

УДК 159.9.01

А.С. Яламов

Социальный контекст нейропсихологической реабилитации больных с ОНМК

Аннотация:

В статье описано исследование в области нейропсихологической реабилитации, в котором анализируются социальные факторы, влияющие на процесс восстановления. Рассматриваются больные неврологической клиники, перенесшие острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), а также специальным предметом исследования является отношение их родственников к заболеванию, ситуации реабилитации и используемым в ней средствам. Кратко описан термин «социальная ситуация реабилитации», охарактеризована феноменология социальной ситуации реабилитации.

Ключевые слова: нейропсихологическая реабилитация, социальная ситуация реабилитации, острое нарушение мозгового кровообращения, инсульт

Об авторе: Яламов Антон Сергеевич, Государственный университет «Дубна», ассистент кафедры клинической психологии факультета социальных и гуманитарных наук; эл. почта: yalamov@mail.ru

Классики нейропсихологической реабилитации традиционно указывали на необходимость разработки специальных методов, направленных на личностный компонент в реабилитации [6, 7, 1, 10]. Тем не менее, это указание имело скорее декларативный, нежели методически и практически оформленный характер.

Последние десятилетия наиболее распространенной моделью восстановления нарушенных высших психических функций (ВПФ) является модель «когнитивной нейрореабилитации». Данная модель в большей степени разрабатывается западными исследователями, но тенденции этой модели мы можем проследить и у отечественных нейропсихологов [3]. Ее особенность заключается в поиске наиболее эффективного пути восстановления отдельных ВПФ путем системной работы, которая учитывает специфику механизма нарушения и выстраивается в соответствии со структурой нарушения в целом. При этом не учитывается потенциал социальных факторов, т.е. всего множества

обстоятельств заболевания, лечения и реабилитации, связанных с работой пациента, семьей, активностью его домашних в копинге заболевания и др., влияющих на процесс восстановления ВПФ.

На фоне модели «когнитивной нейрореабилитации» разработка методов работы с подопечным ведется через уровни более высокого порядка: это – опосредствованная работа через личность подопечного, через семейную ситуацию (социальную ситуацию реабилитации), но порой такая работа выглядит очень бедно. А.Р. Лурия указывал на необходимость изменения щадящей установки личности путем работы со всем социальным окружением больного [2]. Л.С. Цветкова специально подчеркивала необходимость преодоления негативных установок членов семьи по отношению к заболеванию, в частности, установки на инвалидизацию своего близкого. Одна из причин кризиса методов нейропсихологической реабилитации, которую она обозначала [10], заключается в отсутствии комплексного подхода к процессу реабилитации.

Возможно, смещение фокуса на социальные аспекты нейропсихологической реабилитации способно разрешить этот кризис. Совокупность социальных факторов, которые оказывают влияние на процесс восстановления, до сих пор остаются вне фокуса исследователей отечественной нейропсихологии. Для объяснения многообразия социальных факторов, способных влиять на процесс восстановления, мы будем использовать термин «социальная ситуация реабилитации» (как вариант: «социальная ситуация выздоровления»). Этот термин был введен в 2002 г. нейропсихологом Н.П. Ключко [4]. По аналогии с известным в психологии развития понятием «социальной ситуации развития» данный термин направлен на объяснение взаимосвязи и взаимозависимости внутренних психических процессов с внешними социальными условиями восстановления. «Понятие *«социальной ситуации выздоровления, реабилитации»* вводит собственную активность больного в контекст ситуации. Если есть комплекс условий, образующих эту ситуацию, то собственные возможности больного в виде заживления очагов поражения, ответа на внешние воздействия, мобилизации собственной активности выступают в роли движителей для начала процесса ранней реабилитации» [3, с. 40]. Именно активность больного, перенесшего ОНМК, является важнейшим условием для эффективного восстановления. Социальная ситуация реабилитации в этом отношении является сложным взаимодействием внешних условий и внутренних возможностей подопечного, которые способствуют формированию его активной позиции в отношении борьбы с последствиями ОНМК. В данном контексте мы

постарались изучить содержание социальной ситуации реабилитации. В связи с этим мы обозначили некую начальную дефиницию данного термина. Социальная ситуация реабилитации (ССР) - это специфические внутренние ориентиры больного, касающиеся процесса восстановления, заданные во внешних условиях и через близких, влияющие на процесс его восстановления.

Первым шагом в понимании потенциала ССР должно быть изучение близкого социального окружения. Родственники и близкие пострадавшего неизбежно вынуждены подстраиваться под новые условия, вызванные спецификой ОНМК. Понимание того, как именно реагирует семья пострадавшего, какие модели взаимодействия между собой, с врачами, с близким выбирает, как понимает болезнь и оценивает текущее состояние и возможную динамику и т.д. - все это необходимо для построения более широкой системы средств и методов реабилитации. Исследования, направленные на изучение данных проблем, часто обходят стороной или не уделяют должного внимания вопросам взаимоотношения социальных условий реабилитации и динамики восстановления. Часть исследователей уделяют внимание родственникам пострадавших и исследуют влияние инсульта на эмоциональное состояние близких [7, 9, 10, 11, 12]. Другие исследования показывают корреляцию тяжести нарушения и бытовых, социальных, экономических проблем семьи [2, 13, 14, 15]. В ситуации ОНМК, опасную своей непредсказуемостью, тяжестью, возможными последствиями и др., родственники вынуждены осваивать совершенно новую для себя деятельность, заключающуюся в поиске способов восстановления пострадавшего. У человека, прежде не сталкивавшегося с проблемами такого рода, нет средств, которые помогли бы ему в этом. Деятельность, необходимость освоения которой возникает так стремительно, заставляет преобразовать всю прежнюю систему мотивов родственника. Например, своеобразное отношение к болезни как к физиологической проблеме, ожидание «волшебной» таблетки, которая исправит ситуацию, или сверх-надежды на специалиста - все это может стать существенным препятствием восстановлению. Простая беседа с родственниками пострадавших от инсульта показывает, что они зачастую лишены существенных ориентиров в отношении состояния подопечного, прогнозов, способов адекватного взаимодействия. Информация, которую они получают от медперсонала, часто обрывочная, ситуативно значимая. Конечно, в подобных условиях мотивированные на помощь и восстановление своего близкого родственники ищут любую информацию, которую, как правило, находят в сети. Такая информация часто не отвечает

потребностям родственника, а в отдельных случаях искажает представление о происходящем.

В настоящее время существует группа личностно-ориентированных моделей нейропсихологической реабилитации, учитывающих не только специфику нарушения больного, но и индивидуальные, личностные особенности пострадавшего [1, 5, 7, 8]. Организация групповой работы с больными после ОНМК, ЧМТ, опухолей и т.д. демонстрирует потенциал такой формы работы. Понимая под социальной ситуацией реабилитации влияние близких родственников подопечного и всех тех, кто осуществляет заботу о нем вне профессиональных учреждений, нам предоставляется возможность открыть дополнительный ряд факторов, которые оказывают существенное влияние на процесс восстановления. Сложные процессы, которые происходят вне фокуса нейропсихолога, врача, физиотерапевта и др. способны изменять и искажать проводимую специалистом работу. Совершенно очевидно, что сложные жизненные обстоятельства, в которых оказалась семья пострадавшего, могут негативно влиять на динамику восстановления: изменить мотивацию относительно собственного восстановления, ограничить его активность, лишить возможности полноценно ориентироваться в собственных возможностях и перспективах восстановления. Отсутствие необходимых знаний о состоянии подопечного, неадекватная оценка его текущих возможностей, ошибочные ожидания и многое другое присутствует и оказывает влияние на восстановление.

Учет этих социальных факторов может не только помочь объяснить различную динамику восстановления в тех или иных случаях, но также поможет дополнить инструментарий нейропсихолога. Проведя соответствующую работу с близким социальным окружением, которое находится в постоянном контакте с ним, мы сможем выстроить такое взаимодействие, которое будет адекватно отвечать имеющимся у подопечного нарушениям, что само по себе может оказаться мощным средством восстановления.

Современная психология предоставляет ряд надежных, апробированных и экологических средств для работы с ССР. «Внутренняя картина болезни» (ВКБ) – понятие, введенное Р.А. Лурией и нашедшее множество сторонников впоследствии [5, 2, 8], может быть успешно применено в объяснительной модели социальной ситуации реабилитации. Поиск способов исследования ВКБ родственников о состоянии подопечного и способов формирования адекватной ВКБ является важнейшей задачей автора статьи. В настоящий

момент в разработке находятся такие методы, как исследование внутрисемейных отношений до и после травмирующего события с помощью методики Геринга. Использование этой методики может помочь увидеть обострение ситуации и изменение положения подопечного в семейной ситуации.

Важными факторами ССР является взаимодействие родственник - подопечный. В зависимости от характера нарушения оно может меняться. В одном из наших случаев ближайший родственник, осуществляющий уход за близким долгое время, не мог выработать необходимых средств общения. Подтверждением этому было постоянное ожидание того, что подопечный понимает обращенную к нему речь, и фрустрация, каждый раз, когда обращение не было понято. Естественно, что при грубой эфферентной моторной афазии, которая была у подопечного, он не мог понять обращенную к нему речь, состоящую из сложно построенных предложений, произносимую в той же манере, что и со здоровым человеком. Опираясь на модель А.Р. Лурии, мы знаем, что существует несколько механизмов нарушения речи вследствие ОНМК и других поражений мозгового вещества. Простая ориентировка родственника в специфике данного конкретного нарушения, как минимум, способна улучшить коммуникацию. Одна из наших гипотез заключается в том, что ориентировка в значимых аспектах нарушения и наличие объективных средств контроля состояния подопечного способны положительно влиять на процесс восстановления.

Высокая частота ОНМК и недостаточные возможности в сопровождении подобного рода пострадавших диктуют необходимость расширения набора восстановительных процедур и качественное изменение подхода к восстановлению, где социальные факторы только начинают учитываться специалистами. Семья несет в себе огромный потенциал, способный улучшить результаты реабилитации. При этом если близкие пострадавшего не способны понять и скорректировать свое поведение, выстроить эффективные условия быта, то их влияние способно, напротив, ухудшить эти показатели и обесценить работу реабилитационной бригады. Вслед за моделью реабилитации, построенной А.Р. Лурией и Л.С. Цветковой, понимание динамики внутрисемейных процессов у семей, активно включенных в процесс восстановления своего близкого, будет являться мощным средством на пути к повышению мотивации, разрушению установки на неуспех и других факторов, влияющих на эффективность восстановления после ОНМК.

На протяжении 5 лет мы исследуем особенности ССР. В исследовании участвовали 8 подопечных и их семьи. Исследование заключалось в сборе анамнеза о специфике

взаимоотношений в семье до заболевания, особенностях быта и взаимодействия после заболевания и анализ динамики ССР в течение времени болезни. С каждым подопечным был проведен курс нейропсихологической реабилитации по методике восстановительного обучения Л.С. Цветковой [8]. Длительность работы с каждым подопечным варьировалась от 1 месяца до 1 года. Критериями, по которым подбирались подопечные, включали в себя: наличие ОНМК и готовность семей к работе с нейропсихологом. Среди подопечных мы можем выделить две группы: «потенциально более готовые» к ситуации работы над последствиями ОНМК и «менее готовые». Среди 6 испытуемых 3 семьи, в составе которых есть клинический психолог. Данные условия особо ценны для нас, так как здесь исключается признак отсутствия ориентировки близкого социального окружения в вопросах нарушения ВПФ, причин и последствий инсульта. Далее мы сравнили данные группы на предмет выбранных родственниками долгосрочных стратегий при восстановлении.

В ходе исследования нами был выделен ряд признаков ССР:

- Во всех случаях наблюдалось снижение значимости рекомендаций в вопросах подбора восстановительных процедур. Данный феномен заключается в намеренном снижении авторитета родственника или близкого в вопросах, напрямую касающихся здоровья и восстановления (организация дня, подбор восстановительных процедур и т.д.). При этом мнение менее знакомого человека (не обязательно специалиста в данной области) может быть полностью принято подопечным. Этим человеком может быть сосед по палате, особенно, если у него уже был инсульт (например, он лежит с повторным инсультом), знакомый с перенесенным когда-либо инсультом и др.
- Во всех случаях наблюдалась специфическая реакция со стороны родственников на исключение их из круга доверия в отношении вопросов здоровья и организации восстановительных процедур. Часто эта реакция окрашивала все межличностные отношения родственника и подопечного, т.е. мы часто слышали такие высказывания: «это все его характер, он упрямый», «всегда таким был, никогда нас не слушал». В отдельных случаях это изолировало подопечного от родственников, последние отдавали предпочтение лишь бытовым и экономическим вопросам в организации восстановления, а существенные задачи, направленные на здоровье подопечного, полностью отдавались специалистам.
- Во всех случаях близкое социальное окружение оказывалось заложником ситуации. В отдельных случаях наблюдались явные психологические проблемы самих

родственников, связанные с заболеванием подопечного (специальное исследование состояния родственников нами не проводилось), что подтверждается и другими исследованиями [16, 17].

- В большинстве случаев в состав ССР входила лишь часть родственников, имеющих возможности участвовать в процессе восстановления. Обычно это те, кто имел наиболее близкие отношения с больным до инсульта. Остальные родственники либо игнорировали сам факт болезни, либо устранились от специфической работы над ее последствиями. При этом вся ответственность за организацию восстановления ложилась на плечи одного-двух человек из семьи.

- В группе, где не было клинического психолога, близкие подопечного имели неадекватное представление о специфике нарушения. Чаще всего нарушение воспринималось по типу отката на прежние ступени развития, т.е. нарушения речи воспринимались как неразвитая речь, похожая на речь ребенка и т.п.

- В группе, где не было клинического психолога, подбирались методы восстановления соответствующие развитию ВПФ у ребенка (в речи и восприятии: указания на ошибки и демонстрация правильного произношения или коррекция ошибок восприятия).

- Отслеживание динамики родственниками осуществлялось крупными единицами, т.е. мелкие улучшения не замечались или не принимались во внимание.

- В группе, где не было клинического психолога, средства восстановления, изначально данные в больнице или реабилитационном центре, далее не изменялись, либо они методично повторялись на протяжении длительного времени, либо их применение прекращалось.

- В группе без клинического психолога родственники ожидали стремительного, скачкообразного восстановления. В одном из наблюдаемых нами случаев, где длительно не происходило каких-либо изменений в состоянии ВПФ подопечного, родственники продолжали ждать эффекта «волшебной таблетки» со стороны нейропсихологической реабилитации.

- Копинг-стратегии, выбираемые родственниками, в группе, где есть клинический психолог, были более адекватны. Они соответствовали и характеру нарушения ВПФ, и особенностям личности подопечного. Тоже касается прогноза родственников относительно динамики восстановления. Группа, где нет специалиста, не

имела четких представлений о планировании и выстраивании дальнейшей работы, прогнозы часто имели неадекватный характер.

- В отдельных случаях (2 случая) мы наблюдали пассивность со стороны родственников даже при наличии специальной работы с нейропсихологом, направленной на разъяснение специфики нарушения и конкретными указаниями по организации восстановления.

Описание феноменологии ССР в данной статье затрагивает только одну из ее сторон. Мы намеренно не вскрывали причин данных феноменов, т.к. это составляет цель специального исследования, которое будет проводиться нами далее. Выделенные в данной статье феномены заслуживают пристального внимания со стороны специалистов, участвующих в процессе реабилитации больных с ОНМК.

Приведем некоторые примеры. В одном из проанализированных нами случаев мы ретроспективно, со слов жены, вскрыли специфическое развитие взаимоотношений. Подопечный, 67 лет, с тяжелыми нарушениями моторных компонентов речи и тяжелыми нарушениями интеллектуальной сферы. Ядром ССР являлась жена подопечного. На протяжении 3 лет они боролись с последствиями инсульта. Жена приняла позицию «гиперопеки», что было необходимо на первых стадиях после инсульта. Подобная позиция, несмотря на высокую занятость самой жены (все бытовые задачи и часть финансовых обязательств теперь легли на ее плечи), сохранялась и далее. Данная позиция ярче всего проявлялась тогда, когда, по мнению жены, подопечный должен сам легко справиться с поставленной перед ним задачей. Например, при решении задач, которые прежде легко давались подопечному до инсульта, жена не могла оставаться в стороне и наблюдать, она принималась решать их за него. Это могло сопровождаться комментариями по типу: «ну, что ты, надо так и так» или «неправильно, смотри, вот так ведь надо». В случаях, когда жена видела неспособность подопечного самостоятельно справиться с этими задачами, она отчаивалась. Интерпретируя эту ситуацию, можно сделать вывод, что жена не желала видеть неуспех человека, который всегда был неким образцом в семье. Все это рождало неадекватное представление о специфике нарушения и становилось причиной контрпродуктивного взаимодействия с подопечным. Это подтверждается эпизодом, когда в силу обстоятельств главную роль в заботе над подопечным взял другой член семьи. У больного произошел скачок сразу в нескольких сферах: у него частично восстановилась подвижность ног, снизились полевые реакции. Подопечный оказался совсем в других условиях. Во-первых, ему потребовалось самостоятельно решать некоторые задачи (их за

него прежде решала жена). Во-вторых, человек, который принял на себя главную роль в заботе о подопечном в этот период, прежде был под опекой самого подопечного, и последний вновь принял на себя эту миссию, стараясь всеми способами это осуществить.

Другой стороной является отношение самого подопечного к близким родственникам. Часто прежде успешный член семьи, лидер, который становится заложником постинсультного состояния, не готов принимать помощь со стороны близких. В одном из случаев подопечный, который выделялся крайне авторитарной позицией, упорно игнорировал помощь со стороны близких. В процессе нейропсихологической реабилитации, которая осуществлялась на протяжении 6 месяцев, основным мотивом подопечного было возвращение на работу. При грубых нарушениях моторных компонентов речи он активно противостоял близким в вопросах принятия помощи, следования инструкциям врача и т.д. Доходило до отказа принимать лекарства и ложиться в реабилитационный центр для прохождения плановой реабилитации. В данном случае главную роль лидера на себя приняла дочь подопечного. С ее стороны в ответ на отказы подопечного также возникали особые реакции в виде критики его безответственности, дезориентированности в медицинских вопросах и т.п. Подобное противостояние, конечно, отражалось и на процессе восстановления. Без специалиста (в данном случае нейропсихолога) подопечный, никого не слушая, выстраивал какую-то свою модель реабилитации. Аргументируемые и верные доводы со стороны дочери (например, касающиеся организации восстановительных процедур, планирования распорядка дня и т.п.) игнорировались подопечным. Такие условия порождали споры и способствовали дистанцированию дочери. Остальные члены семьи участвовали в вопросах восстановления. Их помощь ограничивалась решением бытовых задач. Работа, которая проводилась с близкими подопечного (в данном случае с дочерью), не имела существенных результатов. Работа была направлена на информирование близких о специфике нарушений ВПФ. Активность родственников в отношении организации реабилитации, распорядка дня и т.п. резко снизилась через 2 месяца после начала нейропсихологической реабилитации. Возможной причиной является противостояние больного своим близким.

Схожую картину мы наблюдали и в других случаях. В подобных условиях требуется более глубокая работа с родственниками. Нами были разработаны некоторые средства работы с ССР. Это – информационные брошюры и буклеты, задача которых сориентировать родственников в различных аспектах последствий инсульта. Помимо этого мы проводили специальную работу с родственниками. Наши задачи заключались в ориентировке

родственников в имеющихся у подопечного нарушениях и построении задач, которые могли бы они выполнять для повышения эффективности восстановления (например, ведение дневника активности и состояний подопечного, организация прогулок и других мероприятий с учетом общего психического тонуса и т.д.). Данные средства были апробированы на 4 подопечных. В описанных выше примерах эти средства оказались недостаточны. Очевидно, требуется проводить более глубокую работу с родственниками подопечного. Понимание родственниками специфики нарушения и психологических особенностей ситуации боления в данном случае недостаточно. С одной стороны, родственники оказывают важную стимулирующую роль в контексте восстановления ВПФ, у них есть потенциал не только будировать, но и осуществлять некоторые реабилитационные процедуры (возвращать родственнику простые бытовые обязанности, что является важным подспорьем для реабилитации). С другой стороны, родственники оказываются в этих специфических условиях без средств какой-либо ориентировки. Они сами испытывают на себе давление данной ситуации и вынуждены перестраивать привычный уклад жизни в соответствии с новыми для них запросами. Родственник принимает на себя роль лидера семьи не только в бытовых задачах, но и в задачах поддержания жизни больного члена семьи, организации его реабилитации. Большинство семей с постинсультными больными не может себе позволить полноценную реабилитацию в специализированных центрах или на дому с подбором советующих специалистов. Часто главной задачей восстановления является медикаментозное лечение, на втором месте стоит восстановление ВПФ (движения, речи) и только на третьем решение более широкого круга личностных проблем, связанных с инсультом и ситуацией боления в целом. Нашей задачей было показать, что условием качественного и эффективного восстановления является учет личностных компонентов нейропсихологической реабилитации, а это достигается через работу с ССР.

На основе данных примеров и описаний мы сделали следующие выводы:

- ССР является качественно своеобразной жизненной системой. Человек, перенесший ОНМК, оказывается в своеобразном жизненном окружении, которое живет в более сложных условиях. Родственники подопечного вынуждены примерить на себя роль специалистов в сфере реабилитации.
- ССР не статична, она имеет свою динамику и способна оказывать как положительное, так и негативное влияние на процесс восстановления ВПФ.

■ При отсутствии возможностей непрерывной реабилитации активность подопечного и родственники, способные поддержать ее, оказываются единственными адекватными источниками восстановления ВПФ.

Близкие родственники, являющиеся частью ССР, способны принять на себя роль поддержания активности подопечного. В тоже время, существует ряд психологических факторов, препятствующих подобной деятельности родственников.

Библиографический список:

1. Глоzman Ж.М. Мотивационные и личностные аспекты реабилитации больных с афазией // Актуальные проблемы современной психологии. Материалы международной конференции. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1983. С. 212-215.
2. Глоzman Ж.М., Бичева К.Г., Федорова Н.В. Исследование качества жизни родственников, ухаживающих за хроническими больными (на модели болезни Паркинсона) // Вестник Московского университета. Серия 14 Психология. 1998. № 3. С. 63-71.
3. Григорьева В.Н., Ковязина М.С., Тхостов А.Ш. Когнитивная нейрореабилитация больных с очаговыми поражениями головного мозга. М.: НГМА, 2006. 255 с.
4. Ключко Н.П. Нейропсихологическая реабилитация больных в остром периоде очаговых поражений головного мозга: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Ключко Николай Павлович. М., 2002. 163 с.
5. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания. М.: Медицина, 1977. 38 с.
6. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека: и их нарушения при локальных поражениях мозга. М.: Книга по Требованию, 2012. 432 с
7. Лурия А.Р. Травматическая афазия. М.: Книга по Требованию, 2012. 367 с
8. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М.: Издательство Московского университета, 1987. 166 с.
9. Цветкова Л., Цветков А. Изменение установки личности как механизм нейропсихологической реабилитации // Теория и практика общественного развития (электронный журнал). 2013. № 5. С. 109-111.
10. Цветкова Л.С. Нейропсихологическая реабилитация больных. М., 1985. 352 с.
11. Baumann M., Couffignal S., Le Bihan E., Chau N. Life satisfaction two-years after stroke onset: the effect of gender, occupational status, memory function and quality of life among patients (Newsqol) and their family caregivers (Whoqol-bref) in Luxembourg // BMC Neurol. 2012. Vol. 12. Pp. 105-116.
12. Berg A., Palomäki H., Lönnqvist J., Lehtihalmes M., Kaste M. Depression among caregivers of stroke survivors // Stroke. 2005. Vol. 36. Pp. 639-643.
13. Cuipers P. Depressive disorders in caregivers of dementia patients // Aging & Mental Health. 2005. Vol. 9 (4). Pp. 325-330.
14. Lutz B.J., Young M.E. Rethinking intervention strategies in stroke family caregiving // Rehabil Nurs. 2010. Vol. 35 (4). Pp. 152-160.
15. Pei-Chun T., Ping-Keung Y., John J.T., Meei-Fang L. Needs of family caregivers of stroke patients: a longitudinal study of caregivers' perspectives // Patient Preference and Adherence. 2015. Vol. 9. Pp. 449-457.

16. Perrin P.B., Johnston A., Vogel B., Heesacker M., Vega-Trujillo M., Anderson J., Rittman M. Culturally sensitive Transition Assistance Program for stroke caregiver: Examining caregiver mental health and stroke rehabilitation // Journal Rehabil Res Dev. 2010. Vol. 47 (7). Pp. 605-617.
17. Rittman R.M. A Guidebook for Caregivers of Veterans Post Stroke // Department of Veterans Affairs, 2007.

Yalamov A.S. Social context of neuropsychological rehabilitation of patients with stroke

The article describes the researched in neuropsychological rehabilitation. It is examined people surviving a stroke and they close relatives. Much attention is given to the social factors of neuropsychological rehabilitation. It is dealt with the term "social situation of rehabilitation". Data are given about phenomenology on social situation of rehabilitation.

Keywords: neuropsychological rehabilitation, social situation of rehabilitation, stroke