

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

**НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ  
ДИАГНОСТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ  
ПАЦИЕНТОВ С ГРУБЫМИ  
НАРУШЕНИЯМИ ПАМЯТИ ПРИ  
ПОВРЕЖДЕНИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА  
МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

Методические рекомендации утверждены  
на заседании Президиума Российского  
психологического общества  
на XI международном Конгрессе  
«Нейрореабилитация-2019»

Год утверждения (частота пересмотра): 2019 (пересмотр  
каждые 5 лет)

Москва 2019

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).

## **Оглавление**

Ключевые слова	4
Список сокращений	5
Термины и определения	6
Введение	10
1. Краткая информация	12
2. Нейропсихологическая диагностика пациентов с грубыми нарушениями памяти	35
3. Нейропсихологическая реабилитация пациентов с грубыми нарушениями памяти	41
Критерии оценки качества психологической помощи	65
Список литературы	69
Приложение А1. Состав Рабочей группы	74
Приложение А2. Методология разработки методических рекомендаций	77
Приложение А3. Связанные документы	81
Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента	82
Приложение В. Информация для пациента	83

## **Ключевые слова**

Клиническая психология, нейропсихология, медицинский психолог, нейропсихологическая диагностика, нейропсихологическая реабилитация, клиничко-психологическая диагностика, клиничко-психологическая реабилитация, высшие психические функции, память, мнестическая деятельность, клиничко-психологические нарушения когнитивной деятельности, модально-специфические нарушения памяти, модально-неспецифические нарушения памяти.

## **Список сокращений**

ВКБ - внутренняя картина болезни (аутопластическая картина болезни);

ВПФ - высшие психические функции;

МДБ - мультидисциплинарная реабилитационная бригада;

МКБ 10 - международная классификация болезней;

МКФ - международная классификация функционирования ограничений жизнедеятельности и здоровья;

ЦНС - центральная нервная система.

## **Термины и определения**

**ВКБ** - субъективная сторона заболевания, сложное структурированное образование, включающее, по крайней мере, четыре уровня психического отражения болезни в психике заболевшего (чувственный, эмоциональный, интеллектуальный, мотивационный).

**ВПФ** - сложные формы сознательной психической деятельности, социальные по своему происхождению, опосредствованные по психологическому строению и произвольные по способу своего формирования.

**Действия** - единица деятельности; произвольная, преднамеренная, опосредованная активность, направленная на достижение осознаваемой цели.

**Деятельность** - динамическая система взаимодействий субъекта с миром, в процессе которых происходит возникновение и воплощение в объекте психического образа, и реализация опосредованных им отношений субъекта предметной действительности.

**Клиническая психология** - частная психологическая дисциплина, предмет которой - нарушения психической деятельности при психических болезнях, нарушениях развития, поражениях ЦНС, а также психологические аспекты соматических

расстройств/болезней. Клиническая психология изучает психологические факторы и психологические механизмы широкого спектра поведенческих, психических, психосоматических и соматических расстройств.

Клинико - психологическая диагностика - исследование структуры и степени выраженности нарушений ВПФ и личностных изменений.

Клинико - психологическая реабилитация - система профессиональных воздействий медицинского психолога, направленная на восстановление личного, профессионального и социального статуса больного, а также психологическая помощь и сопровождение семьи пациента и членов МДБ.

Комплаенс - готовность больного следовать и соблюдать рекомендации лечащего врача и сотрудничать с лечащим врачом и другими специалистами мультидисциплинарной команды.

Медицинский психолог - это должность специалиста в сфере здравоохранения. Основное требование к квалификации медицинского психолога - высшее профессиональное образование по специальности "Клиническая психология". Основными

задачами медицинского психолога являются проведение клинико-психологической диагностики и реабилитации.

Нейропсихологическая диагностика - исследование психических процессов с помощью набора специальных проб с целью квалификации и количественной характеристики нарушений (состояния) ВПФ и установления связи выявленных дефектов/особенностей с патологией или функциональным состоянием определенных отделов мозга либо с индивидуальными особенностями морфо-функционального состояния мозга в целом.

Нейропсихологическая реабилитация – это, прежде всего, ряд мероприятий, направленных на восстановление нарушенных ВПФ.

Нейропсихологический симптом - нарушение психической функции, возникающее вследствие локального поражения головного мозга (или вследствие иных патологических причин, приводящих к локальным изменениям в работе мозга).

Нейропсихологический синдром - закономерное сочетание нейропсихологических симптомов, обусловленное поражением (выпадением) определенного фактора (или нескольких факторов).

Нейропсихологический фактор - определенный вид аналитико-синтетической деятельности специфических мозговых структур, который обеспечивает реализацию одного из звеньев функциональной системы психики.

Операция - единица деятельности; способ выполнения действия, определяемый условиями наличной (внешней или мысленной) ситуации.

Реабилитационный потенциал - вероятность достижения намеченных целей реабилитации в намеченный отрезок времени с учетом возможностей пациента.

Синдромный анализ - анализ нейропсихологических синдромов с целью обнаружения общего основания (фактора), объясняющего происхождение различных нейропсихологических симптомов; изучение качественной специфики нарушений различных психических функций, связанных с поражением (выпадением) определенного фактора; качественная квалификация нейропсихологических симптомов.

## **Введение**

Реабилитационная работа и оценка различных параметров психической деятельности пациента 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 профессиональными стандартами не только в нашей стране, но и во всем мире. В связи с тем, что участие медицинских психологов в решении этих задач отвечает запросам медицины, в структуру реабилитационных мероприятий внедрена психологическая помощь.

Процесс реабилитации, направленный на как можно 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 и его близкие выступают не просто «потребителями» лечения, а партнерами и активными участниками лечебно-восстановительных мероприятий. Психологические реабилитационные и коррекционные мероприятия должны начинаться как можно раньше. Вместе с этим следует ориентироваться не только на уже сформировавшиеся патологические симптомы, но и на прогнозируемые. Поэтому реабилитационно-коррекционная работа медицинского психолога должна быть, в том числе, превентивной.

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.

# 1. Краткая информация

## 1.1. Определение

Память, как способность хранить и использовать приобретенную информацию, знания, представляет совокупность сложных процессов, которые объединяются общим понятием «мнестическая деятельность». Память не рассматривается как прямая копия, отпечаток того или иного фрагмента действительности, так как в ходе мнестической деятельности происходит активное преобразование нужной информации, ее включение в систему связей или ее поиск и извлечение из системы связей [1, 2].

Память обеспечивается работой целого ряда разных мозговых отделов. В отечественной нейропсихологии дисфункция памяти рассматривается в рамках концепции о трех функциональных блоках мозга [1], согласно которой «нарушения мнестической деятельности, возникающие при различных по локализации поражениях мозга, могут вовлекать различные уровни организации мнестических процессов» [1].

Модально-специфические расстройства памяти описываются как парциальные мнестические нарушения.

Эти нарушения возникают при поражении гностических (затылочных, теменных, височных) зон мозга.

Модально-неспецифические расстройства памяти рассматриваются как мнестические нарушения, затрагивающие все модальности и проявляющиеся при поражении I функционального блока мозга (по А.Р. Лурии).

Псевдоамнезия рассматривается как нарушение программирования, контроля и регуляции мнестической деятельности, при котором активное запоминание информации сменяется ее пассивным удержанием. Возникает при поражении структур третьего блока мозга, в частности, при поражении префронтальных отделов левого полушария.

В современных зарубежных когнитивных исследованиях описываются виды памяти, выделение которых считается удобным и клинически оправданным, а именно эпизодическая (одним из видов которой является автобиографическая память) и семантическая память [2, 3].

А.Р. Лурия выделяет следующие механизмы нарушения нейродинамического баланса, которые могут приводить к нарушениям памяти [1]:

- Слабость слеодообразования или угасание следов при отсутствии интерферирующей задачи;
- Повышенная тормозимость следов памяти интерферирующими воздействиями, степень проявления которой зависит от вида и типа интерференции, уровня смысловой организации материала и сочетания различных условий мнестической задачи;
- Нарушение избирательности следов, относящихся как к текущему, так и к прошлому опыту;
- Патологическая инертность, проявляющаяся в персевераторном воспроизведении отдельных составляющих запоминавшегося материала или деталей прошлого опыта.

В результате диагностики мнестических нарушений выявляются их те или иные нейропсихологические синдромы, в основе которых лежат нарушения, описанные выше, а также другие механизмы.

Профессиональные компетенции клинического  
психолога<sup>1</sup> в МДБ<sup>2</sup>:

- Владение методами и процедурой нейропсихологического обследования;
- Владение навыками нейропсихологической диагностики и использования специфических психометрических методов, которые могут применяться для оценки памяти и других ВПФ;
- Умение формировать индивидуальные программы когнитивной реабилитации;
- Знание способов и средств восстановительной работы и осуществление выбора апробированных

---

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> Приказ Минздрава России от 29.12.2012 N 1705н "О порядке организации медицинской реабилитации" (Зарегистрировано в Минюсте России 22 февраля 2013 г. N 27276).

эффективных конкретных технологий восстановления нарушенных когнитивных функций (в том числе технологии 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.

В связи с введением в систему здравоохранения принципа оплаты по клинико-статистическим группам, при организации реабилитации неизбежно возникает вопрос о расчетах дополнительных затрат на ее проведение. Для облегчения приводим лист услуг (табл. 1) по диагностике и реабилитации больных с грубыми

нарушениями памяти, основанном на официальном рубрикаторе и практическом опыте отдельных клиник.

Табл. 1. Расчет стоимости услуг по диагностике и реабилитации пациентов с грубыми нарушениями памяти при повреждениях головного мозга.

<b>Код</b>	<b>Наименование</b>	<b>Частота</b>	<b>Оптимальное число занятий<sup>3</sup></b>
A13.23.013	Специальное нейропсихологическое обследование	1 раз за курс	Нет данных
A13.29.005	Нейропсихологическое обследование	1 раз за курс	Нет данных
A13.29.001.001	Сбор анамнеза и жалоб больного с нарушениями психической сферы	1 раз за курс	Нет данных

---

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

A21.23.004	Составление индивидуальной программы нейропсихологической реабилитации	1 раз в неделю	Нет данных
A13.23.011	Нейропсихологическая коррекционно - восстановительная процедура при нарушениях психических функций	3-5 раз в неделю	7
A21.23.005	Нейропсихологическая реабилитация	3-5 раз в неделю	7
A21.23.006	Обучение родственников пациента тактике и методам восстановления когнитивных функций больных	2 раза за курс	Нет данных
A13.29.013	Процедуры по адаптации к условиям микросреды	2-3 раза в неделю	Нет данных
В04.069.001	Школа психологической профилактики для пациентов и родственников	2 раза за курс	Нет данных

В05.023.001	Услуги по реабилитации пациента, перенесшего острое нарушение мозгового кровообращения	3-5 раз в неделю	Нет данных
В05.024.002	Услуги по реабилитации пациента, перенесшего нейрохирургическую операцию	3-5 раз в неделю	Нет данных

## **1.2 Этиология и патогенез**

Грубые нарушения памяти встречаются при заболеваниях головного мозга различной этиологии.

## **1.3 Эпидемиология**

Расстройства памяти являются одними из наиболее часто встречающихся нарушений когнитивных функций при поражениях головного мозга различной этиологии. Они не всегда своевременно выявляются и правильно диагностируются, что приводит к нарушению адаптации больных и снижению их функционирования в целом, а также тормозят процессы бытовой, социальной и профессиональной адаптации.

#### **1.4. Кодирование по МКБ 10**

**Злокачественное новообразование глаза и его придаточного аппарата (С69):**

С69.8 - Поражение глаза и его придаточного аппарата, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций.

**Злокачественное новообразование мозговых оболочек (С70):**

С70.0 - Оболочек головного мозга;

С70.9 - Мозговых оболочек неуточненных.

**Злокачественное новообразование головного мозга (С71):**

С71.0 - Большого мозга, кроме долей и желудочков;

С71.1 - Лобной доли;

С71.2 - Височной доли;

С71.3 - Теменной доли;

С71.4 - Затылочной доли;

С71.5 - Желудочка мозга;

С71.6 - Мозжечка;

С71.7 - Ствола мозга;

С71.8 - Поражение, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций головного мозга;

С71.9 - Головного мозга неуточненной локализации.

**Злокачественное новообразование спинного мозга, черепных нервов и других отделов центральной нервной системы (С72):**

С72.2 - Обонятельного нерва, обонятельной луковицы;

С72.3 - Зрительного нерва;

С72.4 - Слухового нерва;

С72.5 - Других и неуточненных черепных нервов;

С72.8 - Поражение спинного мозга и других отделов центральной нервной системы, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций.

Злокачественное новообразование спинного мозга и других отделов центральной нервной системы, которое по месту возникновения не может быть отнесено ни к одной из рубрик С70-С72.5;

С72.9 - Центральной нервной системы неуточненного отдела.

**Доброкачественное новообразование мозговых оболочек (D32):**

D32.0 - Оболочек головного мозга;

D32.1 - Оболочек спинного мозга;

D32.9 - Оболочек мозга неуточненных. Менингиома БДУ.

**Доброкачественное новообразование головного мозга и других отделов центральной нервной системы (D33):**

D33.0 - Головного мозга над мозговым наметом;

D33.1 - Головного мозга под мозговым наметом;

D33.2 - Головного мозга неуточненное;

D33.3 - Черепных нервов;

D33.7 - Других уточненных частей центральной нервной системы;

D33.9 - Центральной нервной системы неуточненной локализации.

**Воспалительные болезни центральной нервной системы (G00-G09):**

G00 - Бактериальный менингит, не классифицированный в других рубриках:

G00.0 - Гриппозный менингит;

G00.1 - Пневмококковый менингит;

G00.2 - Стрептококковый менингит;

G00.3 - Стафилококковый менингит;

G00.8 - Менингит, вызванный другими бактериями;

G00.9 - Бактериальный менингит неуточненный;

G01\* - Менингит при бактериальных болезнях, классифицированных в других рубриках:

Менингит (при): сибирской язве (A22.8+), гонококковый (A54.8+), лептоспирозный (A27. -+), листериозе (A32.1+), болезни Лайма (A69.2+), менингококковый (A39.0+), нейросифилисе (A52.1+), сальмонеллезе (A02.2+), сифилисе: врожденном (A50.4+), вторичном (A51.4+), туберкулезе (A17.0+), тифоидной лихорадке (A01.0+). Исключены: менингоэнцефалит и менингомиелит при бактериальных болезнях, классифицированных в других рубриках (G05.0\*);

G02\* - Менингит при других инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках:

Исключены: менингоэнцефалит и менингомиелит при инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках (G05.2\*);

G02.0 - Менингит при вирусных болезнях, классифицированных в других рубриках;

Менингит (вызванный вирусом): аденовирусный (A87.1+), энтеровирусный (A87.0+), простого герпеса (B00.3+), инфекционного мононуклеоза (B27. -+), кори (B05.1+), эпидемического паротита (B26.1+), краснухи (B06.0+), ветряной оспы (B01.0+), опоясывающего лишая (B02.1+);

G02.1 - Менингит при микозах:

Менингит (при): кандидозный (B37.5+), кокцидиоидомикозе (B38.4+), криптококковый (B45.1+).

G02.8\* - Менингит при других уточненных инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках;

Менингит, обусловленный: африканским трипаносомозом (B56.-+); болезнью Шагаса (B57.4+);

G03 - Менингит, обусловленный другими и неуточненными причинами:

G03.0 - Непиогенный менингит:

Небактериальный менингит;

G03.1 - Хронический менингит;

G03.2 - Доброкачественный рецидивирующий менингит;

G03.8 - Менингит, вызванный другими уточненными возбудителями;

G03.9 - Менингит неуточненный:

Арахноидит (спинальный) БДУ;

G04 - Энцефалит, миелит и энцефаломиелит:

Включены: острый восходящий миелит, менингоэнцефалит, менингомиелит. Исключены: доброкачественный миалгический энцефалит (G93.3), энцефалопатия: БДУ (G93.4), алкогольного генеза,

(G31.2), токсическая (G92), рассеянный склероз (G35), миелит: острый поперечный (G37.3), подострый некротизирующий (G37.4);

G04.0 - Острый диссеминированный энцефалит;

G04.1 - Тропическая спастическая параплегия;

G04.2 - Бактериальный менингоэнцефалит и менингомиелит, не классифицированный в других рубриках;

G04.8 - Другой энцефалит, миелит и энцефаломиелит:

Постинфекционный энцефалит и энцефаломиелит БДУ;

G04.9 - Энцефалит, миелит или энцефаломиелит неуточненный;

G05\* - Энцефалит, миелит и энцефаломиелит при болезнях, классифицированных в других рубриках:

Включены: менингоэнцефалит и менингомиелит при болезнях, классифицированных в других рубриках;

G05.0\* - Энцефалит, миелит и энцефаломиелит при бактериальных болезнях, классифицированных в других рубриках:

Энцефалит, миелит или энцефаломиелит (при): листериозе (A32.1+), менингококковый (A39.8+) сифилисе: врожденном (A50.4+), позднем (A52.1+), туберкулезный (A17.8+);

G05.1\* - Энцефалит, миелит и энцефаломиелит при вирусных болезнях, классифицированных в других рубриках:

Энцефалит, миелит или энцефаломиелит (при): аденовирусных (A85.1+), цитомегаловирусный (B25.8+), энтеровирусный (A85.0+), простом герпесе (B00.4+), гриппе (J10.8+, J11.8+), кори (B05.0+), эпидемическом паротите (B26.2+), после ветряной оспы (B01.1+), краснухе (B06.0+), опоясывающем лишае (B02.1+);

G05.2\* - Энцефалит, миелит и энцефаломиелит при других инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках:

Энцефалит, миелит или энцефаломиелит при: африканском трипаносомозе (B56. -+), болезни Шагаса (хронической) (B57.4+), менингите, вызванном свободноживущими амебами (naegleria) (B60.2+), токсоплазмозе (B58.2+), эозинофильный менингоэнцефалит (B83.2+);

G05.8\* - Энцефалит, миелит и энцефаломиелит при других болезнях, классифицированных в других рубриках:

Энцефалит при системной красной волчанке (M32.1+);

G06 - Внутричерепной и внутрипозвоночный абсцесс и гранулема:

G06.0 - Внутричерепной абсцесс и гранулема:

Абсцесс (эмболический): головного мозга [любой части], мозжечковый, церебральный, отогенный внутричерепной(ая) абсцесс или гранулема: эпидуральный(ая), экстрадуральный(ая), субдуральный(ая);

G06.1 - Внутрипозвоночный абсцесс и гранулема:

Абсцесс (эмболический) спинного мозга [любой части], внутрипозвоночный абсцесс или гранулема: эпидуральный, экстрадуральный, субдуральный;

G06.2 - Экстрадуральный и субдуральный абсцесс неуточненный;

G07\* - Внутричерепной и внутрипозвоночный абсцесс и гранулема при болезнях, классифицированных в других рубриках:

Абсцесс головного мозга: амебный (A06.6+), гонококковый (A54.8+), туберкулезный (A17.8+), гранулема головного мозга при шистосомозе (B65.-+), туберкулома: головного мозга (A17.8+), мозговых оболочек (A17.1+);

G08 - Внутрочерепной и внутрипозвоночный флебит и тромбофлебит:

Септическая(ий): эмболия, эндофлебит, флебит внутрочерепных или внутрипозвоночных, тромбофлебит венозных синусов и вен, тромбоз. Исключены: внутрочерепные флебиты и тромбофлебиты: осложняющие: аборт, внематочную или молярную беременность (O00-O07, O08.7), беременность, роды или послеродовой период (O22.5, O87.3), негнойного происхождения (I67.6) негнойные внутрипозвоночные флебиты и тромбофлебиты (G95.1);

G09 - Последствия воспалительных болезней центральной нервной системы:

Примечание. Эту рубрику следует использовать для обозначения состояний, первично классифицированных в рубриках G00-G08 (исключая те, которые отмечены значком \*) как причина последствий, которые сами отнесены к другим рубрикам. Понятие "последствия" включает состояния, уточненные как таковые или как поздние проявления или последствия, существующие в течение года или более после начала вызвавшего их состояния.

**Экстрапирамидные и другие двигательные нарушения (G20-G26):**

G20 - Болезнь Паркинсона:

Гемипаркинсонизм, дрожательный паралич, паркинсонизм или болезнь Паркинсона: БДУ, идиопатический(ая), первичный(ая);

G21 - Вторичный паркинсонизм;

G22\* - Паркинсонизм при болезнях, классифицированных в других рубриках:

Сифилитический паркинсонизм (A52.1+);

G23 - Другие дегенеративные болезни базальных ганглиев:

Исключена: полисистемная дегенерация (G90.3);

G24 - Дистония:

Включена: дискинезия. Исключен: атетоидный церебральный паралич (G80.3);

G25 - Другие экстрапирамидные и двигательные нарушения;

G26\* - Экстрапирамидные и двигательные нарушения при болезнях, классифицированных в других рубриках.

**Травмы головы (S00-S09):**

S00 - Поверхностная травма головы:

Исключены: контузия головного мозга (диффузная) (S06.2), контузия головного мозга очаговая (S06.3), травма глаза и глазницы (S05. -);

S01 - Открытая рана головы:

Исключены: декапитация (S18) травма глаза и глазницы (S05. -), травматическая ампутация части головы (S08. -);

S02 - Перелом черепа и лицевых костей;

S03 - Вывих, растяжение и перенапряжение суставов и связок головы;

S04 - Травма черепных нервов;

S05 - Травма глаза и глазницы:

Исключены: травма: глазодвигательного нерва (S04.1), зрительного нерва (S04.0), открытая рана века и окологлазничной области (S01.1), перелом костей глазницы (S02.1, S02.3, S02.8), поверхностная травма века (S00.1-S00.2);

S06 - Внутричерепная травма;

S07 - Размозжение головы;

S08 - Травматическая ампутация части головы;

S09 - Другие и неуточненные травмы головы.

**Отравление лекарственными средствами, медикаментами и биологическими веществами (Т36-Т50):**

Т36 - Отравление антибиотиками системного действия:

Исключены: отравление антибиотиками: .  
противоопухолевыми (Т45.1), применяемыми местно  
НКДР (Т49.0), применяемыми для лечения: уха, горла,  
носа (Т49.6), глаза (Т49.5);

Т37 - Отравление другими противoinфекционными и  
противопаразитарными средствами системного  
действия:

Исключены: противoinфекционными средствами:  
местного применения НКДР (Т49.0), для лечения  
болезней: уха, горла, носа (Т49.6), глаз (Т49.5);

Т38 - Отравление гормонами, их синтетическими  
заменителями и антагонистами, не классифицированное  
в других рубриках:

Исключены: минералокортикоидами и их антагонистами  
(Т50.0), гормонами окситоцинового действия (Т48.0),  
гормонами парашитовидной железы и их производными  
(Т50.9);

T39 - Отравление неопиоидными анальгезирующими, жаропонижающими и противоревматическими средствами;

T40 - Отравление наркотиками и психодислептиками (галлюциногенами):

Исключены: лекарственная зависимость и психические расстройства и нарушения поведения вследствие употребления психоактивных веществ (F10-F19);

T41 - Отравление анестезирующими средствами и терапевтическими газами:

Исключены: бензодиазепинами (T42.4), кокаином (T40.5), опиоидами (T40.0-T40.2);

T42 - Отравление противосудорожными, седативными, снотворными и противопаркинсоническими средствами:

Исключены: лекарственная зависимость, психические расстройства и нарушения поведения вследствие употребления психоактивных веществ (F10-F19);

T43 - Отравление психотропными средствами, не классифицированное в других рубриках:

Исключены: средствами, подавляющими аппетит (T50.5), барбитуратами (T42.3), бензодиазепинами (T42.4), лекарственная зависимость, психические расстройства и расстройства поведения вследствие

употребления психоактивных веществ (F10-F19), метаквалоном (Т42.6), психодислептиками (галлюциногенами) (Т40.7-Т40.9);

Т44 - Отравление препаратами, действующими преимущественно на вегетативную нервную систему;

Т45 - Отравление препаратами, преимущественно системного действия и гематологическими агентами, не классифицированное в других рубриках;

Т46 - Отравление препаратами, действующими преимущественно на сердечно-сосудистую систему:

Исключено: метараминолом (Т44.4);

Т47 - Отравление препаратами, действующими преимущественно на органы пищеварения;

Т48 - Отравление препаратами, действующими преимущественно на гладкую и скелетную мускулатуру и органы дыхания;

Т49 - Отравление препаратами местного действия, влияющими преимущественно на кожу и слизистые оболочки, и средствами, используемыми в офтальмологической, отоларингологической и стоматологической практике:

Включено: местно примененными глюкокортикоидами;

T50 - Отравление диуретиками и другими неуточненными лекарственными средствами, медикаментами и биологическими веществами.

### **1.5 Классификация**

Характеристики пациентов, для диагностики и реабилитации которых предназначены данные методические рекомендации, отражены в табл.2.

Табл. 2. Модель пациента (характеристики пациента, этапы диагностики и реабилитации<sup>4</sup> и их виды согласно МКФ).

<b>Обязательная составляющая модели пациента</b>	<b>Описание составляющей модели пациента</b>
Клиническая ситуация	Состояния после повреждения головного мозга различной этиологии
МКБ-10	S69 - S72; D32, D33; G00-G09; G20 - G26; S00 - S09; T36 - T50
Исключаются группы заболеваний согласно МКБ-10	Нет данных
Домены МКФ, связанные с диагностикой памяти	b144 - функции памяти; Все домены d (1 - 9)

---

<sup>4</sup> Приказ Минздрава России от 29.12.2012 N 1705н "О порядке организации медицинской реабилитации" (Зарегистрировано в Минюсте России 22 февраля 2013 г. N 27276).

Домены МКФ, связанные с реабилитацией пациентов с нарушениями памяти	b144 - функции памяти; Все домены d (1-9)
Определитель кода МКФ, отмечающий величину уровня здоровья	xxx.2 - умеренные проблемы; xxx.3 - тяжелые проблемы;
Этапы реабилитации (Приказ МЗ РФ № 1705н от 29.12.2012)	2, 3 этапы
Возраст пациента	От 18 лет

## **2. Нейропсихологическая диагностика пациентов с грубыми нарушениями памяти**

### **2.1. Жалобы и анамнез**

Медицинский психолог сталкивается с жалобами такого рода, как «то, что раньше было, я хорошо помню, а то, что только что случилось - нет», «не помню, что происходило до травмы», «не помню, что происходило сразу после травмы», «забываю, что нужно сделать в течение дня», «мне говорят, что купить в магазине, а я тут же все забываю, если не записал» и так далее.

При сборе психологического анамнеза (при беседе с больным и его родственниками) необходимо выявить преморбидный уровень когнитивной сферы и осуществлять интерпретацию результатов, полученных в

ходе специального нейропсихологического обследования, учитывая этот уровень.

## **2.2. Иная диагностика**

В отечественной нейропсихологии диагностика расстройств памяти 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 памяти» [1,4].

Цели нейропсихологической диагностики пациентов с грубыми нарушениями памяти:

1. Проведение специального клинико-психологического и нейропсихологического обследования, направленного на углубленное исследование памяти;
2. Выявление структуры и степени выраженности нарушений памяти;
3. Количественная оценка (по возможности) степени нарушения памяти;
4. Оценка компенсаторного ресурса в виде сохранных звеньев ВПФ;
5. Оценка ВКБ и комплаенса.

По окончании обследования пишется нейропсихологическое заключение, на основании которого должна быть определена «мишень» реабилитационного воздействия с учётом опоры на сохранные звенья мнестической деятельности. В заключении должно быть отражено:

1. Какой тип или вид памяти страдает/не нарушен: модально-неспецифический, модально-специфический, эпизодическая (в частности, автобиографическая), семантическая, оперативная и насколько сильно выражены имеющиеся нарушения;
2. Возможная локализация патологии мозговых структур;
3. Имеет ли место нарушение собственно мнестической деятельности, подчиненной задаче запоминания, или же нарушение ограничивается трудностями в отдельных исполнительных, операциональных звеньях мнестической задачи;
4. Каков механизм или механизмы нарушения памяти (слабость следообразования, повышенная тормозимость, нарушение избирательности, патологическая инертность);

5. Какой уровень организации мнестических процессов страдает: элементарный или уровень смысловой организации, в котором запоминаемые стимулы интегрированы семантической общностью;

6. Требуется ли реабилитация, каковы возможности реабилитационного ресурса восстановления памяти у данного пациента, то есть в каком соотношении находятся сохранные и нарушенные составляющие мнестической деятельности.

Для диагностики характера мнестических нарушений в ходе общей клинической беседы с пациентом и комплексного нейропсихологического обследования необходимо применить специальные методики (пробы) исследования памяти, используемые в школе А.Р. Лурии [1, 5, 6].

В нейропсихологической диагностике оценка степени выраженности дефекта носит качественный характер и описывается как грубое, средне- и слабовыраженное расстройство. Для количественной оценки памяти в рамках Луриевского нейропсихологического подхода можно использовать следующие методики:

- Методика количественной оценки памяти [6].

Оцениваемые параметры:

1. Роль памяти в ориентировке больного в окружающем;
  2. Память на знания, приобретенные до болезни;
  3. Непроизвольная память на текущие события;
  4. Произвольная внеэкспериментальная память;
  5. Объем слухоречевой памяти;
  6. Прочность слухоречевой памяти;
  7. Объем зрительной памяти;
  8. Прочность зрительной памяти;
  9. Оперативная память.
- «Экспресс-методика оценки мнестико-интеллектуальной сферы в позднем возрасте» [7].

Оцениваемые параметры:

1. Объем запоминания слухоречевого материала с разной степенью смысловой организации;
  2. Прочность сохранения слухоречевого материала с разной степенью смысловой организации;
  3. Скорость запоминания слухоречевого материала с разной степенью смысловой организации;
  4. Зрительно-пространственная память;
  5. Избирательная актуализация из памяти.
- Методика «ДИАКОР» [8].

Оцениваемые параметры:

1. Эффективность заучивания в слухоречевой памяти;
2. Прочность следов слухоречевой памяти;
3. Устойчивость следов слухоречевой памяти к интерферирующим воздействиям;
4. Объем непосредственной слухоречевой памяти (объем слухового восприятия стимулов);
5. Стабильность регуляции и контроля мнестической деятельности (слухоречевая память);
6. Устойчивость семантической отнесенности стимулов в слухоречевой памяти (удержание стимулов в пределах семантического поля);
7. Объединение различных стимулов в целостную смысловую структуру в слухоречевой памяти;
8. Сохранение порядка предъявления стимулов в слухоречевой памяти;
9. Эффективность заучивания в зрительной памяти;
10. Прочность следов зрительной памяти;
11. Устойчивость следов зрительной памяти к интерферирующим воздействиям;
12. Объем непосредственной зрительной памяти (объем зрительного восприятия стимулов);

13. Стабильность регуляции и контроля мнестической деятельности (зрительная память);
14. Устойчивость семантической отнесенности стимула в зрительной памяти (удержание стимулов в пределах семантического поля);
15. Сохранение пространственных характеристик стимулов в зрительной памяти;
16. Сохранение порядка предъявления стимулов в зрительной памяти;
17. Объем непосредственной моторной памяти при предъявлении стимулов:
  - a. На правой руке;
  - b. На левой руке;
  - c. Сохранение стимула при переходе на другую руку:
    - Перенос слева направо;
    - Перенос справа налево.

### **3. Нейropsychологическая реабилитация пациентов с грубыми нарушениями памяти**

Основы российской нейропсихологической реабилитации были заложены Л.С. Выготским и А.Р. Лурия [4,9]. По их мнению, главной задачей

реабилитации является восстановление нарушенного звена функциональной системы с опорой на ее сохраненные звенья путем перестройки всей функциональной системы, обслуживающей выполнение данной задачи. Опираясь на принцип социального генеза ВПФ, в соответствии с которым индивидуальные внутренние психические функции происходят из внешних совместных действий ребенка и взрослого, Л. С. Выготский считал, что основным путем реабилитации может быть «объективирование расстроенной функции, вынесение ее наружу и превращение во внешнюю деятельность» [10]. Эта идея лежит в основе концепции нейрореабилитации российской психологической школы.

Методологическую базу отечественной нейрореабилитации составляют теории Л.С. Выготского, А. Р. Лурии, А.Н. Леонтьева, П.Я. Гальперина и другие, что подробно изложено в работах Л.С. Цветковой [11, 12], Ж.М. Глозман [13], Т.В. Ахутиной, Н.М. Пылаевой [14, 15, 16, 17], В.М. Шкловского [18, 19], Ю.А. Фукалова [20] и другими авторами.

Цели нейропсихологической реабилитации пациентов с грубыми нарушениями памяти:

1. Раннее восстановление и поддержание когнитивного и эмоционального статуса больного;
2. Минимизация структуры и степени выраженности нарушений памяти;
3. Реорганизация функциональной системы памяти с помощью внутренних и/или внешних средств;
4. Автоматизация, по возможности, нового навыка и/или способа реализации памяти в условия реальной жизнедеятельности пациента;
5. Перенос нового навыка и/или способа реализации памяти в условия реальной жизнедеятельности пациента.

Основные методические приемы и принципы нейропсихологической реабилитации при грубых амнестических синдромах можно объединить в три группы:

1. Формирование нового алгоритма «поиска в памяти»;
2. Организация «подсказывающей и напоминающей» окружающей среды и новых стратегий поведения в этой среде;
3. Общие (неспецифические) принципы восстановительного обучения.

В реабилитационной работе хорошо зарекомендовали себя задания, примеры которых приводятся ниже:

Формирование нового алгоритма «поиска в памяти».

- Рекомендуется проводить упражнения по осознанию мнестических дефектов и формировать установки на их преодоление.

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - III).**

**Комментарии:** *Между выраженностью нарушений памяти и сопровождающими эти нарушения жалобами отсутствует прямая зависимость. Самостоятельное осознание пациентом возникающих проблем запоминания возможно лишь до определенной пороговой величины мнестического дефекта. Сам процесс осознания - это фиксация случаев, «когда память подвела», их сопоставление и обобщение. Такие процессы требуют определенного объема и прочности памяти. Больной с грубым амнестическим синдромом может быть растерян, подавлен, встревожен тем, что все, что с ним происходит, как-то не похоже на то, что было раньше, он может активно просить «отпустить его домой», надеясь, что там все прояснится и встанет*

*на свои места, но понять, что у него нарушен процесс запоминания, что он не запоминает ничего, что с ним сейчас происходит, больной самостоятельно не может. Осознание нарушений и формирование конструктивного взгляда на ситуацию является первой задачей занимающихся с больным специалистов. В случае отрицания проблемы или безразличия к её существованию, проведение каких-либо коррекционных занятий, как правило, не является результативным [21]. Очень удобные условия для осознания мнестических дефицитов, на наш взгляд, создают экологические задания. Например, вы договариваетесь с больным, что в конце занятия он задаст вам вопрос о том, когда будет следующая встреча. Это намерение больного записывается им на листе бумаги и откладывается в сторону. В конце занятия больной прощается и, как правило, не взглянув на бумагу, направляется к двери. Здесь вы останавливаете его и спрашиваете, что написано на этом листе. Прочитав свою запись, больной, скорее всего, вспоминает о договоренности. Именно в этот момент и надо начать беседу о существующей у него проблеме. Не реализованное*

*намерение в результате нарушения памяти будет служить яркой иллюстрацией ваших слов.*

- Рекомендуется проводить упражнения по осознанию объективных представлений о сильных и слабых сторонах памяти пациента.

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - III).**

**Комментарии:** *Все коррекционные упражнения во многом акцентированы на интроспекции, возможности осознать и вербализовать особенности процесса воспроизведения информации. Этому способствуют специально организованные демонстрационные эксперименты. Выполнение заданий сопровождается краткими комментариями. Здесь можно провести аналогию с процессом освоения плавания. Если человек не умеет плавать и стоит на берегу, ему невозможно объяснить, как научиться плавать. Но если он сделает попытку, пусть даже неудачную, можно обратить его внимание на то, как он дышал, как двигался, показать, как можно плыть, держась за какой-то предмет и так далее. Клинический психолог сопровождает процесс запоминания и извлечения информации из памяти аналогичным*

образом. У каждого пациента формируются собственные пути опосредования. Как и с умением держатся на воде, надо почувствовать, как можно правильно извлечь нужную информацию из памяти, а далее поддержка клинического психолога и процессы интроспекции будут находить у больного все большее понимание. Например, вы задаете больному алгоритм вспоминания предметов, лежащих в коробочке. «Вспомни, что мы нюхали, пробовали на вкус, щупали, слушали, определенным образом двигали и так далее». Когда, следуя этому алгоритму, больной вспомнит некоторые элементы, вы заостряете его внимание на том, что вспоминание произошло не само по себе, а вслед за определенными усилиями, например, за усилиями вспомнить, какое же движение выполняла рука. «Было какое-то вращение кисти... зачем я вращал кистью? ... так вращают, когда в руке ключ... может быть, у меня в руке был ключ? ...да, наверное, был ключ... маленький такой... Мы делали с ним движение, будто открываем дверь. Теперь я вспомнил, что это действительно был ключ».

- Рекомендуется давать дозированные подсказки.

**Уровень убедительности рекомендаций С  
(уровень достоверности доказательств - III).**

**Комментарии:** Больной, потерявший возможность вспоминать происходящие с ним события прежним способом, тем, которым он пользовался до болезни, не может самостоятельно сформировать новые стратегии запоминания и воспроизведения информации. Если раньше вспомнить то, что происходило десять минут назад, он мог без всяких усилий, то теперь, не прикладывая усилий, отвечает «я не помню». На самом деле, информация в том или ином виде остается в памяти больного, но для ее извлечения требуется новый алгоритм - алгоритм, основанный на подсказках, логических рассуждениях и сопоставлении фактов. Такой алгоритм формируется нейропсихологом. Например, известно, что 10 минут назад больной был на занятии лечебной физкультуры. Можно, конечно, просто сообщить ему этот факт, однако никакой пользы такое сообщение не принесет. Поэтому можно задать больному ряд наводящих вопросов. Например, не устал ли он и, если это физическая усталость, то чем, по логике возможных событий, она могла быть вызвана. Предварительно

*собрав необходимую информацию о занятии, нейропсихолог может наводящими вопросами вызвать из памяти какие-то яркие, эмоционально окрашенные эпизоды. В какой-то момент больной вдруг скажет: «Да, я вспомнил - только что было занятие по лечебной физкультуре!». Произошло вспоминание, больной сумел с помощью нейропсихолога найти в памяти нужные сведения. Информация не дается в готовом виде, но через систему подсказок постепенно извлекается из памяти. Этот процесс, особенно на первых порах, не может быть переложен на плечи родственников – только специалист, знающий законы функционирования памяти, может предложить адекватную систему подсказок и опор для обеспечения результативности процесса поиска в памяти у больного с грубым амнестическим синдромом.*

- Рекомендуется проводить упражнения по формированию уверенности и ощущению ошибки.

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - III).**

**Комментарии:** *Больной с грубыми нарушениями памяти при вспоминании будет допускать много ошибок. Отношение нейропсихолога к этим ошибкам*

должно быть дифференцированным, в зависимости от механизма, лежащего в их основе. Быстрое угасание и обтаивание образа памяти (акцент на симптоматике поражения левого полушария) сопровождается ощущением ошибки. Голос больного звучит неуверенно, он часто отвечает «я не помню» даже тогда, когда смутные воспоминания хранятся в памяти [22]. Для этих больных новый алгоритм сопровождается культивированием чувства уверенности даже при смутных воспоминаниях. Например, вспоминая предметы, лежащие в коробочке, больной может сказать: «мы что-то прикладывали к уху и слушали, но я не помню, что». «Назовите первое, что вам приходит в голову». «Мне приходит в голову секундомер, но я совершенно не помню этого». «На самом деле это действительно был секундомер, доверяйте своим ощущениям».

Другой механизм забывания (акцент в синдроме на поражении правого полушария) связан с неосознаваемыми трансформациями образов памяти. Здесь при неправильных воспоминаниях, контаминациях и конфабуляциях у больного не формируется ощущения ошибки. Образ памяти ярок и отчетлив, больной не

сомневается в его правильности [23]. В этом случае задача нейрopsихолога - на модели простых заданий научить больного чувствовать тонкие различия между правильными и искаженными воспоминаниями. Например, в том же упражнении «коробочка» больной дает правильные и конфабуляторные ответы. Вы записываете на маленьких бумажках названия правильных предметов и кладете рядом соответствующие предметы. Затем устно в быстром темпе повторяете конфабуляторные названия (не надо акцентировать на них внимание) и просите больного ответить на вопрос, «есть ли различия между тем, что он вспомнил правильно, и ошибочными воспоминаниями, которые пока присутствуют в его жизни и мешают ему». Дальнейшая беседа зависит от ответа больного.

- Рекомендуется давать подсказки в разных модальностях.

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - III).**

**Комментарии:** Обычно при вспоминании событий повседневной жизни роль «анализаторных» ассоциативных подсказок очень мала. «Запах сирени, синий платочек...» совсем не обязательно должны

*являться вспомогательными средствами, если мы хотим извлечь из памяти воспоминание о каком-то событии. Они, скорее, направляют ход наших произвольных воспоминаний, когда, обнаружив предмет, связанный с эмоционально значимым событием, мы вдруг вспоминаем то, что и не собирались вспоминать в данный момент. Однако при грубом амнестическом синдроме требуется выработать новые стратегии запоминания и воспроизведения информации. Упражнения для решения данной задачи базируются на манипулировании реальными объектами, которые можно поддержать в руках, ощутить их запах и вес, проделать с ними определенные движения, издать с их помощью какие-то звуки. Например, нейропсихолог кладет в коробочку конфету, секундомер, который можно включить и послушать тиканье, колючую елочку, пахучее мыло и так далее. В качестве подсказки, когда через 10 – 20 минут больной не может вспомнить, что лежит в коробочке, выступают, например, такие фразы: «А что мы с вами нюхали недавно? Какой был запах, приятный или нет? Это был запах продукта или парфюмерии? Предмет, который мы нюхали, был твердый или мягкий? Он был в обертке или нет?» и так*

далее. Больной обучается возможности целенаправленно извлекать из памяти информацию, связанную с той или иной анализаторной системой [22].

*Межанализаторные перестройки осуществляются также путем изменения стратегий запоминания. Например, при необходимости запомнить некоторый текст, перестройка может быть связана с более интенсивным использованием зрительных образов, выстраиванием текста в виде покадрового мультипликационного фильма, где каждому эпизоду соответствует определенная картинка – иллюстрация.*

- Рекомендуется создавать эталон правильного воспроизведения.

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - III).**

**Комментарии:** *Важной составляющей всех программ восстановительного обучения является создание внутреннего эталона ощущений, сопровождающих правильное воспроизведение. Здесь чаще всего используется двигательная модальность - «память тела». С больным заучиваются определенные двигательные пароли. Часто больному удается их правильно выполнить, даже если он не помнит, когда и*

*при каких условиях происходило заучивание. Пароли воспроизводятся по памяти в начале каждого урока, вселяя ощущение возможности правильного вспоминания [21]. Примером одного из паролей является простое ритмическое постукивание, состоящее из двух сильных и трех слабых ударов. Даже если больной не узнает занимавшегося с ним специалиста, он в некоторых случаях по просьбе «просто постучать по столу» начинает воспроизводить заученный пароль.*

- Рекомендуется составлять логические цепочки.

### **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - III).**

**Комментарии:** *Некоторые необходимые в повседневной жизни сведения могут быть извлечены из памяти или реконструированы за счет логических сопоставлений. Больному можно привести такой пример. «Если требуется взять с полки какой-то предмет, стоящий на своем месте, вы сделаете это не задумываясь. Но если предмета на нужном месте не оказалось, вы начнете размышлять, когда вы его последний раз видели, что с ним делали, где, наиболее вероятно, теперь его местоположение и так далее». Если вы сразу не можете что-то вспомнить, попробуйте «поискать в памяти»,*

*но сделайте это не хаотично, а используя цепочки логических рассуждений, сопоставляя разные факты. Пробудить активность больного, направить его поиск в памяти и вместо слов «я не знаю, я не помню» высказать гипотезы и догадки, из которых потом проявится правильное решение, это один из методических приемов, позволяющий вспомнить, когда кажется, что пациент все забыл.*

*В этой связи является чрезвычайно важной и выработка адекватных стратегий запечатления необходимой информации («сразу расставлять все по своим местам»). Представленные ниже стратегии необходимо донести и объяснить пациенту:*

- В тот момент, когда вы что-то запоминаете, надо заниматься только запоминанием, а не другими делами, например, разговором по телефону;*
- Если вы перекладываете важную вещь, проговорите свое действие вслух. Не просто куда-то кладете кошелек, а убираете его во внутренний карман куртки;*
- Если вам надо запомнить что-то важное, попробуйте разделить эту информацию на маленькие*

*кусочки и подумать о каждом кусочке отдельно. Потом снова собрать их вместе и подумать в целом;*

- *Всегда при запоминании чего-то важного представляйте в своем воображении, как вы будете находить эту вещь или эту информацию через некоторое время.*

*На занятиях никогда не используется простое механическое запоминание, многократное повторение, зубрежка. Тренировка памяти не аналогична тренировке мышцы. Задания на заучивание наизусть стихов, прозы, цифр могут иметь смысл лишь в условиях, когда больному демонстрируется эффективный путь решения когнитивной задачи [22].*

Организация «подсказывающей и напоминающей» окружающей среды и новых стратегий поведения в этой среде.

- Рекомендуется формировать знакомое предметное окружение.

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - III).**

**Комментарии:** *Овладение процессом «поиска в памяти» не ограничивается рамками психологического эксперимента, но всегда «переносится» на решение*

*реальных задач повседневной активности больного. При этом отработываемые приемы поддерживаются определенным образом, организованной материальной средой, «подсказывающей и напоминающей» больному необходимые действия.*

*В первые недели после выписки больного из стационара часто наблюдается всплеск положительных изменений мнестической функции. «Дома и стены лечат» - знакомое предметное окружение помогает больному «собраться», вспомнить многие факты своей биографии, «на автоматизме» осуществить действия, которые осознанно он выполнить не мог. Мы рекомендуем хотя бы несколько недель пожить в хорошо знакомом доме, не переставлять мебель, не делать ремонт. Помочь заново познакомиться со всеми полочками и шкапами, вспомнить, где что лежит. Достать семейные альбомы с фотографиями, рассматривая их, попытаться воскресить в памяти приятные события, назвать по фотографиям родственников и знакомых.*

- *Рекомендуется организовывать внешние организующие подсказки.*

**Уровень убедительности рекомендаций С  
(уровень достоверности доказательств - III).**

**Комментарии:** *Зарубежные коллеги демонстрируют эффективность внешних вспомогательных средств - различного рода записочек, схем, дневников, будильников, таймеров, мобильных телефонов, пейджерсов, «напоминалок» на магнитах и так далее. Здесь все очень индивидуально и зависит от конкретных условий жизни семьи и её перспективных целей. Такие вспомогательные средства позволяют больному выполнять несложные поручения, делать небольшие покупки в магазине, готовить простые блюда [24]. Например, у больного, который не всегда мог правильно вернуться домой, на двери висел яркий плакат - «Ключи. Мобильный. Ярлычок». Ярлычок – записка в кармане больного с его именем, телефоном супруги, домашним адресом – то, что он мог показать прохожим в случае возникновения затруднений. Больной не мог выйти из квартиры без этих трех вещей. Когда он подходил к двери, он должен был вслух проговорить и проверить их наличие у себя в карманах. Только после этого можно было открывать входную дверь, чтобы покинуть квартиру.*

- Рекомендуется давать экологические задания.

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - III).**

**Комментарии:** *«Перенос» отработываемых приемов в повседневную деятельность осуществляется при помощи «экологических заданий». Эти задания максимально приближены по своему характеру к тем задачам, которые приходится решать больному в жизни. Например, нейропсихолог договаривается с больным, что в конце занятия, прежде чем выйти из кабинета, он должен попросить у него свой гардеробный номерок. Номерок, в зависимости от тяжести мнестического дефекта, кладется или с краю стола (оставаясь в поле зрения больного), или на глазах больного медленно убирается в стол. Если больной, прощаясь, забудет о договоренности, нейропсихолог, прежде чем он совсем покинет кабинет, должен остановить его и спросить, не забыл ли он что-то? Что он должен был сделать в конце занятия? и так далее. Можно показать на номерок и спросить, чей он. Как правило, даже при грубых нарушениях памяти больной в этот момент вспоминает, о чем вы договаривались.*

- Рекомендуется использовать прием безошибочного обучения.

### **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - III).**

**Комментарии:** В ряде случаев рекомендуется использовать приемы безошибочного обучения. Известно, что на своих ошибках учится лишь тот, кто эти ошибки помнит. Техника безошибочного обучения предполагает максимально жесткие условия воспроизведения заучиваемого материала, практически исключая неправильные ответы. Например, больному надо запомнить, как зовут его лечащего врача или как пройти из палаты в столовую. Варьируемая длина подсказки оставляет для самостоятельного выбора больного лишь небольшое звено, которое он может правильно воспроизвести. Пример диалога. «Добрый день, меня зовут Мария Петровна». Повторите. Больной повторяет. Через пять минут. «Попробуем вспомнить, как меня зовут. Меня зовут Мария Петров...». Больной заканчивает «...на». Повторите еще раз. Больной повторяет целиком. Еще через несколько минут (промежутки между повторениями заняты обычной деятельностью

*больного или беседой со специалистом). «Мы заучивали мое имя, повторим его. Мария Пет...». Больной повторяет «...ровна». И так далее. На следующий день, если нет уверенности, что больной вспомнит имя без ошибок, оно снова предъявляется целиком. Таким образом, искусственно создаются условия безошибочного воспроизведения информации (известно, что ошибка в начале заучивания имеет свойство в последующем закрепляться и повторяться в речевых ответах и поведении в целом). По мнению ряда авторов, выработка речевого или двигательного стереотипа в таких условиях значительно упрощается [24, 25, 26].*

- Рекомендуется создавать распорядок дня с ближайшими и отдаленными целями.

### **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - III).**

**Комментарии:** *Во всех «амбулаторных» программах первая встреча посвящена обсуждению того, как обычно проходит день больного, чем он в течение дня занят. И здесь, как правило, выясняется, что больной с грубым амнестическим синдромом дома ничем не занят. В лучшем случае родственники побуждают его сделать зарядку и ходят с ним гулять.*

*Все остальное время больной сидит у телевизора (играет с мобильным телефоном, запускает стереотипные игровые программы на компьютере и так далее). При этом у него и не возникает желания как-либо изменить свою жизнь. Дело в том, что у больных с грубым снижением памяти в повседневной жизни очень часто формируются поведенческие стереотипы, которые им удобны и преодолеть которые очень трудно. Доминирующим становится патологический стереотип «холодильник-телевизор». Позавтракал, пошел смотреть телевизор. При этом больной не смотрит какую-либо передачу до конца, а просто переключает каналы, никак не перерабатывая в своем сознании этот информационный поток. Через некоторое время забыл, что уже завтракал, пошел завтракать второй раз. Снова вернулся к телевизору, который и не выключался. День не структурирован. В конце дня пациенту не о чем вспомнить, что он сегодня делал.*

*Коррекционные нейропсихологические программы сразу ставят очень жесткие требования перед родственниками больного. «Мы не просто будем давать вам какие-то упражнения на дом, вы должны будете*

*полностью изменить распорядок дня вашего подопечного, постепенно расширяя круг его обязанностей».*

*Оптимальным вариантом является выстраивание ближайших и отдаленных жизненных целей и «подстройка» новых стратегий запоминания под обеспечение этих целей. При этом ближайшие цели должны быть конкретными, достижимыми (реалистичными), привязанными к определенному времени [24, 25].*

- *Рекомендуется использовать общие (неспецифические) принципы восстановительного обучения.*

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - III).**

**Комментарии:** *Для программ восстановления памяти актуальными являются общие принципы восстановительного обучения, разработанные в трудах российских ученых [27, 28]:*

1. *Комплексность воздействий. Работа ведется параллельно со всеми составляющими нейропсихологического синдрома. Нельзя восстановить*

*память, игнорируя речевые или гностические проблемы, если они присутствуют в статусе больного;*

*2. Формирование активной позиции больного, его желания преодолеть возникшие нарушения;*

*3. Учет преморбидных особенностей больного и его текущих интересов. Необходимость восстановления личностного и социального статуса пациента;*

*4. Приоритетность запросов ближайшего социального окружения больного в проводимых реабилитационных мероприятиях.*

*Грубые нарушения памяти приводят к социальной изоляции больного, его пассивности, полной зависимости от помощи и опеки окружающих. Предлагаемая программа восстановительного обучения, как правило, реализуется во время амбулаторных занятий, проводимых 2 – 3 раза в неделю на протяжении 1 – 2 месяцев. Опыт показывает, что в результате реабилитационных мероприятий больной становится более свободным, у него появляется возможность самостоятельно организовывать свою жизнь [29].*

## **Критерии оценки качества психологической помощи**

Критерии качества работы медицинского психолога отражены в табл. 3 и табл. 4.

Табл. 3. Критерии качества нейропсихологической диагностики пациентов с грубыми нарушениями памяти при повреждениях головного мозга.

<b>№</b>	<b>Критерии качества</b>	<b>Уровень достоверности доказательств</b>	<b>Уровень убедительности рекомендаций</b>
1	Наличие клинико-психологического заключения, включающего анализ состояния эмоциональной, мотивационной сфер в процессе обследования, критичности к своему заболеванию и допускаемым ошибкам, жалоб и оценку адекватности их предъявления	III	C

2	Наличие нейропсихологичес кого заключения, включающего качественный и, по возможности, количественный, анализ выполнения больным различных нейропсихологичес ких проб и тестов, направленных на оценку всех видов памяти	Ш	С
3	Использование соответствующей психологической и нейропсихологичес кой терминологии для описания нарушенных и сохраненных звеньев памяти	Ш	С
4	Наличие психологически обоснованного вывода о состоянии памяти	Ш	С

5	Наличие (в случае необходимости) психологически обоснованного вывода о дисфункции соответствующих мозговых зон	III	C
---	--	-----	---

Табл.4. Критерии качества нейропсихологической реабилитации пациентов с грубыми нарушениями памяти при повреждениях головного мозга.

<b>№</b>	<b>Критерии качества</b>	<b>Уровень достоверности доказательств</b>	<b>Уровень убедительности рекомендаций</b>
1	Наличие ВКБ адекватной нарушениям памяти и возможности/необходимости их восстановления	III	C
2	Наличие комплайенса по отношению к реабилитационным мероприятиям	III	C

3	Снижение проявлений нарушений памяти в одном или нескольких видах деятельности, действий или операций (в зависимости от поставленных реабилитационных целей)	Ш	С
4	Минимизация степени бытовой, социальной или профессиональной зависимости от других людей (в пределах поставленных реабилитационных целей)	Ш	С

## Список литературы

1. Лурия А.Р. Нейропсихология памяти: Нарушение памяти при глубинных поражениях мозга. М.: Педагогика, 1976; 192 с.
2. Tulving E. Organization of memory: Quo vadis? In: Gazzaniga MS, ed. The cognitive neurosciences. Cambridge, MA: MIT Press, 1995; 839–847.
3. Squire L.R., Knowlton B. Memory, hippocampus, and brain systems. In: Gazzaniga MS, ed. The cognitive neurosciences. Cambridge, MA: MIT Press, 1995; 825–837.
4. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. М.: МГУ, 1962; 431 с.
5. Балашова Е. Ю., Ковязина М. С. Нейропсихологическая диагностика. Классические стимульные материалы. М.: Генезис, 2010; 70 с.
6. Кроткова О.А., Карасева Т.А., Найдин В.Л. Количественная оценка нарушений памяти у неврологических и нейрохирургических больных. Методические рекомендации. М.: Министерство здравоохранения СССР, 1983; 30 с.
7. Корсакова Н.К., Балашова Е.Ю., Рощина И.Ф. Экспресс-методика оценки когнитивных функций при

старении. Психологические исследования: электрон. науч. журн. 2009; № 3(5). URL: <http://psystudy.ru>

8. Корсакова Н.К., Микадзе Ю.В. Нейропсихологические исследования памяти: итоги и перспективы. В кн.: А.Р. Лурия и современная психология, М.: Изд-во Моск. ун-та, 1982; с. 101-110.

9. Выготский Л.С. Психология. М.: ЭКСМО – Пресс, 2000; 1008 с.

10. Выготский Л.С. Психология и учение о локализации психических функций. Собр. соч. Т. 1, М.: Педагогика, 1982; с. 168-174.

11. Цветкова Л.С. Проблемы афазии и восстановительного обучения. М.: Изд-во МГУ, 1979; 162 с.

12. 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.

13. Глоzman Ж.М. Мотивационные и личностные аспекты реабилитации больных с афазией. Актуальные проблемы современной психологии. М.: МГУ, 1983; с. 212-215.

14. Ахутина Т.В., Пылаева Н.М. Система методов восстановительного обучения при грубой речевой патологии. Проблемы патологии речи. Тезисы всесоюзного симпозиума 16-21 октября 1989 г. Под ред. В. В. Ковалев. М.: Московский НИИ психиатрии; с. 10-12.
15. Ахутина Т.В., Пылаева Н.М. Работа с числовым рядом в восстановительном и коррекционном обучении. Дефектология, М.: Шк – пресса, 1993; № 2: с. 47-50.
16. Ахутина Т.В., Пылаева Н.М. Восстановительное обучение при грубой сенсомоторной афазии. Актуальные проблемы логопедической практики. Спб.: Акционер и К°, 2004; с. 92-115.
17. 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.: Академия, 2015; с. 15-29.
18. Шкловский В.М., Визель Т.Г. Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии. М.: «Ассоциация дефектологов», 2000; 96 с.
19. 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. М.: Медпрактика – М, 2014; № 24 (1): с. 34-39.

20. 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. М.: Медпрактика – М, 2009; № 19 (2): с. 32-34.

21. Каверина М.Ю., Кроткова О.А. Проблема осознания когнитивных нарушений у больных с мнестическими дефектами [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология, 2013; № 3. URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2013/n3/64001.shtml>

22. Кроткова О.А. Основные направления реабилитации больных с нарушениями памяти. В сборнике научных работ Проблемы реабилитации нейрохирургических больных под ред. акад. АМН СССР А.Н. Коновалова и д.мед.н. В.Л. Найдина. М.: Изд-во Академии медицинских наук СССР, 1988; с. 63 – 72.

23. Кроткова О.А., Семенович А.В. Некоторые особенности мозговой организации образов зрительной

- памяти человека и механизм возникновения конфабуляций. Психологический журнал. М.: Наука, 1994; Т.15, № 1: с. 97-108.
24. Wilson B. A. Towards a comprehensive model of cognitive rehabilitation. *Neuropsychological rehabilitation*, 2002; № 2: 97-110.
25. Wilson B. A. *Neuropsychological rehabilitation. Annual Review of Clinical Psychology*, 2008; № 1: 141-162.
26. 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; 132.
27. Лурия А. Р. Восстановление функций мозга после военной травмы. М.: АМН СССР, 1948; 236 с.
28. Цветкова Л.С. Нейропсихологическая реабилитация больных. М.: Изд-во МГУ, 1985; 327 с.
29. Найдин В.Л., Максакова О.А., Кроткова О.А. Нейрореабилитация при черепно-мозговой травме. В кн. *Клиническое руководство по черепно-мозговой травме. Под ред. А.Н. Коновалова, Л.Б. Лихтермана, А.А. Потапова - Практическое пособие в 3-х томах. М.: Антидор*, 2002; Т.3: с. 516 – 542.

## Приложение А1. Состав Рабочей группы

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.

1. Ахутина Т.В., д. психол.н., профессор, Eastern Psychological Association, American Educational Research Association, American Psychological Association.
2. Варако Н.А., к. психол. н., член РПО, член союза реабилитологов, European Federation of Psychologists' Associations, World Federation for NeuroRehabilitation, International Neuropsychological Society, благодарность Министра здравоохранения Российской Федерации за многолетний добросовестный труд и в связи с 50-летием со дня образования факультета психологии.
3. Григорьева В.Н., д. мед. н., зав. кафедрой неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики, почетный работник высшего профессионального образования РФ, член правления Всероссийского общества неврологов.

4. Зинченко Ю.П., декан факультета психологии МГУ имени М.В. Ломоносова, заведующий кафедрой методологии психологии факультета психологии МГУ имени М.В. Ломоносова, доктор психологических наук, профессор, вице-президент РАО, президент Российского психологического общества, главный внештатный специалист по медицинской психологии Министерства здравоохранения РФ, председатель Совета по психологии и клинической психологии Учебно-методического объединения по классическому университетскому образованию, почетный работник высшего профессионального образования Российской Федерации, лауреат премии Правительства Российской Федерации, президент Российского психологического общества, главный медицинский психолог Минздрава России.

5. Ковязина М.С., д. психол. н., доцент, член-корреспондент РАО, член РПО, член союза реабилитологов, European Federation of Psychologists Associations, почётная Грамота За многолетний добросовестный труд и в связи с 50-летием со дня образования факультета психологии Приказ № 1022-п, диплом II степени "Лучшее издание по медицине".

6. Кроткова О.А. к. психол. н., член РПО, член Московского нейропсихологического общества.

7. Микадзе Ю.В., д. психол. н., профессор, член РПО, European Federation of Psychologists Associations, премия Конкурса работ, способствующих решению задач Программы развития МГУ за достижения в преподавании и методической работе, юбилейный нагрудный знак "250 лет МГУ им. М.В. Ломоносова", Заслуженный профессор, награда в память 850-летия Москвы.

8. Скворцов А.А. кандидат психологических наук, представителем профессиональных ассоциаций не является.

9. Фуфаева Е.В. психолог, клинический психолог, преподаватель психологии, член РПО, Московского нейропсихологического общества, Euroacademia Multidisciplinaria Neurotraumatologica, World Federation for NeuroRehabilitation.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

## **Приложение А2. Методология разработки методических рекомендаций**

Целевая аудитория данных методических рекомендаций:  
Медицинский психолог.

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

- Поиск в электронной базе данных;
- Публикации в профильных медицинских журналах, монографиях.

Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств:

Доказательной базой для рекомендаций явились публикации, вошедшие в базу данных ELIBRARY, PUBMED, ResearchGate, Google Scholar, ScienceDirect, Web of Science, Scopus, РИНЦ. Глубина поиска составила 10 лет.

Методы, использованные для оценки качества доказательств:

- Консенсус экспертов.

Методы, использованные для формулировки рекомендаций:

- Консенсус экспертов.

Экономический анализ:

- Анализ стоимости не проводился.

Рейтинговая схема, согласно которой происходила оценка уровня достоверности доказательств и уровня убедительности рекомендаций, представлена в табл. 5 и табл. 6.

Табл. 5. Рейтинговая схема для оценки уровня достоверности доказательств.

<b>Уровни достоверности</b>	<b>Описание</b>
I	Мета-анализы, систематические обзоры, хорошо разработанные рандомизированные контролируемые клинические исследования
II	Хорошо разработанные контролируемые нерандомизированные исследования (когорта, случай-контроль)
III	Неконтролируемые исследования и выработанные общими усилиями

Табл. 6. Рейтинговая схема для оценки уровня убедительности рекомендаций.

Уровни убедительности	Описание
А	Непосредственно базируется на уровне I достоверности
В	Непосредственно базируется на уровне II достоверности или экстраполируется от уровня I достоверности
С	Непосредственно базируется на уровне III достоверности или экстраполируется от уровня II достоверности

Описание методов валидизации рекомендаций:

В предварительной версии настоящие рекомендации прошли процедуру рецензирования независимыми экспертами. Были получены комментарии со стороны психологов, клинических психологов, врачей-неврологов в отношении доходчивости изложения материала и его значимости, как рабочего инструмента повседневной практики.

Комментарии, полученные от экспертов, регистрировались, тщательно анализировались и

обсуждались членами рабочей группы. Принятые решения обосновывались и также регистрировались.

Порядок обновления методических рекомендаций:

Последние изменения в настоящих рекомендациях были вынесены на обсуждение в предварительной версии на XI Международном конгрессе «Нейрореабилитация-2019» (15 марта, 2019 года). Предварительная версия методических рекомендаций была опубликована на сайте [www.expodata.ru](http://www.expodata.ru) для того, чтобы лица, не участвующие в конгрессе, имели возможность принять участие в обсуждении и их дальнейшем совершенствовании.

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

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

## Приложение А3. Связанные документы

Данные методические рекомендации разработаны с учетом следующих нормативно-правовых документов:

1. Нейропсихологическая диагностика и реабилитация пациентов с нарушениями мышления при повреждениях головного мозга:

[http://psyurus.ru/med\\_psy/klinicheskie-rekomendatsii/](http://psyurus.ru/med_psy/klinicheskie-rekomendatsii/)

2. Нейропсихологическая диагностика и реабилитация пациентов с нарушениями регуляторных функций при повреждениях головного мозга:

[http://psyurus.ru/med\\_psy/klinicheskie-rekomendatsii/](http://psyurus.ru/med_psy/klinicheskie-rekomendatsii/)

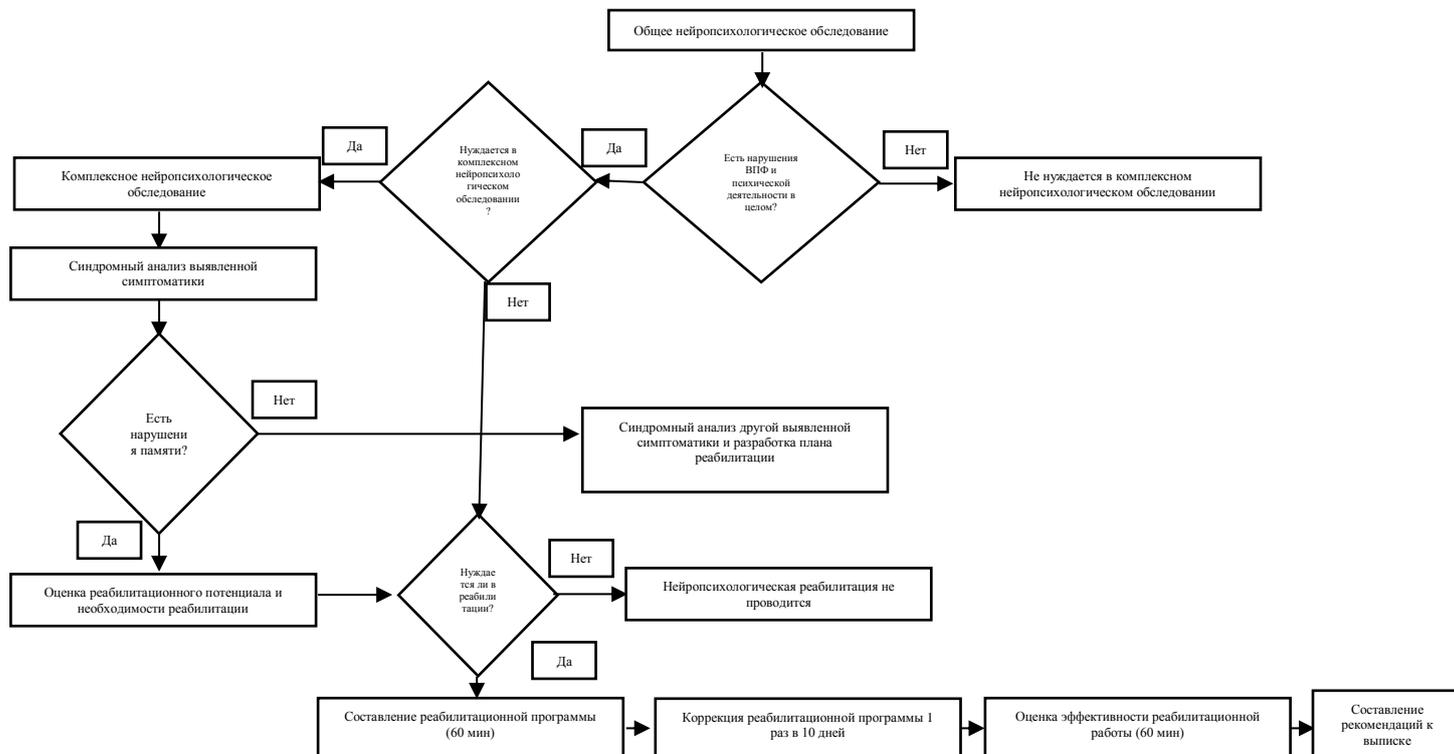
3. Нейропсихологическая диагностика и реабилитация пациентов с апраксиями при повреждениях головного мозга:

[http://psyurus.ru/med\\_psy/klinicheskie-rekomendatsii/](http://psyurus.ru/med_psy/klinicheskie-rekomendatsii/)

4. Нейропсихологическая диагностика и реабилитация пациентов с нарушениями сознания после повреждения головного мозга:

[http://psyurus.ru/med\\_psy/klinicheskie-rekomendatsii/](http://psyurus.ru/med_psy/klinicheskie-rekomendatsii/)

## Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента



## **Приложение В. Информация для пациента**

Наиболее частые ошибки окружения больного:

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