

**Российское психологическое общество  
Союз реабилитологов России  
Национальная ассоциация по борьбе с инсультом  
Всероссийское общество неврологов**

**КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И  
РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ  
МЫШЛЕНИЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ГОЛОВНОГО  
МОЗГА**

**КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

**Клинические рекомендации утверждены  
на заседании Российского психологического общества,  
г.Москва, 30.05.2016г;  
на VII международном Конгрессе «Нейрореабилитация-2016»  
г.Москва, 03.06.2016г**

**Москва 2016**

Данные рекомендации были разработаны в соответствии с НАЦИОНАЛЬНЫМ СТАНДАРТОМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ «Клинические рекомендации (протоколы лечения). Общие положения» ГОСТ Р 56034-2014, введен в действие с 01.06.2015, код ОКС 11.160.

Данные рекомендации были изменены в соответствии с «Требованиями к оформлению клинических рекомендаций для размещения в Рубрикаторе» (письмо Первого заместителя Министра здравоохранения РФ Каграманяна И.Н. от 01.09.2016 №17-4/10/1-4939; письмо директора Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Камкина Е.Г. и директора Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Байбариной Е.М. от 08.09.2016 № 17-04-11541).

#### **Рабочая группа по подготовке текста рекомендаций**

Ахутина Т. В., д. психол.н., профессор (Москва)  
Варако Н. А., к. психол. н. (Москва)  
Григорьева В. Н., д. мед. н., профессор (Нижний Новгород)  
Зинченко Ю.П., д. психол. н., профессор, академик РАО (Москва)  
Казымаев С.А., клинический психолог (Москва)  
Ковязина М.С., д. психол. н., доцент, профессор РАО (Москва)  
Микадзе Ю.В., д. психол. н., профессор (Москва)

## **ОГЛАВЛЕНИЕ**

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ	3
ВВЕДЕНИЕ	4
МЕТОДОЛОГИЯ	5
СВЯЗАННЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ СООБЩЕСТВ РФ	6
МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА	7
МАРШРУТНАЯ КАРТА НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА	8
ОПРЕДЕЛЕНИЕ	9
КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ МЫШЛЕНИЯ	12
КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ МЫШЛЕНИЯ	16
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА В МДБ	21
РАСЧЕТ СТОИМОСТИ УСЛУГ ПО ДИАГНОСТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ МЫШЛЕНИЯ	22
ЛИТЕРАТУРА	23

## **СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ**

ВПФ – высшие психические функции

МДБ – мультидисциплинарная реабилитационная бригада

МКФ – международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья

МКБ 10 – международная классификация болезней

## ВВЕДЕНИЕ

Участие в реабилитационной работе и оценка различных параметров психической деятельности в связи с проводимым лечением и восстановительными мероприятиями относятся к числу основополагающих практических задач, которые призваны решать медицинские психологи в клинике, в соответствии с действующими не только в нашей стране, но и во всем мире профессиональными стандартами. Участие в решении этих задач отвечает запросам, формулируемым со стороны практической медицины. Это неизбежно ведет к внедрению в структуру реабилитационных мероприятий психологической помощи, оказываемой клиническими психологами и психологами других специальностей.

Процесс реабилитации, направленный на возможно полное и раннее возвращение больного к труду и полноценной жизни, преодоление последствий болезни, функциональных нарушений и послеоперационных осложнений понимается как *системная деятельность, направленная на восстановление личного и социального статуса больного особым методом, главное содержание которого состоит в опосредовании через личность больного лечебно-восстановительных воздействий и мероприятий; создание психологически обоснованных условий для развития личности с учетом вносимых болезнью ограничений*. Иными словами, реабилитация – это активный процесс, в котором больной выступает не просто «потребителем» лечения, а партнером и активным участником лечебно-восстановительных мероприятий.

Психологические реабилитационные и коррекционные мероприятия должны начинаться как можно в более ранние сроки. При этом следует ориентироваться не только на уже сформировавшиеся патологические симптомы, но и на ожидаемые. В этом плане, реабилитационно-коррекционная работа клинического психолога должна быть превентивной.

Задача разработчиков клинических рекомендаций заключается в донесении до специалистов определенных правил и стандартов, выполнение которых позволит обеспечить раннее восстановление пациента и защитит от неизбежных побочных эффектов, связанных с лечением и стационарированием. Рекомендации прошли процессы авторской разработки, редактирования и рецензирования под руководством председателей профильных комиссий по медицинской психологии и медицинской реабилитации Экспертного совета Минздрава России. Пересмотр рекомендаций осуществляется по мере получения новых клинических данных, обобщений приобретенного опыта, но не реже чем 1 раз в 5 лет.

## **МЕТОДОЛОГИЯ**

### **Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:**

- поиск в электронной базе данных
- публикации в профильных психологических и медицинских журналах, монографиях

### **Методы, использованные для оценки качества доказательств:**

- консенсус экспертов

### **Методы, использованные для формулировки рекомендаций:**

консенсус экспертов.

### **Экономический анализ:**

Анализ стоимости не проводился.

### **Описание методов валидации рекомендаций**

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами. Получены комментарии со стороны психологов, клинических психологов, врачей-неврологов в отношении доходчивости изложения материала и его важности, как рабочего инструмента повседневной практики.

Комментарии, полученные от экспертов, регистрировались, тщательно анализировались и обсуждались членами рабочей группы. Принятые решения обосновывались и также регистрировались.

### **Консультации и экспертная оценка**

Последние изменения в настоящих рекомендациях были представлены для дискуссии в предварительной версии на XII Международном конгрессе «Нейрореабилитация 2015» в июне 2015 г. Предварительная версия была выставлена для широкого обсуждения на сайте [www.expodata.ru](http://www.expodata.ru) для того, чтобы лица, не участвующие в конгрессе, имели возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

Экспертная оценка проводилась ведущими экспертами в области клинической психологии, членами Российского психологического общества <http://www.psyrus.ru/>

Проект рекомендаций был рецензирован также независимыми экспертами, которых просили прокомментировать, прежде всего, доходчивость, точность интерпретации доказательной базы, лежащей в основе рекомендаций, исполнимость положений и рекомендаций.

### **Рабочая группа:**

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

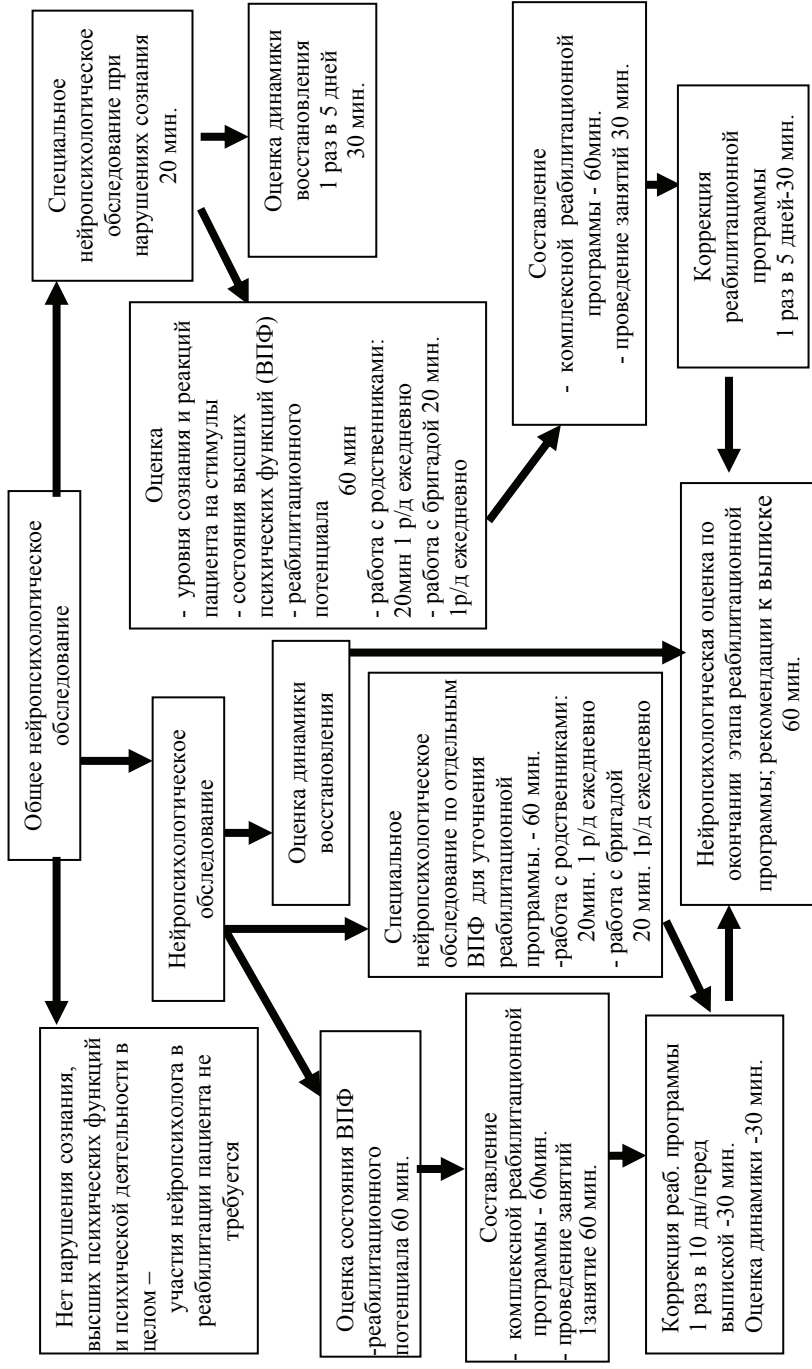
## **СВЯЗАННЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ СООБЩЕСТВ РФ**

1. Клинико-психологическая диагностика и реабилитация пациентов с грубыми нарушениями памяти при повреждениях головного мозга.  
[http://psygus.ru/med\\_psy/klinicheskie-rekomendatsii/](http://psygus.ru/med_psy/klinicheskie-rekomendatsii/)
2. Клинико-психологическая диагностика и реабилитация пациентов с нарушениями регуляторных функций при повреждениях головного мозга. [http://psygus.ru/med\\_psy/klinicheskie-rekomendatsii/](http://psygus.ru/med_psy/klinicheskie-rekomendatsii/)
3. Клинико-психологическая диагностика и реабилитация пациентов с апраксиями при повреждениях головного мозга.  
[http://psygus.ru/med\\_psy/klinicheskie-rekomendatsii/](http://psygus.ru/med_psy/klinicheskie-rekomendatsii/)
4. Нейропсихологическая диагностика и реабилитация пациентов с нарушениями сознания после повреждения головного мозга.  
[http://psygus.ru/med\\_psy/klinicheskie-rekomendatsii/](http://psygus.ru/med_psy/klinicheskie-rekomendatsii/)

## МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Обязательная составляющая модели	Описание составляющей
Клиническая ситуация	Непрогрессирующие состояния после повреждения головного мозга различной этиологии
МКБ-10	С69-С72; D32, D33; G00-G09; G20-G26; S00-S09; T36-T50
Исключаются группы заболеваний согласно МКБ-10	Деменция, любые прогрессирующие заболевания головного мозга
Домены МКФ, связанные с диагностикой мышления	b 160 – функции мышления b 164 – познавательные функции высокого уровня d3152 - восприятие рисунков и фотографий при общении Все домены d (1-9)
Домены МКФ, связанные с реабилитацией пациентов с нарушениями мышления	b 160 – функции мышления b 164 – познавательные функции высокого уровня d3152 - восприятие рисунков и фотографий при общении Все домены d (1-9) d163, d175, d177, d310
Определитель кода МКФ, отмечающий величину уровня здоровья	xxx.1 – легкие проблемы xxx.2 - умеренные проблемы
Этапы реабилитации (Приказ МЗ РФ № 1705н от 29.12.2012)	2, 3 этапы
Возраст пациента	18-80 лет

# МАРШРУТНАЯ КАРТА НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА





## ОПРЕДЕЛЕНИЕ

**Мышление** - процесс познавательной деятельности индивида, характеризующийся обобщенным и опосредствованным отражением действительности, направленный на творческое преобразование образов действительности в сознании человека» (Психология.Словарь,1990,с.223).

В западной методологии выделяют различные компоненты мышления, которые рассматриваются как часть управляющих (регуляторных) функций или интеллекта:

анализ, сравнение - абстрагирование, синтез, конкретизация, обобщение, классификация и категоризация.

**Абстрагирование** (англ. *abstracting*) — (в логике) мысленное выделение, вычленение некоторых элементов конкретного множества и отвлечение их от прочих элементов данного множества.

**Анализ** (от греч. *analysis* — разложение, расчленение) — рассмотрение, изучение ч.-л., основанное на расчленении (мысленном, а также часто и реальном) предмета, явления на составные **части**, определении входящих в целое **элементов**, разборе **свойств** к.-л. предмета или явления.

**Конкретизация** (англ. *concretization* ) — процесс восстановления в *мышлении* объективной целостности, существующей через связи единичных вещей (Мещеряков,Зинченко, 2006, стр.233).

**Синтез** (от греч. *synthesis* — соединение, сочетание) — соединение различных элементов, сторон объекта в единое целое (систему), которое осуществляется как в практической *деятельности* , так и в процессе *познания* . В этом значении термин «С.» противопоставляется *анализу* , с которым он неразрывно связан. (Мещеряков,Зинченко, 2006, стр. 509).

**Обобщение** (англ. *generalization* ) — одна из основных характеристик познавательных процессов, состоящая в выделении и фиксации относительно устойчивых, инвариантных *свойств* предметов и их отношений (Мещеряков,Зинченко, 2006, стр. 339).

**Сравнение** - это сопоставление предметов и явлений с целью нахождения сходства и различия между ними. (Дубровина И. В., стр.176, 1999).

**Классификация** - логическая операция деления родового понятия на виды, подвиды и т. д. по единому основанию (Солодухин, 2000, стр.65).

**Классификация** Особым видом деления является классификация, представляющая собой распределение предметов по группам (классам), при котором каждый класс имеет свое постоянное, определенное место. (Кириллов, Старченко, 2008, стр. 57)

В зарубежных источниках мышление определяется, в более широком смысле, «как любая скрытая когнитивная или ментальная переработка идей, образов, символов, слов, предложений, следов памяти, понятий, перцептов, верований или убеждений». В узком смысле, рассматривается как явление, «охватывающее все виды ментальной активности, связанной с формированием понятий, решением проблем, интеллектуальным функционированием, креативностью, сложным научением, памятью, символической переработкой, воображением и т.д.» (Reber, Allen, Reber, 2009, p.614).

В психологической структуре мыслительной деятельности можно выделить ряд компонентов. Одни из них связаны с программированием (ориентировка в условиях задачи, выделение существенных признаков; формирование схемы решения или выбор пути к достижению цели), другие с операциональной стороной (подбор соответствующих средств и операций, адекватных общей схеме решения; нахождение решения - ответа или реализация схемы решения), с функцией контроля (сличение результата с исходными условиями), с функцией регуляции (прекращение действий или поиск новой схемы решения), а также с операциональной и энергетической/нейродинамической составляющими психической активности.

В экспериментальных нейропсихологических исследованиях мышление часто рассматривается в контексте процесса решения задач, которые могут различаться по своему содержанию в зависимости от исследуемого вида мышления.

Расстройства мышления являются одними из наиболее часто встречающихся нарушений когнитивных функций при поражениях мозга различной этиологии. Расстройства мышления не всегда своевременно выявляются и правильно диагностируются, что приводит к нарушениям адаптации больных и снижению их общего реабилитационного потенциала не только в когнитивной сфере, но и в сфере других функций, а также тормозят процессы бытовой, социальной и профессиональной адаптации.

Оценка состояния мышления осуществляется в ходе нейропсихологического обследования, позволяющего выявить нарушенные и сохранные компоненты в структуре высших психических функций. Использование психометрических тестов позволяет провести

количественную оценку степени выраженности нарушения мышления, описать динамику изменений в их состоянии в ходе лечения и реабилитации, а также дать обобщенную оценку функционального статуса пациента (Микадзе, 2012; Григорьева, Ковязина, Тхостов, 2012).

**Цели клинико-психологической и нейропсихологической диагностики пациентов с нарушениями мышления:**

- Проведение специального нейропсихологического обследования, направленного на углубленное исследование мышления.
- Выявление структуры и степени выраженности нарушений мышления.
- Количественная оценка (по возможности) степени нарушения мышления.
- Оценка компенсаторного ресурса в виде сохранных звеньев высших психических функций.
- Оценка внутренней картины болезни и приверженности реабилитации (комплаенс).

**Критерии качества клинико-психологической и нейропсихологической диагностики:**

- Наличие клинико-психологического заключения, содержащего анализ состояния эмоциональной, мотивационной сфер в процессе обследования, критичности к своему заболеванию и допускаемым ошибкам, жалоб и оценка адекватности их предъявления<sup>1</sup>.
- Наличие нейропсихологического заключения, содержащего качественный и, по возможности, количественный, анализ выполнения больным различных нейропсихологических проб и тестов, направленных на оценку всех видов мышления.
- Использование соответствующей психологической и нейропсихологической терминологии для описания нарушенных и сохранных звеньев мышления.
- Наличие психологически обоснованного вывода о состоянии мышления.
- Наличие (в случае необходимости) психологически обоснованного вывода о дисфункции соответствующих мозговых зон.

**Цели клинико-психологической и нейропсихологической реабилитации пациентов с нарушениями мышления:**

- Поддержание и раннее восстановление когнитивного и эмоционального статуса.

---

<sup>1</sup> Клинико-психологическое заключение и нейропсихологическое заключение, как правило, являются составными частями общего заключения медицинского психолога.

- Минимизация структуры и степени выраженности нарушений мышления.
- Перестройка функциональной системы мышления путем реорганизации мышления с помощью внутренних и/или внешних средств.
- При наличии возможности - интериоризация (встраивание во внутренний план, автоматизация) перестроенной функциональной системы мышления.
- При постановке соответствующей цели реабилитации – перенос нового навыка и/или способа реализации мышления в условия реальной жизнедеятельности пациента.

### **Критерии качества клинико-психологической и нейропсихологической реабилитации:**

- Наличие адекватной внутренней картины болезни в отношении нарушений мышления и возможности/необходимости их восстановления.
- Наличие комплайенса по отношению к реабилитационным мероприятиям.
- Снижение проявлений нарушений мышления в одной или нескольких сферах и видах деятельности, действия или операции<sup>2</sup> (в зависимости от поставленных реабилитационных целей).
- Минимизация степени бытовой, социальной или профессиональной зависимости (в пределах поставленных реабилитационных целей).

## **КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ МЫШЛЕНИЯ**

В отечественной нейропсихологии диагностика расстройств мышления проводится на основе методологии синдромного анализа, в центре которого стоит поиск нарушенного нейропсихологического фактора. Поэтому «различные по локализации поражения мозга могут вызвать совершенно неодинаковые формы нарушений мышления» (А.Р.Лурия, 1962, стр. 379).

### **Методы исследования мышления**

Классические нейропсихологические и патопсихологические методики для исследования нарушений мышления представлены в

---

<sup>2</sup> Здесь и далее термины деятельность, действие и операция употребляются с позиций психологической теории деятельности А.Н.Леонтьева.

Луриевской диагностической батарее (Нейропсихологическая диагностика..., 2011; Балашова, Ковязина 2013). Среди них:

1. понимание сюжетных картин и текстов
2. понимание переносного смысла пословиц, поговорок и метафор
3. 4-ый лишний, 5-лишний
4. Классификация
5. Кубики Кооса, куб Линка
6. решение арифметических задач и др.

После проведения полного нейропсихологического обследования, в заключении даётся характеристика нарушений ВПФ, в том числе и мышления. При оценке мышления должно быть отражено состояние:

- предварительной ориентировки в условиях задачи;
- формирования программы и выбора средств решения задачи (выработка общей стратегии ее решения);
- непосредственного осуществления различных операций, направленных на решение задачи (анализ, сравнение, абстрагирование, синтез, конкретизация, обобщение, классификация и категоризация, воображение, др.).

**Таблица тестов и проб, оцениваемых параметров и кодов по МКФ отечественных и зарубежных методов диагностики мышления**

<i>Зарубежные методы оценки</i>		
<b>Тесты, пробы (название)</b>	<b>Оцениваемые параметры</b>	<b>Код по МКФ</b>
Стандартные прогрессивные матрицы Равена	(оценка способности к анализу, сравнение различных вариантов, идентификация, нахождение решения, способность к абстрагированию).	b1640, b1645, b1646
Тест «Продолжение последовательности»	(оценивает абстрагирование)	b1640
Субтест «Последовательности картинок» из теста на интеллект Векслера (для взрослых)	(оценивает управление временем, анализ, ориентирование в задаче, антиципация)	b1645, b1646

Субтест «Нахождение сходства» из теста на интеллект Векслера (для взрослых)	(абстрагирование)	b1640
Субтест «Мозаика» из теста на интеллект Векслера (для взрослых)	(анализ информации, оценка различных вариантов)	b1645, b1646
Висконсинский тест сортировки карточек	для оценки стратегического планирования, целенаправленного поиска, возможности использования обратной связи от окружения и изменения когнитивной установки, а также изменения поведения по отношению к достижению цели и модулирования импульсивных реакций	b1640, b1645, b1646
<b><i>Отечественные методы оценки</i></b>		
Понимание сюжетных картинок	(уровень обобщения, оценка различных вариантов)	b1645
Понимание картин с конфликтным смыслом	(идентификация и анализ, нахождение противоречий)	b1645, b1646
Понимание переносного смысла метафор, пословиц	(уровень обобщения, абстрагирование)	b1640, d310
Дать определение понятиям	(уровень обобщения, абстрагирование)	b1640
Сравнение понятий	(уровень обобщения, абстрагирование, оценка различных вариантов)	b1640, b1645
Установление отношений	(идентификация и анализ, решение проблем)	b1645, b1646
Вербальные аналогии	(оценка различных вариантов, уровень обобщения, абстрагирование, вынесение суждений)	b1645, b1646, b1640

Исключение лишнего	(уровень обобщения, абстрагирование)	b1640
Поиск существенных признаков	(решение проблем, поиск информации, анализ, уровень обобщения).	b1640, b1645, b1646
Решение задач	(ориентирование, установление последовательности действий, анализ условий, поиск информации).	b1640, b1645, b1646
Понимание смысла сюжетной картинки (серии сюжетных картинок)	(анализ, последовательность действий, идентификация противоречивой информации). Уяснение значений, отраженных в нарисованном (например, в рисунках, схемах, картинах, графических изображениях), графиках, диаграммах и фотографиях	b1645, b1646, d3152

## КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ МЫШЛЕНИЯ

Основы российской нейропсихологической реабилитации были заложены Л.С.Выготским и А.Р.Лурия (Выготский, 2000; Лурия, 1948). По их мнению, главной задачей реабилитации является восстановление нарушенного звена функциональной системы с опорой на ее сохранные звенья, путем перестройки всей функциональной системы, обслуживающей выполнение данной задачи. Опираясь на принцип социального генеза высших психических функций, в соответствии с которым индивидуальные внутренние психические функции происходят из внешних совместных действий ребенка и взрослого, Выготский считал, что основным путем реабилитации может быть «объективирование расстроенной функции, вынесение ее наружу и превращение во внешнюю деятельность» (Выготский, т. 1, 1982а, с. 174). Эта идея лежит в основе концепции нейрореабилитации российской психологической школы.

Методологической основой отечественной нейрореабилитации, наряду с принципами Л.С.Выготского и А.Р.Лурия, является теория поэтапного формирования умственных действий и понятий П.Я.Гальперина (Гальперин, 1966). Применение этой теории в нейрореабилитации подробно изложено в работах Л.С.Цветковой (1979; 1980), Ж.М.Глоzman (1983), Т.В.Ахутиной, Н.М.Пылаевой (1989; 1993; 2015), В.М.Шкловского (2009), Фукалова Ю.А. и Шкловского В.М. (2014) и другими авторами.

В зарубежной традиции восстановление мыслительной сферы, как правило, направлено на преодоление нарушений регуляторных (управляющих) функций. В реабилитационной работе хорошо зарекомендовали себя задания, примеры которых приводятся ниже.

### Коррекция нарушений аналитико-синтетических мыслительных процессов, программирования, контроля и регуляции деятельности

*Тренировки навыков обобщения, сравнения, категоризации, абстрагирования, формирования суждений.*

Тренировки такого рода чаще всего заключаются в выполнении пациентом серии упражнений. Занятия проводятся индивидуально или в группах.

Чаще всего предлагаются упражнения следующих типов:

а) Сортировка

Пациента просят объединить в группы предметы или картинки с изображениями геометрические фигур, предметов, животных или обозначающих их слов. Одновременно требуется объяснить принципы



категоризации и обосновать отнесение каждого объекта к той или иной группе.

Принципами объединения объектов в группы могут быть их хорошо различимые внешне признаки (цвет, форма, размеры, вес, расположение), их сущностные свойства, их функциональные свойства (возможность использования в той или иной сфере человеческой деятельности), а также присвоенное этим объектам значение (например, принадлежность к живой или неживой природе) и др.

Начинают упражнение с сортировки небольшого числа картинок объектов, отличающихся как по внешнему виду, так и функциональному предназначению. Это могут быть изображения предметов посуды и школьно-письменных принадлежностей. Такому заданию можно придать жизненную мотивацию. Например, школьник обедал и готовил уроки и оставил на столе беспорядок, помогите ему навести порядок. Если больные достаточно мотивированы к совместной работе с психологом, то от таких «функциональных» заданий можно переходить к более абстрактным. Это может быть сортировка геометрических фигур, различающихся лишь по одному признаку (например, сортируются равновеликие, но разноцветные треугольники). Постепенно вводят фигуры, различающиеся по двум признакам (например, цвету и размеру), а затем – по трем (например, цвету, размеру и числу углов) признакам. Больным предлагается повторить сортировку несколько раз, используя различные принципы классификации. Сложность заданий со временем увеличивается. После геометрических фигур переходят к сортировке изображений близких предметов (овощи – фрукты) или животных (дикие или домашние животные). Все эти упражнения рекомендуется проводить в игровой форме.

#### б) Выделение общего признака

Пациента просят вычлениить из ряда объектов те, которые отличаются общим признаком. Например, больному предъявляют картинки с изображениями бутылки, кувшина, книги, стакана, чашки, вазы, стула, цветка, и предлагают объединить в группу предметы, в которых можно держать воду.

#### в) Поиск сходств и различий

Пациенту предоставляют парные карточки с изображениями предметов (например, стул – кресло), с названиями природных явлений (например, «осень-весна») или со словами, обозначающими в чем-то сходные понятия (например, «радость-печаль»). Для каждой пары карточек требуется найти сходство и различие соответствующих объектов, явлений или понятий.

#### г) Выбор слов определенной категории

Пациента просят назвать предметы, необходимые, например, для осуществления какой-либо деятельности. Например, пациента просят назвать вещи, которые он возьмет с собой в магазин или на прогулку.

#### д) Исключение лишнего

Пациента просят исключить из группы объектов предмет, не имеющий общего признака с остальными. Применительно к тренировкам навыков повседневной активности это задание видоизменяют. Например, больного просят назвать вещи, которые он не оденет для лыжной прогулки.

е) Анализ объектов

Больного просят всесторонне охарактеризовать признаки и свойства называемого или показываемого ему предмета (к какой группе относится, из чего состоит, где хранится, как используется, на что похож). В усложненном задании предлагается провести анализ более абстрактных понятий.

ж) Завершение незаконченных предложений

Пациенту предлагается придумать завершение начатой фразы. Постепенно переходят от простых предложений («На ночном небе сияют яркие ...») к выражениям с менее однозначной концовкой.

з) Объяснение очевидных фактов

Пациенту предлагают объяснить очевидные на первый взгляд вещи (зачем человек берет с собой зонтик, выходя на улицу в непогоду, зачем он снимает обувь, идя купаться и т.д.)

и) Составление рассказа по сюжетным картинкам.

Пациенту предлагают сочинить рассказ, посмотрев на последовательный ряд передающих определенный сюжет картинок. Требуется указать причинно-следственные взаимосвязи изображенных событий и дать прогноз дальнейшему ходу событий

к) Завершение незаконченного рассказа

Пациента просят придумать финал пересказанной ему истории, исходя из логики повествования

л) Объяснение главной идеи

Пациенту предлагают дать объяснение основной мысли прочитанного ему рассказа или басни. Аналогичным образом просят растолковать смысл пословиц и поговорок

м) Установление факта

Пациента просят выяснить какой-либо факт, задавая собеседнику ряд «закрытых» вопросов (требующих ответов по типу да/нет). Например, предлагают установить, какой предмет спрятан в коробке. Пациента обучают не перечислять в своих собственных вопросах все возможные названия наугад, а планомерно выяснять принадлежность предмета сначала к общим, а затем к более мелким категориям.

### *Тренировки структурирования информации*

Дезорганизованная информация запоминается, перерабатывается и извлекается из памяти значительно труднее, чем организованная. Тренировка навыков упорядочивания воспринимаемой информации

является важной частью когнитивной реабилитации больных с поражениями головного мозга.

Различают несколько типов тренировок такого рода

а) Тренировки навыков анализа сообщений

Для восстановления навыков организации получаемых сведений Naarbauer-Kгуга J., и соавт. (1985) предлагают обучать больного выделять в информации основную идею (тему) и детали. Для систематизации деталей авторы рекомендуют пациенту задавать себе вопросы «Как?», «Кто?», «Что?», «Где?», «Когда?», «Почему?». Тренировке этого навыка способствуют специальные упражнения, включающие слушание или чтение какого-либо сообщения с выделением в нем перечисленных информационных компонентов. Требования к пациенту постепенно возрастают. Вначале его просят указать лишь основную тему сообщения, затем – указать тему и ответить на вопрос, кто участвует в описываемом событии. При последующем анализе информации вводятся и все остальные вопросы.

Тренировке описываемого навыка способствует использование зрительной подсказки в виде «солнечной диаграммы», включающей всевозможные вопросительные слова (Рис.2)

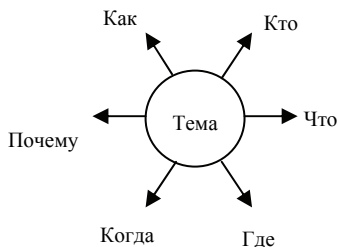


Рис. 2 . «Солнечная диаграмма», применяемая при отработке навыка анализа сообщений (по Naarbauer-Kгуга J. и соавт.,1985).

б) Произвольная регуляция информационного потока

Произвольный контроль за воспринимаемой информацией означает регуляцию объема и скорости ее поступления. Обеспечивая оптимальный для себя объем информационного потока и отсеивая ненужные сигналы, человек получает возможность осмысливать важные для него сообщения по мере их поступления и защищать себя от информационной перегрузки.

У больных с поражением головного мозга навыки восприятия информации часто страдают. Для компенсации этих расстройств их учат сознательно контролировать параметры получаемой информации (скорость поступления, объем, уровень сложности) таким образом, чтобы успешнее усваивать ее. Так, например, при затруднении в понимании обращенной

речи пациенту рекомендуют тотчас же обратиться к собеседнику с просьбой такого рода:

«Пожалуйста, скажите это другими словами»; «Пожалуйста, говорите чуть медленнее»; «Пожалуйста, повторите это еще раз»; «Позвольте мне немного подумать об этом»; «Могли бы вы написать сказанное?» и т.д.

При работе с письменными сообщениями больным рекомендуют при необходимости предоставлять себе больше времени на их чтение или повторный просмотр, выбирать тексты с крупными буквами, а при чтении водить указкой по строчкам для того, чтобы не сбиваться с нужного места. Также пациента учат работать с проблемной задачей с помощью вспомогательных вопросов. Примеры таких «организующих» вопросов:

- 1) Идентификация проблемы («Вкратце, в чем суть проблемы?»).
- 2) Определение цели («Чего вы добьетесь, решив проблему?»)
- 3) Получение релевантной информации («Что необходимо знать для того, чтобы решить проблему?»)
- 4) Выработка возможных путей решения («Что можно сделать для того, чтобы решить проблему?»)
- 5) Оценка предложенных решений («Что хорошего и плохого содержится в каждой из этих возможностей? «Что случится, если я сделаю это?»)

Учитываются затраты времени, собственные силы, возможности и желание совершить задуманное, опыт и успешность подобных действий в прошлом, ожидаемый эффект для себя и окружающих. На основании проведенной ориентировочной деятельности больному предлагают сделать следующие шаги:

- 1) Принятие окончательного решения («Что разумнее всего предпринять?»)
- 2) Составление плана («Какова схема действий для достижения цели?»)
- 3) Оценка полученных результатов («Получилось? Я доволен? Что дальше?»).

## **ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА В МДБ**

- владение навыками оценки количественного и качественного уровня сознания и других высших психических функций с применением специфических шкал
- умение формировать индивидуальные программы когнитивной реабилитации
- знание способов и средств восстановительной работы и осуществление выбора апробированных эффективных конкретных технологий восстановления нарушенных когнитивных функций (в том числе, технологию мультисенсорной стимуляции);
- владение методами клинико-психологической оценки эмоциональных состояний, поведения и личности в условиях острого периода непсихотического заболевания и вынужденной госпитализации;
- владение методами клинико-психологической помощи и сопровождения эмоциональных состояний, личностных и поведенческих изменений пациентов и их родственников, связанных с болезнью и госпитализацией;

Часто возникающей проблемой в работе с такими больными является неполное понимание родными и близкими пациента имеющихся расстройств и путей их преодоления. Рекомендуется обеспечивать информацией пациентов и людей, ухаживающих за ними.

### **Наиболее частые ошибки окружения больного:**

- Гиперопека и, таким образом, торможение перехода к большей самостоятельности
- Раздражение, обида, агрессия и отчуждение от пациента (т.е. приписывание имеющихся трудностей не болезни, а личностным особенностям)

### **Необходимые действия психолога:**

- Разъяснение специфики болезни
- Разъяснение специфики расстройств при нарушениях мышления
- Помощь в выработке адекватных поведенческих стратегий во взаимодействии с больным
- Снятие психологического стресса, работа с эмоциональными реакциями родных и близких

## **РАСЧЕТ СТОИМОСТИ УСЛУГ ПО ДИАГНОСТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ МЫШЛЕНИЯ**

В связи с введением в систему здравоохранения принципа оплаты по клинко-статистическим группам при организации реабилитации неизбежно возникнет вопрос о расчетах дополнительных затрат на его проведение. Для облегчения приводим лист услуг по диагностике и реабилитации больных с нарушениями мышления, основанный на официальном рубрикаторе и практическом опыте отдельных клиник.

Рекомендуемые виды услуг медицинского психолога для включения в клинко-статистическую группу по реабилитации в условиях отделения.

<b>Код</b>	<b>Наименование</b>	<b>Частота</b>	<b>Оптимальное число занятий<sup>3</sup></b>
A13.23.013	Специальное нейропсихологическое обследование	1 за курс	-
A13.29.005	Нейропсихологическое обследование	1р за курс	-
A21.23.004	Составление индивидуальной программы нейропсихологической реабилитации.	1р/неделю	-
A13.23.011	Нейропсихологическая коррекционно-восстановительная процедура при нарушениях психических функций	3-5р в неделю	7
A21.23.005	Нейропсихологическая реабилитация	3-5р в неделю	7
A21.23.006	Обучение родственников пациента тактике и методам восстановления когнитивных функций больных	2р за курс	-
A13.30.011	Процедуры двигательного праксиса	3-5р в неделю	7
В04.069.001	Школа психологической профилактики для пациентов и родственников	2р за курс	-

---

<sup>3</sup> Число занятий, необходимое для достижения одной узкоспециализированной цели при реабилитации больного с нарушениями мышления, либо для вынесения предварительного заключения о сниженном реабилитационном потенциале

## ЛИТЕРАТУРА

1. Асмолов А.Г. По ту сторону сознания: методологические проблемы неклассической психологии. М.: Смысл; 2002.
2. Ахутина Т.В., Пылаева Н.М. Система методов восстановительного обучения при грубой речевой патологии // Проблемы патологии речи. Отв. редактор В.В. Ковалев. М., 1989, с. 10-12.
3. Ахутина Т.В., Пылаева Н.М. Работа с числовым рядом в восстановительном и коррекционном обучении. // Дефектология, 1993, N.2. – С.47-50
4. Ахутина Т.В., Пылаева Н.М. Восстановительное обучение при грубой сенсомоторной афазии. //Актуальные проблемы логопедической практики. /Под ред. М.Г. Храковской. - Спб.: “Акционер и К<sup>о</sup>”, 2004. – С.92-115
5. Ахутина Т.В., Пылаева Н.М. Подход Л.С. Выготского – А.Р. Лурия к нейропсихологии // В кн. тех же авторов «Преодоление трудностей учения: нейропсихологический подход». М.: Изд-во «Академия». – 2015. С. 15-29.
6. Балашова Е. Ю., Ковязина М. С. Нейропсихологическая диагностика. Классические стимульные материалы //М.: Генезис. – 2010..
7. Варако Н. А., Куликова И., Даминов В. Нейропсихологическая реабилитация больных с нарушениями программирования, регуляции и контроля деятельности // В кн.: I Международный конгресс "Нейрореабилитация - 2009", Москва, 2-3 июня 2009 г., стр.46. Тезисы докладов.
8. Выготский Л.С. Психология и учение о локализации психических функций. Собр. соч. Т. 1, 1982. С. 168-174.
9. Выготский Л.С. Психология. М., Апрель –Пресс, 2000
10. Гальперин П. Я. Психология мышления и учение о поэтапном формировании умственных действий //Исследование мышления в советской психологии. М.,1966
11. Герасименко В.Н., Тхостов А.Ш. Психологические и деонтологические аспекты реабилитации онкологических больных. В кн.: Герасименко В.Н. (ред.), Реабилитация онкологических больных. М.: Медицина; 1988. С. 65-75.
12. Глозман Ж.М. Мотивационные и личностные аспекты реабилитации больных с афазией. / В кн.: Актуальные проблемы современной психологии. М.: Изд-во МГУ, 1983, с. 212-215
13. Григорьева В.Н., Ковязина М.С., Тхостов А.Ш.. Когнитивная реабилитация больных с инсультом и черепно-мозговой травмой: монография. Нижний Новгород: Изд-воНиЖГМА, 2012.-324 с.
14. Дубровина И. В., Данилова Е. Е., Прихожан А. М. Психология: Учебник для студ. сред. пед. учеб. заведений //М.: Академия. – 1999.

15. Зинченко Ю.П. Методологические проблемы фундаментальных и прикладных психологических исследований. Национальный психологический журнал; 2011; 5(1): 42-49.
16. Зинченко Ю.П., Первичко Е.И. Методология синдромного анализа Л.С. Выготского – А.Р. Лурии и постнеклассическая рациональность. Корсакова Н.К., Микадзе Ю.В. (ред.), Наследие А.Р. Лурии в современном научном и культурно-историческом контексте: К 110-летию со дня рождения А.Р. Лурии. М.: Факультет психологии МГУ имени М.В. Ломоносова; 2012 (а). С. 37-69.
17. Зинченко Ю.П., Первичко Е.И. Постнеклассическая методология в клинической психологии: научная школа Л.С. Выготского – А.Р. Лурия. Национальный психологический журнал; 2012 (б); 8(2): 32-45.
18. Зинченко Ю.П., Первичко Е.И. Эвристическая ценность постнеклассических моделей в психосоматике (на примере синдромного подхода Л.С. Выготского – А.Р. Лурии). Вопросы психологии; 2014; 1: 14-27.
19. Зинченко Ю.П., Первичко Е.И., Тхостов А.Ш. Методологические основы и задачи психологической реабилитации онкологических больных // Вестник восстановительной медицины. – 2014. - №5 (63).
20. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. М.: Медицина, 1983.
21. Кириллов В.И., Старченко А.А. Логика: учебник для юридических вузов/ под ред. В.И. Кириллова. Изд. 6-е, переработанное и дополненное. М.: ТК Велби, Мзд-во Проспект, 2008. 240с.
22. Ключко В.Е. Закономерности движения психологического познания и проблема метода науки. Методология и история психологии; 2007; 2(1): 5-19.
23. Корсакова Н.К., Московичюте Л.И. Клиническая нейропсихология. М., Академия, 2003
24. Корсакова Н. К., Балашова Е. Ю. Опосредование как компонент саморегуляции психической деятельности в позднем возрасте //Вестник МГУ. Сер. – 1995. – Т. 14. – С. 18-23.
25. Корсакова Н.К., Балашова Е.Ю., Рощина И.Ф. Экспресс-методика оценки когнитивных функций при старении [Электронный ресурс]// Психологические исследования: электрон. науч. журн. 2009. N 3(5). URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 28.04.2015)
26. Кроткова О.А.,Семенович А.В. Некоторые особенности мозговой организации образов зрительной памяти человека и механизм возникновения конфабуляций. «Психологический журнал» 1994.т.15, № 1 , С.97-108.
27. Найдин В.Л., Максакова О.А., Кроткова О.А. Нейрореабилитация при черепно-мозговой травме. В кн.: «Клиническое руководство по черепно-мозговой травме, т.3», М.,2002, С.516 – 542.



28. Лурия А. Р. Восстановление функций мозга после военной травмы. – Изд-во АМН СССР, 1948.
29. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М., Академия, 2002
30. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. М., МГУ, 1969
31. Лурия А.Р. Этапы пройденного пути. Научная автобиография. М., МГУ, 2001
32. Микадзе Ю.В. Некоторые методологические вопросы качественного и количественного анализа в нейропсихологической диагностике. Вестн.Моск.ун-та. Сер.14.Психология. 2012. № 2, с. 96-103
33. Микадзе Ю.В., Скворцова В.Б. Рабочая память: теоретические модели и нейропсихологический анализ клинических феноменов. Психологический журнал, 2008, № 3, с. 67-76.
34. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику: психологическое исследование. – Изд-во Моск. ун-та, 1987
35. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 23 июля 2010 г. N 541н г. Москва "Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения". Зарегистрирован в Минюсте РФ 25 августа 2010 г. Регистрационный N 18247.
36. Приказ Минздрава России от 29.12.2012 N 1705н "О порядке организации медицинской реабилитации" (Зарегистрировано в Минюсте России 22 февраля 2013 г. N 27276)
37. Проблемы афазии и восстановительного обучения. / Л.С. Цветкова (ред.) М.: Изд-во МГУ, 1979, с. 162.
38. Психология. Словарь. /Под общ. ред. А.В.Петровского, М.Г.Ярошевского, М.: Политиздат,1990.
39. Солодухин О.А.. Логика. Серия «Учебники, учебные пособия». Ростов н/Д: Феникс, 2000. 384 с.
40. Цветкова Л.С., Глоzman Ж.М., Калита Н.Г., Максименко М.Ю., Цыганок А.А. Социально-психологический аспект реабилитации больных с афазией. М.: Изд-во МГУ, 1980. 82 с.
41. Фукалов Ю.А., Скипетрова Л.А., Шкловский В.М. Организация специализированной помощи больным с последствиями инсульта и черепно-мозговой травмы в Центре патологии речи и нейрореабилитации //Социальная и клиническая психиатрия, 2009. Т 19, №. 2, с.32-34.
42. Хомская Е. Д. Нейропсихология: 4-е издание. - СПб.:Питер, 2007.
43. Шкловский В.М., Лукашевич И.П., Орлов И.Ю., Малин Д.И. Роль структурно-функциональных изменений головного мозга в

- формировании психопатологических расстройств у больных инсультом // Социальная и клиническая психиатрия, 2014. Т. 24, №. 1, с.34-39.
44. Adamovich B. B., Henderson J. A., Auerbach S. Cognitive rehabilitation of closed head injured patients: A dynamic approach. – San Diego, CA : College-Hill Press, 1985.
  45. Akhutina T.V., Glozman J.M., Moskovich L.I. Short glossary of Lurian terminology. In: A.R. Luria and Contemporary Psychology: Festschrift celebrating the centennial of his birth. Akhutina T.V., Glozman J.M., Moskovich L.I., Robbins D. (Eds.) N.Y.: Nova Publishers, 2004, p. 199-200.
  46. Cicerone K.D., Langenbahn D.M., Braden C., Malec J.F, Kalmar K., Fraas M, Felicetti T., Laatsch L., Harley J.P., Bergquist T., Azulay J., Cantor J., Ashman T. Evidence based cognitive rehabilitation: updated review of the literature from 2003 through 2008. *Archeves Phys Med Rehabilitation* 2011;92: 519-30.
  47. Haskins E.C., Cicerone K.D., Dams-O'Connor K., Eberle R., Langenbahn D., Shapiro-Rosenbaum A., Trexler L.E. Cognitive rehabilitation manual. Translating evidence-based recommendations into practice. ACRM, 2012.
  48. Kovyazina M., Zinchenko Y., Varako N. The syndromic approach to the rehabilitation of the higher mental functions (hmf) of patients with progressive cognitive disorders in L.S.Vygotsky–A.R. Luria school // *European Psychiatry*. — 2016. — Vol. 33. — P. S456–S457
  49. Lezak M. D. Neuropsychological assessment, 1983.
  50. Reber A. S., Allen R., Reber E. S. *Dictionary of Psychology*. 5th Ed. London: Penguin Books, Ltd, 2009
  51. Prigatano G. P. Principles of neuropsychological rehabilitation. – Oxford University Press, 1999.
  52. Wilson B. A. Towards a comprehensive model of cognitive rehabilitation // *Neuropsychological rehabilitation*. – 2002. – Т. 12. – №. 2. – С. 97-110.
  53. Wilson B. A. Neuropsychological rehabilitation // *Annual Review of Clinical Psychology*. – 2008. – Т. 4. – №. 1. – С. 141-162.
  54. Wilson B.A., Baddeley A., Evans J., Shiel A. Errorless learning in the rehabilitation of memory-impaired people. *Neuropsychological rehabilitation*, 1994, 4(3), 307-326
  55. Zinchenko Y. P., Varako N. A., Dobrushina O. R. Neuropsychological rehabilitation of memory impairments according to Vygotsky-Luria approach. A single-case study // *Neurologie und Rehabilitation*. — 2015. — no. Supplement 1. — P. S63.