

УДК 159.9

DOI: 10.34670/AR.2022.12.34.003

## **Психологический аспект восстановления речевой коммуникации у пациентов после острого нарушения мозгового кровообращения**

**Земцева Наталья Владимировна**

Логопед,  
Центр патологии речи и нейрореабилитации  
Департамента здравоохранения г. Москвы;  
Московский государственный психолого-педагогический университет,  
123290, Российская Федерация, Москва, Шелепихинская наб., 2А;  
e-mail: nataliznv@mail.ru

**Тишина Людмила Александровна**

Кандидат педагогических наук, профессор,  
завкафедрой «Специальное (дефектологическое) образование»,  
Московский государственный психолого-педагогический университет,  
123290, Российская Федерация, Москва, Шелепихинская наб., 2А;  
e-mail: tishinala@mgppu.ru

### **Аннотация**

Одним из самых распространенных сосудистых заболеваний головного мозга является острое нарушение мозгового кровообращения. Нарушение речевой функции, наряду с двигательными и чувствительными, являются наиболее часто встречаемыми при этой патологии. Расстройство речи оказывает значительное влияние на качество жизни, ухудшая его: теряется вера пациентов в скорейшее выздоровление и благоприятный исход болезни, возникает чувство потери здоровья, появляется страх остаться бессильными на всю жизнь и стать обузой для своей семьи. Проблемы психологического характера встречаются практически у всех больных после ОНМК, однако у лиц с нарушениями речи они наиболее выражены. Отсутствие возможности говорить, выразить свои мысли, а порой и понимать обращенную речь, принимать участие в диалоге вызывает у людей чувство несостоятельности, разочарования в себе, ощущение потерянности и смятения. Психологические трудности, которые возникают у пациента при этом, препятствуют его социализации, возвращению на прежнее рабочее место и восстановлению в микросоциуме. При восстановлении речевой коммуникации у данной категории пациентов улучшаются контакты с близкими людьми и медицинским персоналом, что положительно сказывается на течении реабилитационного периода и восстановительного обучения. В связи с этим психологическая реабилитация является неотъемлемой частью комплекса лечебных мероприятий, которые направлены на достижение лучших результатов при восстановлении речи и возвращение пациента к привычному образу жизни. Важное значение уделяется комплексному подходу, включающему лекарственную терапию, работу логопеда и микросоциальное окружение пациента.

**Для цитирования в научных исследованиях**

Земцева Н.В., Тишина Л.А. Психологический аспект восстановления речевой коммуникации у пациентов после острого нарушения мозгового кровообращения // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2022. Т. 11. № 1А. С. 30-37. DOI: 10.34670/AR.2022.12.34.003

**Ключевые слова**

Инсульт, речь, речевая коммуникация, афазия, психологическая реабилитация.

**Введение**

Речевой акт представляет собой разноаспектное явление, в котором, как в фокусе, отражаются обозначаемая ситуация, условия коммуникации, коммуникативные задачи, выступающие в качестве детерминанта всякого речевого акта.

Нарушения речевой функции с точки зрения психологии негативно отражаются на психоэмоциональном состоянии человека, который в первую очередь является самодостаточной личностью, снижают качество его жизни, ограничивают деятельность человека. Общеизвестно, что подход к восстановлению речевой коммуникации должен быть мультидисциплинарным с учетом патологии, которая привела к этому, поскольку этот аспект является предметом изучения нейропсихологических, нейрофизиологических, психолингвистических и психолого-педагогических исследований.

Афатические нарушения вследствие ОНМК заслуживают особого внимания, поскольку встречаются у 20-38% пациентов с ОНМК [Сафронова, Коваленко, Мизюркина, 2019; Mestre, 2020; Fotiadou, 2014]. Значимость научно-теоретических и практико-ориентированных подходов к изучению ОНМК обусловлена высоким уровнем летальности, значительной инвалидизацией и социальной дезадаптацией пациентов.

Этап восстановления речевой функции на сегодняшний день является актуальной медико-социальной и психологической проблемой, в связи с тем, что занимает достаточно продолжительный период времени. Восстановительные мероприятия могут быть успешными только в случае применения комплексного и мультидисциплинарного подходов с привлечением близких пациента, которые могли бы тренировать знания, полученные пациентами. В первую очередь это связано с тем, что только активная речевая среда способна повысить результаты речевой терапии, и здесь крайне важна роль микросоциального окружения пациента [Fotiadou, 2014; Hersh, 2015].

Цель работы: провести анализ основных психологических аспектов восстановления речевой коммуникации у пациентов после ОНМК.

**Основная часть**

Общение играет одну из ключевых ролей в жизни человека, а потребность в нем обусловлена биологически. Некоторые психологи приравнивают функцию общения к потребности самосохранения, при том речь играет важную роль в организации и определении взаимосвязи таких психических процессов как восприятие, память, мышление, воображение и произвольное внимание [Secades et al., 2016; Benjamin, 2017; Цветкова, 1988, 1972].

Традиционно выделяют три функции речи: сигнификативная (или номинативная), функция

обобщения и коммуникативная. Речевая дисфункция значительно затрудняет коммуникативные способности, формируя развитие фрустрации, депрессии и социальной депривации пациентов. Часто такие нарушения проявляются в ухудшении контакта пациента с медицинским персоналом, что оказывает негативное влияние на течение реабилитационного процесса и последующего психосоциального восстановления.

Выделяют две большие группы нарушений речевой функции после инсульта: афазии и дизартрии. Особое значение уделяется изучению афазий (от греч. а – приставка, обозначающая отрицание, и *phasis* – речь), которые представляют собой центральное нарушение уже сформировавшейся речи.

Л.С. Цветкова считает, что актуальность проблемы афазии основана, с одной стороны, на необходимости углубления представлений о законах работы мозга и о взаимодействии речи и ее нарушений с другими психическими процессами, с другой стороны, обусловлена ее социально-практической значимостью в связи с вопросами восстановления трудоспособности больных и их трудоустройства [Цветкова, 1985].

А.Р. Лурия была создана классификация, которая включала семь форм афазий, разделенных на два класса. К первому классу относятся нарушения речи, которые являются следствием процесса выпадения или нарушения афферентных звеньев речевой функциональной системы, ко второму – афазии, развитие которых обусловлено поражением ее эфферентных звеньев [Пономаренко, 2017; Лурия, 2017].

Значимость сохранения устной речи обусловлена необходимостью предотвращения вторичных нарушений других форм речевой деятельности, среди которых особое значение уделяется навыкам письма, чтения и понимания. После ОНМК у пациентов формируется комплекс нарушений психоэмоционального характера. Такие изменения играют ведущую роль при восстановлении утраченных функций, для социальной и бытовой адаптации.

Междисциплинарный характер реабилитации определяется комплексом медицинских, социальных и психологических мероприятий. Основными целями реабилитации речевых функций являются: восстановление простейших речевых конструкций; понимание ситуативной речи; увеличение словарного запаса; объяснение функциональных значений предметов; понимание и выполнение речевых инструкций; восстановление базовых навыков письменной речи; расширение объема слухоречевой памяти.

Программы, разработанные для восстановления речи, должны быть структурированы и включать весь необходимый перечень клинических, неврологических, нейропсихологических и других характеристик (психолого-педагогических, медико-социальных, социально-педагогических, логопедических, включая медико-социально-экспертные и т.п.).

Традиционно в программе восстановительного обучения можно выделить несколько этапов. На подготовительном этапе важное значение уделяется установке доверительных отношений с психологом; психодиагностике, планированию и разработке реабилитационных мероприятий. На основном этапе проводится программа восстановительного обучения. Завершающий этап включает проведение повторного исследования, оценку эффективности выполненной программы, создание мотивации к самостоятельному использованию в дальнейшем полученных знаний и опыта.

А.Р. Лурия впервые описал механизмы по восстановлению речи у пациентов с афазией, которые основаны на наличии сохранных морфофизиологических элементов пораженного участка или сохранных компонентов функциональной системы. В связи с этим, восстановление речевой коммуникации возможно путем радикальной перестройки языковой системы с учетом

сохраненных звеньев и функций, а значит требует более длительного периода времени.

Работы других исследователей свидетельствуют о поисках методик, способных реализовать восстановление речи и речевой коммуникации в более короткие сроки. Так, Л.С. Цветковой и соавторами были разработаны и предложены методики по восстановлению работы различных видов нарушения устной и письменной речи, счета.

М.Г. Храковская большое внимание уделяла восстановлению речи и иных психических функций [Храковская, 2017, 1979; Бердникович, 2014]. Указанный подход предполагает активизацию функциональной системы в целом, в обход основного дефекта, в связи с чем отпадает необходимость в восстановлении нарушенного звена системы [Кубышенко, 2016; Верещагин, 2003].

Большинство пациентов крайне тяжело переживают свою беспомощность и зависимость от других. Наиболее сильно это выражено у людей, имеющих сильный волевой характер, которые до наступления болезни не зависели ни от кого, принимали решения самостоятельно и отвечали за свою жизнь.

Потеря речи приводит к тому, что изучаемая нами группа пациентов не верит в скорейшее выздоровление и благоприятный исход болезни. У людей возникает чувство потери своего здоровья: к ним приходит осознание того факта, что придется заново учиться и приобретать навыки самообслуживания. Негативный психологический аспект обусловлен еще и тем, что пациенты опасаются остаться бессильными на всю жизнь, переживают, что станут обузой для своей семьи. Проблемы психологического характера встречаются практически у всех больных после ОНМК, а у тех, у кого нарушена речь, они наиболее выражены [Алферова и др., 2018].

Отсутствие возможности говорить, выражать свои мысли, а порой и понимать обращенную речь, принимать участие в диалоге вызывает у людей чувство несостоятельности, разочарования в себе, ощущение потерянности и смятения.

При нарушении речи выделяют три этапа психологической коррекции:

- в рамках первого этапа происходит восстановление субъективного восприятия больным себя, осуществляется интеграция образа Я;
- во время второго этапа происходит принятие больным себя таким, через адаптацию к изменившемуся образу себя;
- в рамках третьего этапа решается задача стабилизации отношений личности, осуществляется стабилизация образа Я, происходит повышение персональной ответственности больного за исход болезни и формирование независимой самооценки.

Программа психологической реабилитации подразумевает выполнение следующих задач: осуществление помощи больному, проходящему реабилитацию, и организация психотерапевтической среды (работа с лицами, контактирующими с больным).

Важным аспектом является формирование и выработка установок как необходимости, так и возможности умения коммуницировать посредством речи.

Особое внимание при построении программы речевой реабилитации должно уделяться индивидуальным особенностям каждого пациента (когнитивным, двигательным, соматическим, личностным, эмоциональным).

Восстановление речевой функции происходит постепенно с поэтапным усложнением выполняемых заданий, так как это обусловлено активизацией приспособительных особенностей больного.

На каждом этапе происходит изменение приспособительной изменчивости системы отношений личности: самопринятие и самопомощь; формирование приверженности к

сотрудничеству с персоналом и осуществляемому лечению; осознание и принятие новой роли и смысла жизни личности, что позволяет усложнять задания по восстановлению речи и добиваться более высоких результатов [Шипкова, 2015].

Кроме того, таким пациентам с целью формирования положительной мотивации к занятиям и правильного отношения к себе требуется проведение ободряющих бесед. Это связано с тем, что процесс восстановления речевых функций является достаточно продолжительным и требует гораздо большего времени, чем улучшение общего состояния пациента.

Разнообразие методов и подходов, направленных на восстановление речи, еще раз подчеркивает актуальность рассматриваемой проблемы. Однако ведущими афазиологами отмечен и факт того, что восстановление речевой функции не всегда приводит к восстановлению речевой коммуникации. Пациенты с афазией испытывают трудности при общении с окружающими, не могут использовать восстановленные речевые навыки и нуждаются в помощи.

Находясь в ситуации затрудненного взаимодействия, пациенты с афазией и их коммуникативные партнеры испытывают «острые эмоциональные переживания, сопровождающиеся нервно-психическим напряжением, демонстрируют непонимание, приводящее к трениям, сбоям в интеракции» [Пайлозян, 2014, 2015].

Восстановление речевой коммуникации предполагает применение модели системы реабилитационной работы при афазии, направленной в первую очередь на восстановление коммуникативных речевых навыков и осуществляемой в ходе логопедического обследования, диагностирования и последующего мониторинга пациентов с афазией; в процессе логопедических занятий, построенных с учетом микросоциального окружения пациентов путем формирования коммуникативно-речевой среды.

Проблемы самого пациента, такие как проблема общения, самообслуживания, беспомощность и другие, напрямую зависят от поведения и помощи родственников. Для пациента, перенесшего инсульт, важное значение имеет уход и забота членов семьи или ближайших родственников за ним, участие в восстановлении речевой коммуникации. Пациенты, в процессе реабилитации речевой функции которых принимают участие близкие люди, значительно быстрее начинают произносить отдельные звуки, образуют слова и даже предложения после перенесенного инсульта. Важное значение имеет не только присутствие родственников, но и наличие у них желания ухаживать за больным членом семьи и разговаривать с ним, даже не получая ответы на поставленные вопросы.

Афазиологи пытаются сориентировать родственников и близких относительно линии поведения с пациентом и возможных перспектив его излечения, что позволяет логопеду обеспечить направленную помощь пациенту с афазией не только во время, но и вне логопедических занятий.

В настоящее время разработано новое направление логопедической работы – логопедическая терапия коммуникативно-речевой средой, позволяющая сочетать психолого-педагогическое просвещение по вопросам афазии и приемы практического закрепления восстановленных речевых навыков в естественных коммуникативных ситуациях. В работах Ж.А. Пайлозян определены принципы организации и этапы формирования коммуникативно-речевой среды пациентов с афазией, формы работы логопеда с семьей, рекомендации по оказанию помощи пациентам с афазией, адресованные их родственникам и т.д. [Пайлозян, 2015].

## Заключение

Таким образом, психологическая реабилитация является неотъемлемой частью комплекса лечебных мероприятий, которые направлены на достижение лучших результатов при восстановлении речи и возвращение пациента к привычному образу жизни. Кроме того, необходимо сохранение преемственности психологической помощи между этапами стационарного ведения пациента и амбулаторного наблюдения.

Осуществление реабилитации является важным залогом восстановления речевой коммуникации у пациентов с постинсультными афазиями и способствует значительному повышению качества их жизни.

Применение психологического подхода в комплексе мероприятий по восстановлению речи способствует успешной адаптации пациента и его родственников к сложившейся ситуации, что обеспечивает практически полную приверженность к лечению.

## Библиография

1. Алферова В.В. и др. Прогноз постинсультной афазии // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2018. Т. 118. № 4. С. 20-29.
2. Бердникович Е.С. Восстановление речевых нарушений – постинсультная афазия // Социально-гуманитарные знания. 2014. № 3. С. 308-314.
3. Верещагин Н.В. Гетерогенность инсульта: взгляд с позиций клинициста // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Инсульт (приложение к журналу). 2003. 9. С. 8-9.
4. Кубышенко А.С. Коррекция афазии // Новая наука: Современное состояние и пути развития. 2016. № 10-2. С. 80-82.
5. Лурия А.Р. Травматическая афазия. М., 1947. 367 с.
6. Пайлозян Ж.А. Использование элементов методики PECS в процессе восстановления речи и коммуникации при афазии // 10th Eastern and Central European Regional Conference on Alternative and Augmentative Communication “Non-verbal communication as a means of achieving social and human rights”. Кишинев, 2015. С. 50-53.
7. Пайлозян Ж.А. К вопросу о восстановлении речевой коммуникации при афазии // Проблемы специального образования. 2014. № 1. С. 153-156.
8. Пайлозян Ж.А. Коммуникативно-речевая среда как фактор социальнопсихологической реабилитации пациентов с афазией // International ScientificPractical Conference “Inclusive Education: Current Issues and Challenges”. Ереван, 2015. С. 316-319.
9. Пономаренко Г.Н. Реабилитация – XXI век: традиции и инновации // Материалы I Национального Конгресса с международным участием. СПб, 2017. 412 с.
10. Сафронова М.Н., Коваленко А.В., Мизюркина О.А. Особенности речевой реабилитации в остром периоде инсульта при разных формах афатических расстройств // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2019. № 119 (8-2). С. 90-94. <https://doi.org/10.17116/jnevro201911908290>
11. Храковская М.Г. Афазия, агнозия, апраксия. Методики восстановления. СПб.: Нестор-история, 2017. 312 с.
12. Храковская М.Г. Особенности мышления у больных с афазией: автореф. дис. ... канд. психол. наук. Л., 1979. 18 с.
13. Цветкова Л.С. Афазия и восстановительное обучение. М., 1988. 207 с.
14. Цветкова Л.С. Восстановительное обучение при локальных поражениях мозга. М., 1972. 272 с.
15. Цветкова Л.С. Нейропсихологическая реабилитация больных. М., 1985. 424 с.
16. Шипкова К.М. Качество жизни, личностные ожидания и потребности больных с афазией // Актуальные проблемы психологического знания. 2015. № 2. С. 114-124.
17. Benjamin E.J. et al. Heart disease and stroke statistics–2017 update: a report from the American Heart Association // Circulation. 2017. Vol. 135. № 10. P. e146-e603.
18. Fotiadou D. Aphasia blog talk: How does stroke and aphasia affect a person’s social relationships? // Aphasiology. 2014. № 28 (11). P. 1281-1300.
19. Hersh D. “Hopeless, sorry, hopeless”: Co-constructing narratives of care with people who have aphasia post-stroke // Topics in Language Disorders. 2015. № 35 (3). P. 219-236.
20. Mestre H. et al. Cerebrospinal fluid influx drives acute ischemic tissue swelling // Science. 2020. Vol. 367. № 6483. P. eaax7171. DOI: <https://doi.org/10.1126/science.aax7171>
21. Secades J.J. et al. Citicoline for acute ischemic stroke: a systematic review and formal meta-analysis of randomized, double-blind, and placebo-controlled trials // J. Stroke Cerebrovasc. Dis. 2016. Vol. 25. № 8. P. 1984-1996.

## **Psychological aspect of speech communication recovery in patients after acute cerebral circulation disorder speech communication disorders**

**Natal'ya V. Zemtseva**

Speech therapist,  
Center for Speech Pathology and Neurorehabilitation  
of Moscow Department of Health;  
Moscow State Psychological and Pedagogical University,  
123290, 2A, Shelepikhinskaya emb., Moscow, Russian Federation;  
e-mail: nataliznv@mail.ru

**Lyudmila A. Tishina**

PhD in Pedagogy, Professor,  
Head of Special (Defectological) Education Department,  
Moscow State Psychological and Pedagogical University,  
123290, 2A, Shelepikhinskaya emb., Moscow, Russian Federation;  
e-mail: tishinala@mgppu.ru

### **Abstract**

One of the most common cerebrovascular diseases is acute cerebrovascular accident. Violation of speech function, along with motor and sensory, are the most common in this pathology. Speech disorder has a significant impact on the quality of life, worsening it: patients lose faith in a speedy recovery and a favorable outcome of the disease, there is a feeling of loss of health, a fear of remaining powerless for life and becoming a burden for their family. Problems of a psychological nature are found in almost all patients after stroke, but they are most pronounced in people with speech disorders. The inability to speak, express one's thoughts, and sometimes even understand the addressed speech, take part in the dialogue causes people to feel inadequate, disappointed in themselves, lost and confused. The psychological difficulties that arise in the patient at the same time prevent their socialization, returning to previous workplace and restoration in the microcommunity. When speech communication is restored in this category of patients, contacts with loved ones and medical personnel improve, which has a positive effect on the course of the rehabilitation period and restorative education. In this regard, psychological rehabilitation is an integral part of the complex of therapeutic measures aimed at achieving the best results in restoring speech and returning the patient to his usual way of life. Great importance is given to an integrated approach, including drug therapy, the work of a speech therapist and the microsocial environment of the patient.

### **For citation**

Zemtseva N.V., Tishina L.A. (2022) *Psikhologicheskii aspekt vosstanovleniya rechevoi kommunikatsii u patsientov posle ostrogo narusheniya mozgovogo krovoobrashcheniya* [Psychological aspect of speech communication recovery in patients after acute cerebral circulation disorder speech communication disorders]. *Psikhologiya. Istoriko-kriticheskie obzory i sovremennye issledovaniya* [Psychology. Historical-critical Reviews and Current Researches], 11 (1A), pp. 30-37. DOI: 10.34670/AR.2022.12.34.003

---

**Keywords**

Stroke, speech, speech communications, aphasia, rehabilitation.

**References**

1. Alferova V.V. et al. (2018) Prognoz postinsul'noi afazii [Prediction of post-stroke aphasia]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova* [Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry], 118, 4, pp. 20-29.
2. Benjamin E.J. et al. (2017) Heart disease and stroke statistics–2017 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*, 135, 10, pp. e146-e603.
3. Berdnikov E.S. (2014) Vosstanovlenie rechevykh narushenii – postinsul'naya afaziya [Restoration of speech disorders: post-stroke aphasia]. *Sotsial'no-gumanitarnye znaniya* [Social and humanitarian knowledge], 3, pp. 308-314.
4. Fotiadou D. (2014) Aphasia blog talk: How does stroke and aphasia affect a person's social relationships? *Aphasiology*, 28 (11), pp. 1281-1300.
5. Hersh D. (2015) "Hopeless, sorry, hopeless": Co-constructing narratives of care with people who have aphasia post-stroke. *Topics in Language Disorders*, 35 (3), pp. 219-236.
6. Khrakovskaya M.G. (2017) *Afaziya, agnoziya, apraksiya. Metodiki vosstanovleniya* [Aphasia, agnosia, apraxia. recovery methods]. St. Petersburg: Nestor-istoriya Publ.
7. Khrakovskaya M.G. (1979) *Osobennosti myshleniya u bol'nykh s afaziei. Doct. Dis.* [Features of thinking in patients with aphasia. Doct. Dis.]. Leningrad.
8. Kubysenko A.S. (2016) Korrektsiya afazii [Correction of aphasia]. *Novaya nauka: Sovremennoe sostoyanie i puti razvitiya* [New Science: Current state and ways of development], 10-2, pp. 80-82.
9. Luriya A.R. (1947) *Travmaticheskaya afaziya* [Traumatic aphasia]. Moscow.
10. Mestre H. et al. (2020) Cerebrospinal fluid influx drives acute ischemic tissue swelling // *Science*, 367, 6483, p. eaax7171. DOI: <https://doi.org/10.1126/science.aax7171>
11. Pailozyan Zh.A. (2015) Ispol'zovanie elementov metodiki PECS v protsesse vosstanovleniya rechi i kommunikatsii pri afazii [Using elements of the PECS methodology in the process of restoring speech and communication in aphasia]. In: *10th Eastern and Central European Regional Conference on Alternative and Augmentative Communication "Non-verbal communication as a means of achieving social and human rights"*. Chisinau.
12. Pailozyan Zh.A. (2014) K voprosu o vosstanovlenii rechevoi kommunikatsii pri afazii [On the issue of restoring speech communication in aphasia]. *Problemy spetsial'nogo obrazovaniya* [Problems of special education], 1, pp. 153-156.
13. Pailozyan Zh.A. (2015) Kommunikativno-rechevaya sreda kak faktor sotsial'nopsikhologicheskoi reabilitatsii patsientov s afaziei [Communication and speech environment as a factor in the socio-psychological rehabilitation of patients with aphasia]. *International Scientific Practical Conference "Inclusive Education: Current Issues and Challenges"*. Yerevan.
14. Ponomarenko G.N. (2017) Reabilitatsiya – XXI vek: traditsii i innovatsii [Rehabilitation in the XXI century: traditions and innovations]. In: *Materialy I Natsional'nogo Kongressa s mezhdunarodnym uchastiem* [Proceedings of the I National Congress with international participation]. St. Petersburg.
15. Safronova M.N., Kovalenko A.V., Mizyurkina O.A. (2019) Osobennosti rechevoi reabilitatsii v ostrom periode insul'ta pri raznykh formakh afaticheskikh rasstroistv [Features of speech rehabilitation in the acute period of stroke in various forms of aphatic disorders]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova* [Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry], 119 (8-2), pp. 90-94. <https://doi.org/10.17116/jnevro201911908290>
16. Secades J.J. et al. (2016) Citicoline for acute ischemic stroke: a systematic review and formal meta-analysis of randomized, double-blind, and placebo-controlled trials. *J. Stroke Cerebrovasc. Dis.*, 25, 8, pp. 1984-1996.
17. Shipkova K.M. (2015) Kachestvo zhizni, lichnostnye ozhidaniya i potrebnosti bol'nykh s afaziei [Quality of life, personal expectations and needs of patients with aphasia]. *Aktual'nye problemy psikhologicheskogo znaniya* [Actual problems of psychological knowledge], 2, pp. 114-124.
18. Tsvetkova L.S. (1988) *Afaziya i vosstanovitel'noe obuchenie* [Aphasia and restorative learning]. Moscow.
19. Tsvetkova L.S. (1985) *Neiropsikhologicheskaya reabilitatsiya bol'nykh* [Neuropsychological rehabilitation of patients]. Moscow.
20. Tsvetkova L.S. (1972) *Vosstanovitel'noe obuchenie pri lokal'nykh porazheniyakh mozga* [Restorative training in local brain lesions]. Moscow.
21. Vereshchagin N.V. (2003) Geterogenost' insul'ta: vzglyad s pozitsii klinitsista [Heterogeneity of stroke: a view from the standpoint of a clinician]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S. S. Korsakova. Insul't (prilozhenie k zhurnalu)* [Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry. Stroke (supplement to the journal)], 9, pp. 8-9.