факторных нагрузок (метод главных компонент, вращение по методу varimax). Исследование показало, что ведущими факторами формирования ситуации болезни являются чувство ущербности и ограниченности возможностей, тревожность, внутренняя амбивалентность. А основные характеристики возможно достижимой ситуации представляют собой комплекс невротических личностных проявлений (с учетом органической основы заболевания), потребность в общении и позитивное изменение Я-концепции в самоотношении больного человека.

Даны характеристики параметров ситуаций, которые могут служить стимулом для мотивации больного человека на дальнейшее формирование адекватных реакций в ответ любой внутренней или внешней жизненной кризис. Информация о психологическом воздействии ситуаций может быть использована в определении стратегий социального вмешательства реабилитолога, медицинского психолога и социального работника.

Ключевые слова: болезнь поврежденного мозга, психосоциальная реабилитация, параметры ситуации, преднамеренные изменения.

SOCIAL-PSYCHOLOGIC ANALYSIS OF A SITUATION OF PATIENTS WITH ELEMENTARY MOTOR FUNCTION DISTURBANCES CAUSED BY INJURED BRAIN

Abstract. One of the major medical – social problems is psychophysical rehabilitation and adaptation to new living conditions of patients after the average stroke (Vernike-Mann's pose).

The conducted research showed that positive dynamics in the sphere of a cognitive making internal picture of the illness depends on changes of external factors of the current situation (in our case through groups on deliberate functional changes), it will allow to predict probably attainable situational aims.

The matrix of factorial loadings (the method of main components, varimax rotation method) was applied. The research showed that the leading factors of the illness situation formation are the feeling of lameness and limitation of opportunities, uneasiness, internal ambivalency.

The main characteristics of a probably achievable situation represent a complex of neurotic personal manifestations (taking into account an organic basis of an illness), need for communication and positive change of the I-concept in the self-relation of a sick person.

Characteristics of parameters of situations which can serve as the incentive stimulating a patient for further formation of proper responses in reply to any internal or external vital crisis are given. Information on psychological influence of situations can be used in definition of a strategy of social intervention of a recreation therapist, medical psychologist and social worker.

Key words: illness of the injured brain, psychosocial rehabilitation, situation parameters, deliberate changes.

Проблема социальной реадaptации человека с органическими поражениями головного мозга на сегодняшний день более чем актуальна. Патологические процессы, развивающиеся в результате болезни поврежденного мозга, с одной стороны, нарушают целостность и естественность функционирования организма, с другой – вызывают у человека психологические комплексы неполноценности (поза Вернике-Манна), характеризующиеся тревогой, потерей уверенности в себе, пассивностью, изолированностью или наоборот, эгоцентризмом, агрессивностью, а иногда и антисоциальными установками [8, 11, 12, 13]. Серьезнейшим образом отягощает состояние фактор гиподинамии, который неминуем в большей или меньшей степени, но обязательно присутствует, начиная с самых ранних этапов госпитальной реабилитации [1, 2, 6]. В виду тяжести заболевания на первое место выдвигается социальная значимость проблемы, которая выражается в первую очередь в социальной изоляции вследствие грубых двигательных расстройств, а следовательно, в психологическом статусе пациента [5, 10, 13].

Выход человека данной категории из режима социальной изоляции должен сопровождаться специально организованной деятельностью. Основными характеристиками этой деятельности являются мероприятия, направленные на максимально возможное устранение физических дефектов (сопряженное воздействие разных видов реабилитации), только в этом случае будут запускаться процессы социальной реадaptации.

Иначе говоря, больной человек является заложником независимой от него ситуации, т.е. ситуационизм доминирующе влияет на все основные стороны жизненного бытия, вследствие чего во внутренних социальных системах субъекта страдает стабильность психологического баланса множества противоположно направленных сил [6, 8]. До болезни человек достаточно устойчиво противостоял напору разнообразных внешних воздействий (рабочие и бытовые конфликтные ситуации), но в случае затяжных проявлений болезни в виде физических дефектов, он не справляется с проблемным для него существованием. Следует отметить, что здесь огромную роль играет и информированность о последствиях заболевания. Поэтому для этих людей на первый план выходит сама ситуация, в которой они оказались, и адекватно справиться с ней в одиночку они не в состоянии [7,9].

Таким образом, именно ситуативный подход к физической реабилитации и психосоциальной адаптации является наиболее продуктивным в случае нарушений двигательных функций вследствие болезни поврежденного мозга. Многоуровневая проблемность восстановительных мероприятий и продиктовала цель настоящего исследования.

Цель исследования – выявить и проанализировать характеристики ситуаций людей, имеющих элементарные двигательные нарушения вследствие болезни поврежденного мозга. Наличие информации о внутренней картинной болезни (ВКБ) пациента позволит более целенаправленно решать проблемные вопросы специалистам-реабилитологам.

Материалы и методы исследования. Многолетний опыт показал, что больные люди лучше восстанавливаются в условиях малой группы (4–5 человек). Обратило на себя внимание, что доминантой восстановления выступили механизмы воздействия и феномены групповой работы на отношение человека к себе и окружающим его людям. Поэтому было

проведено исследование эффектов взаимодействий больных людей друг с другом в ситуации идентичности патологических расстройств.

На первом этапе людей, страдающих обозначенными расстройствами, было более 100 человек, но они рассматривались не как научные объекты, а как люди, которые нуждались в помощи. При отборе исследуемой группы использовался принцип добровольности. Несмотря на доверие к предложенной методике у испытуемых наблюдалась неуверенность, замкнутость и депрессивные реакции, что связано с реакцией на физические дефекты, на недостаточность прогноза социального восстановления, вынужденное ограничение подвижности.

Таким образом, в исследовании приняли участие 64 человека в возрасте от 35 до 55 лет, из них 36 женщин и 28 мужчин. Они составили 16 групп по 4 человека. Критерии для отбора участников исследования были следующие:

- черепно-мозговая травма, инсульт сроком давности от 2–6 лет;
- психологический статус клиентов: высокий уровень тревожности, невротические депрессии, истерический тип реагирования, обсессивно-фобические нарушения, вегетативные нарушения;
- схожие физические двигательные нарушения и болевые ощущения;
- отсутствие нарушения зрительного и вестибулярного анализаторов, способность с опорой или без нее преодолевать расстояние не менее чем в 50 метров, понимание обращенной к ним речи, инструкций.

Нами была реализована программа психофизической реабилитации, которая сформировалась в ходе многолетней работы с людьми, имеющими элементарные нарушения в двигательной сфере вследствие поражения головного мозга. Отмечено, что малая контактная группа выступает наиболее эффективной социальной средой, направленной на ресоциализацию пациента, т.к. работа в режиме сугубо индивидуального подхода постепенно теряет максимально возможную эффективность при отсутствии новизны впечатлений от социально-значимых взаимоотношений. Таким образом, от

изменений внешних факторов текущей ситуации зависят изменения в сфере когнитивной составляющей внутренней картины болезни. Такие трансформации ВКБ позволят спрогнозировать возможно достижимые ситуативные цели в результате практической работы в группе. Следовательно, формируется потребность в достижении цели и мотивация к активизации волевого потенциала.

Рабочие группы, участниками которых являлись инвалиды вследствие болезни поврежденного мозга, нами названы группами преднамеренных функциональных изменений (табл. 1). Понятие «преднамеренного изменения» отражает изменения, происходящие у участников взаимодействия, при этом взаимодействия могут стать субъектами изменений только в том случае, если они изменяются сами. Данное понятие адекватно отражает цель, процесс и результат динамики, подчеркивает их осознанный характер [4].

Таблица 1

Характеристики группы, работающей на функциональные изменения, для лиц с двигательными нарушениями органического генеза

Характеристики группы	Содержание характеристик
Цель участия в группе	Получение необходимой информации, выработка тех или иных навыков, получение помощи в решении личностных проблем, установление контактов с людьми, имеющими схожие проблемы.
Участники группы	Люди, имеющие определенный набор симптомов: двигательные нарушения, эмоциональная неустойчивость, нарушения процесса коммуникации, негативное принятие себя, низкая эмоционально-волевая регуляция.
Роль ведущего группы	Посредничество в установлении межличностных контактов, реабилитация двигательных функций, социально-психологическая поддержка.
Функция группы	Изменение психологических феноменов, устранение двигательных нарушений путем восстановления высших психических функций.

Несмотря на предполагаемость общегруппового воздействия, работа руководителя с участниками группы не исключала и индивидуальный подход

к отдельно взятому пациенту. Это обусловлено локализацией поражения и исходного состояния, т.к. именно у этих людей физический дефект является доминирующим критерием социофобической реакции на попытку безкомплексной ресоциализации после перенесенного заболевания. Для комплексного и системного изучения, а также измерения воздействия факторов на величину результативных показателей нами была применена матрица факторных нагрузок (метод главных компонент, вращение по методу varimax) [3].

Результаты и обсуждение. Данные, полученные до групповой работы, выглядят следующим образом (табл. 2). Фактор 1 имеет наибольшую информативность (25 %). Все показатели, входящие в этот фактор, относятся к показателям социальной значимости болезни и ее негативных последствий. Наибольшая факторная нагрузка приходится на такие показатели, как «Формирование чувства ущербности» (0,96), «Ограничение карьеры» (0,95), «Снижение физической привлекательности» (0,93), «Ограничение удовольствий» (0,93), «Ограничение общения» (0,93). Наименьшие значения в этой шкале имеют показатели «Ограничение свободного времени» (0,91) и «Ухудшение отношения к больному в семье» (0,90). Этот фактор можно идентифицировать как ***«Чувство ущербности и ограниченности возможностей»***.

Фактор 2 имеет среднюю информативность (8 %). Здесь наибольшую значимость имеет «Шкала вегетативных нарушений» (0,77), наименьшую – «Шкала тревоги» (0,73). Данный фактор находится в пределах показателей невротических изменений и идентифицируется нами как ***«Тревожность»***.

Фактор 3 имеет наименьшую информативность, где такие показатели, как «Самопривязанность» (– 0,73) и «Внутренняя конфликтность» (– 0,55) говорят о стремлении к оценке того, что происходит во внутреннем мире человека и его желании снять внутреннюю противоречивость. Поэтому этот фактор можно идентифицировать как ***«Внутренняя амбивалентность»***.

Таким образом, до групповой работы чувство ущербности и ограничение возможностей являются ведущими показателями в самоощущении человека, имеющего двигательные нарушения вследствие заболевания, это говорит о концентрации на негативных последствиях болезни, указывает на общий негативный фон восприятия себя и на склонность воспринимать себя излишне критично.

Таблица 2

Матрица факторных нагрузок (метод главных компонент, вращение по методу varimax) до групповой работы

Показатели методик	Факторы		
	1	2	3
Закрытость	– 0,04	– 0,12	0,03
Самоуверенность	– 0,02	– 0,01	– 0,14
Саморуководство	0,00	0,39	0,23
Отраженное самоотношение	– 0,24	– 0,34	– 0,16
Самоценность	– 0,18	0,42	– 0,20
Самопринятие	– 0,14	– 0,01	0,16
Самопривязанность	0,05	– 0,08	– 0,73
Внутренняя конфликтность	– 0,04	0,01	– 0,55
Самообвинение	0,03	0,48	0,09
Шкала тревоги	– 0,03	0,73	0,05
Шкала невротической депрессии	– 0,02	– 0,16	0,09
Шкала астении	0,01	0,04	– 0,48
Шкала истерического типа реагирования	– 0,03	0,21	– 0,38
Шкала обсессивно-фобических нарушений	0,08	0,25	– 0,12
Шкала вегетативных нарушений	– 0,07	0,77	– 0,05
Ограничение силы и энергии	0,16	– 0,09	0,37
Ухудшение отношения к больному в семье	0,90	– 0,05	0,01
Ограничение удовольствий	0,93	0,06	– 0,04
Ограничение свободного времени	0,91	– 0,01	– 0,03
Ограничение карьеры	0,95	– 0,04	0,06
Снижение физической привлекательности	0,93	– 0,08	– 0,02
Формирование чувства ущербности	0,96	– 0,01	0,05
Ограничение общения	0,93	– 0,07	0,02
Материальный ущерб	– 0,11	0,03	0,13
Потребность в общении	– 0,02	– 0,05	0,18
Собств. значения	6,21	1,99	1,61
Доля объясненной дисперсии	0,25	0,08	0,06
0,25	– корреляции на уровне значимости $p < 0,05$		
0,32	– корреляции на уровне значимости $p < 0,01$		

* Примечание:

- 1 – Чувство ущербности и ограниченности возможностей;
2 – Тревожность;

Результаты, полученные после групповой работы (табл. 3), демонстрируют следующие закономерности. Ведущим фактором (1) является фактор, включающий **комплекс невротических личных проявлений**. Наибольшая факторная нагрузка приходится на «Шкалу истерического типа реагирования» (0,87) и на «Шкалу тревоги» (0,78). Средний уровень значимости по показателям невротических нарушений имеют: «Шкала вегетативных нарушений» (0,66), «Шкала обсессивно-фобических нарушений» (0,57) и «Шкала невротической депрессии» (0,53). Данный фактор после групповой работы имеет наибольшую информативность (13 %), т.к. учитывая особенности заболевания, тревога за последствия заболевания будет сопровождать человека постоянно, а нарушения вегетативного фона болезни имеют органическую основу.

Второй фактор включает показатели, которые характеризуют, по нашему мнению, **«межличностные отношения»** (11 %). Ощущение «Снижения физической привлекательности» (– 0,82) стало восприниматься менее болезненно, поэтому меняется ситуативная характеристика внутренней среды, проявляется большая потребность в общении (– 0,77) с другими людьми. При этом переживания и страхи за исход болезни остаются, но в меньшей степени, чем до групповой работы (0,51).

Третий фактор – **самоотношение во взаимодействии с другими**. Этот фактор имеет наименьшую информативность (9 %). Здесь можно отметить об избирательности отношения человека к своим личностным свойствам («Самопривязанность» (0,72)). Шкалы «Внутренняя конфликтность» 0,66) и «Отраженное самоотношение» (0,55) говорят о трудностях преодоления внутренних барьеров для создания положительного фона отношения к себе, а также признания своих достоинств, что становится возможным при условии взаимодействия с другими людьми. В связи с этим, шкала «Ограничение

карьеры» становится менее значимой ($-0,61$) и человек начинает задумываться о возможности любого трудоустройства.

Таблица 3

Матрица факторных нагрузок (метод главных компонент, вращение по методу varimax) после групповой работы

Показатели методик	Факторы		
	1	2	3
Закрытость	$-0,13$	$0,07$	$-0,07$
Самоуверенность	$-0,32$	$-0,20$	$-0,29$
Саморуководство	$0,01$	$-0,19$	$0,08$
Отраженное самоотношение	$-0,30$	$-0,40$	$0,55$
Самоценность	$-0,30$	$-0,27$	$0,27$
Самопринятие	$-0,04$	$0,02$	$0,12$
Самопривязанность	$-0,15$	$0,12$	$0,72$
Внутренняя конфликтность	$0,10$	$-0,34$	$0,60$
Самообвинение	$0,08$	$-0,35$	$-0,23$
Шкала тревоги	$0,78$	$0,04$	$-0,10$
Шкала невротической депрессии	$0,53$	$0,27$	$-0,23$
Шкала астении	$0,24$	$0,22$	$-0,43$
Шкала истерического типа реагирования	$0,87$	$-0,08$	$-0,13$
Шкала обсессивно-фобических нарушений	$0,57$	$0,51$	$0,08$
Шкала вегетативных нарушений	$0,66$	$0,40$	$-0,16$
Ограничение силы и энергии	$0,30$	$-0,26$	$0,02$
Ухудшение отношения к больному в семье	$-0,10$	$0,18$	$0,21$
Ограничение удовольствий	$0,22$	$-0,04$	$-0,02$
Ограничение свободного времени	$-0,04$	$-0,07$	$-0,07$
Ограничение карьеры	$-0,11$	$-0,34$	$-0,61$
Снижение физической привлекательности	$0,00$	$-0,82$	$0,12$
Формирование чувства ущербности	$0,08$	$-0,12$	$-0,08$
Ограничение общения	$-0,16$	$0,00$	$-0,10$
Материальный ущерб	$-0,40$	$0,29$	$-0,22$
Потребность в общении	$-0,10$	$-0,77$	$-0,11$
Собств. значения	$3,17$	$2,71$	$2,22$
Доля объясненной дисперсии	$0,13$	$0,11$	$0,09$
$0,25$	– корреляции на уровне значимости $p < 0,05$		
$0,32$	– корреляции на уровне значимости $p < 0,01$		

* Примечание:

1 – Комплекс невротических личных проявлений;

2 – Межличностные отношения;

3 – Самоотношение во взаимодействии с другими.

Таким образом, по результатам сравнения данных факторного анализа до и после групповой работы можно сделать вывод, что групповая работа

помогла нашим участникам изменить свои установки. Так, если до групповой работы к главным факторам, определяющим поведение больных, можно отнести установку на болезнь с ее негативными последствиями, внутреннюю амбивалентность в установках по отношению к себе и тревожность, то после планомерного участия в группе функциональных изменений картина меняется. На первый план выходят показатели важности взаимоотношений, значимости отдельных показателей самоотношения с сохранением невротического симптомокомплекса. Отметим, что невротические состояния имеют органическую основу, проявления которых устранить можно только частично.

Все это свидетельствует о возможности планомерного изменения внешних факторов ситуации, которые постепенно будут качественно перестраивать элементы внутренней картины болезни, а также мотивировать больного человека к дальнейшему формированию адекватных реакций в ответ на любую объективную критическую ситуацию.

Таким образом, проведенное исследование позволило рассмотреть и проанализировать параметры ситуации человека в состоянии болезни поврежденного мозга и возможно достижимую жизненную ситуацию в результате процесса психофизической реабилитации в группе функциональных изменений (табл. 4).

Таблица 4

Описание наличной ситуации, в которой находятся лица с двигательными нарушениями органического генеза, и возможно достижимой ситуации в результате практической работы в группе

Параметры ситуации	Описание параметров	Характеристики параметров ситуации до участия в групповой работе лиц с двигательными нарушениями	Характеристики параметров ситуации после участия в групповой работе лиц с двигательными нарушениями
Цели	Наличие детерминирующей цели, подцелей	Выздоровление, возвращение к трудовой деятельности, восстановление навыков деятельности.	Полное выздоровление и возвращение к трудовой деятельности (вне зависимости от вероятности достижения этой цели).
Правила	Требования о желательном, дозволенном и недозволенном поведении	Изменение правил повседневной жизни, способов ее координации (трудность или невозможность их выполнить в силу тех или иных причин). Раздражение от невозможности соблюдать эти правила. Разрешение агрессии по отношению к другим.	Выработка новых правил поведения, адекватных настоящему состоянию, снятие напряжения и деструктивных форм поведения в социальных ситуациях.
Роли	Требования, обязанности, функции, которые человек выполняет в соответствии со своей позицией.	Трудность или невозможность выполнения привычных, традиционных ролей. Возможное появление ролевых конфликтов. Пассивность в ролевом поведении.	Возврат к выполнению привычных ролей в семье и по возможности на производстве, активность в ролевом поведении
Репертуар действий	Речевое поведение, невербальные действия, уместные для данной ситуации	Нарушение артикуляции. Непроизвольность движений, которых стесняются. Телесная слабость. Страх потерять контроль над своим телом. Эмоциональная лабильность.	Восстановление речевой деятельности, поиск новых контактов для общения, максимально возможное восстановление произвольности движений, физическая активность,

Паттерны взаимодействия	Поведенческие акты или репертуары действий, объединенных в четкую последовательность	Трудности общения, связанные с нарушениями функций тела. Чувство стыда или неудобства (иногда агрессии) при взаимодействии со здоровыми людьми. Осложнение отношений с семьей, с родственниками. Суеверность, религиозность. Ритуальность поведения, вера в сновидения.	Восстановление (частичное или полное) функциональной подвижности тела, устранение чувства стыда и неудобства при общении со здоровыми людьми, чувство уверенности в общении с чужими людьми. Ритуальность поведения, суеверность, религиозность и вера в сновидения остаются неотъемлемой частью поведения человека
Понятийный аппарат	Система понятий, которая необходима для поддержания здоровья	Интерес к новой информации о болезни и способах ее лечения, способах реабилитации как из профессиональных источников, так и через нетрадиционную медицину.	Сохранение интереса к новизне информации о заболевании, лечении и его профилактике, желание делиться приобретенными знаниями с другими людьми, как больными, так и здоровыми.
Соотнесенность с окружающей средой	Пространственные границы, место действия	Сужение пространственных границ, ограничение мест действия поведения, уменьшение жизненного пространства. Сокращение круга общения, специфичность контактов с окружающими людьми.	Расширение межличностного пространства, способность к смене психологических позиций в зависимости от возникшей ситуации, расширение коммуникативных средств общения,
Коммуникативные средства	Различные языки, необходимые для овладения ситуацией	Ограниченность непосредственной коммуникации. Предпочтение опосредованной коммуникации (через телефон, интернет). Тематика общения и коммуникации приобретает специфический уклон в обсуждение болезни. Знание медицинской терминологии.	Более активное речевое общение, которое развивается на положительном эмоциональном фоне. Расширяется диапазон тематики общения, средства невербальной коммуникации становятся более богатыми, т.к. человек практически не контролирует кинестетическую структуру тела.

Степень трудности ситуации	Трудности взаимодействия и навыки их преодоления	Ощущение непреодолимости ситуации, в то же время вера в чудесное исцеление. Желание планировать будущее. Противоречивость и неустойчивость самооценок. Необходимость изменения самоотношения с целью успешной реадaptации. Выбор либо продуктивных, либо непродуктивных стратегий совладающего поведения.	Ощущение возможности преодоления препятствий на пути к поставленной цели, внутренняя актуализация положительного разрешения ситуации, формирование стратегий саморегуляции поведения и самопринятие человека таким, какой он есть, выступают в качестве положительного отношения к себе.
----------------------------	--	---	--

Выводы

Управляемый микросоциум (в нашем случае это малая группа на преднамеренное функциональное изменение) может быть представлен как преднамеренное изменение наличной ситуации и построение другой жизненной ситуации, в которой человек сможет реадaptироваться и вернуться к прежней жизни.

Детерминантами поведения в различных социальных ситуациях являются как личностные, так и средовые факторы. Социальная среда как человеческая реальность заключается в том, что «среда» семантически противопоставляется организму или, в данном случае, субъекту как нечто его окружающее или нечто, во что он погружен (например, погружение в болезнь, чувство ущербности, депрессивные переживания). Особенностью же социальной среды представляется то, что субъект сам является и ее воплощением, и ее носителем. В связи с этим социальная среда больного человека в состоянии болезни поврежденного мозга обязательно должна рассматриваться в двух планах – объективном и субъективном

В заключение хотелось бы добавить, что информация о психологическом воздействии ситуаций может быть использована в определении стратегий социального вмешательства. Она дает представление о том, какие условия необходимо создавать для максимального личностного

роста. Характеристики условий могут служить обратной связью для участников, создавая стимул для изменения. Информация о ситуационных условиях может использоваться как руководство к конструированию и планированию новых условий, которые будут иметь желательное влияние.

Список литературы:

1. *Балунов О.А.* К вопросу об оценке эффективности реабилитации больных с последствиями инсульта // Невропатологии психиатрии. – 1996. – № 5. – С. 102–107.
2. *Березин Ф.Б.* Психическая и психофизическая адаптация человека. – Л.: Наука, 1998. – 269 с.
3. *Бююль А., Цефель П.* SPSS: Искусство обработки информации. Анализ статистических данных и восстановление скрытых закономерностей. – СПб.: ООО «ДиаСофтЮП», 2005. – 608 с.
4. *Макишанов С.И.* Психология тренинга: Теория. Методология. Практика. – СПб.: Образование, 1997. – 238 с.
5. *Налчаджян А.А.* Психологическая адаптация: механизмы и стратегии. – М.: Эксмо, 2009. – 368 с.
6. *Полиевский С.А.* Стимуляция двигательной активности. – М.: Физическая культура, 2006. – 256 с.
7. *Росс Л.* Человек и ситуация. Уроки социальной психологии. – М.: Аспект-пресс, 2000. – 429 с.
8. *Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б., Тхостов А.Ш.* Психопатология депрессий (к построению типологической модели). Депрессии и коморбидные расстройства. – М., 1997. – С. 28–53.
9. *Трифонов С.А.* Психология социальных ситуаций. – Ярославль: Изд-во ЯрГУ, 2004. – 91 с.
10. *Урванцев Л.П.* Психология в работе врача. – Ярославль: ЯГИПП «Полиграфия», 1993. – 80 с.
11. *Хлуновский А.Н., Старченко А.А.* Концепция болезни поврежденного мозга. Методологические основы. – СПб.: Лань, 1999. – 256 с.
12. *Цветкова Л.С.* Нейропсихологическая реабилитация больных. Речь и интеллектуальная деятельность. – М.: Издательство Московского психолого-социального института; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2004. – 424 с.
13. *Шмырев В., Бирюля Е.* Многоэтапная реабилитация больных церебральным инсультом // Врач. – 1999. – № 10. – С. 20–21.

Ким Лариса Мироновна – к.пс.н., доцент кафедры ФВС и ОМЗ Северо-Восточного государственного университета, 685000 г.Магадан т. 89246917174 amarillis30@mail.ru