

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

**НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ
ДИАГНОСТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ
ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ
РЕГУЛЯТОРНЫХ ФУНКЦИЙ
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 нарушениями регуляторных функций.....	37
3. Нейропсихологическая реабилитация пациентов с нарушениями регуляторных функций.....	44
Список литературы.....	68
Приложение А1. Состав Рабочей группы	73
Приложение А2. Методология разработки методических рекомендаций.....	76
Приложение А3. Связанные документы	80
Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента	81
Приложение В. Информация для пациента	82

Ключевые слова

Клиническая психология, нейропсихология, медицинский психолог, нейропсихологическая диагностика, нейропсихологическая реабилитация, клинико-психологическая диагностика, клинико-психологическая реабилитация, высшие психические функции, нейропсихологические нарушения регуляторных функций.

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

В отечественной нейропсихологии функции, обеспечиваемые префронтальными отделами лобных долей мозга, называются функциями программирования, регуляции и контроля психической деятельности [1]. А.Р. Лурия [2] описал различные проявления нарушений в работе лобных долей мозга и обозначил их термином – лобный синдром. В последние десятилетия в зарубежной нейропсихологии для описания нарушения функций лобных долей мозга и связанных с ними структур используется термин «executive function», что в переводе на русский означает - «управляющие функции». Нарушения регуляторных функций отмечаются не только при непосредственном повреждении корковых отделов префронтальных отделов, но и иных мозговых структур (подкорковых и глубинных областей головного мозга), а также проводниковой части ЦНС (в российской традиции такого вида нарушения называют «псевдолобным синдромом») [3]. Также в последние годы отечественной нейропсихологией используется термин регуляторные функции.

В зарубежной психологии существует достаточно много моделей, описывающих структуру регуляторных функций. Одной из таких моделей, адекватных клиническому запросу, является модель Cicerone K., Levin H., Malec J., Stuss D., Whyte J. [4]. Согласно этой модели, в составе регуляторных функций выделяют четыре области:

1. Регуляторные когнитивные функции, связанные с контролем и планированием, целенаправленностью деятельности;
2. Функции поведенческой саморегуляции, связанные с эмоциональным подкреплением;
3. Функции, регулирующие активацию, то есть обеспечивающие инициативу и активацию поведения;
4. Метакогнитивные процессы.

В отношении первой области, связанной с контролем и планированием, существуют различные теоретические модели, объясняющие ее составные компоненты. Одной из них является модель управления действиями Norman D., Shallice T. [5], уточненная позже Shallice T., Burgess P. [6] и включающая следующие подпроцессы:

1. Подпроцесс планирования, приводящий к возникновению новых, временных схем;
2. Рабочая память, одновременно содержащая всю необходимую информацию для реализации новых временных схем;
3. Система, отвечающая за мониторинг и оценку выполнения, которая разрешает или отклоняет действие в соответствии с программой решения задачи.

В целом в многочисленных исследованиях, направленных на изучение функций лобных долей головного мозга, были выявлены различные компоненты и подпроцессы в составе регуляторных функций и рабочей памяти. Симптомы нарушения каждого из подпроцессов могут быть оценены соответствующим тестом относительно независимо, что позволяет делать реабилитационный процесс более точным и целенаправленным.

Еще одной составляющей нарушения регуляторных функций часто является эмоционально-личностные расстройства, возникающие преимущественно при повреждении орбитофронтальных отделов лобных долей мозга. Эти расстройства проявляются, в частности, нарушением критического

отношения пациента к своему заболеванию (анозогнозией). Под критичностью понимают оценку и переживание пациентом своего заболевания, когнитивную и эмоциональную составляющую ВКБ [7, 8].

Нарушение когнитивной составляющей проявляется в отсутствии истинного понимания своей болезни, возникшего дефицита, ограничений, последствий и возможностей, как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе. Такие больные не могут понять суть своей ошибки при выполнении задания, даже при понимании того, что что-то сделано не так. Отсутствие когнитивного компонента критичности может проявляться при наличии известной степени переживания своей несостоятельности.

Нарушение эмоциональной составляющей проявляется в отсутствии переживания болезни и своих ограничений, игнорировании существенных последствий заболевания, формальном перечислении симптомов болезни. Как правило, в ситуации неуспеха в ходе выполнения задания больные не расстраиваются, их настроение остается скорее благодушным. Больные пытаются объяснить свою несостоятельность,

обесценивая саму необходимость выполнения задания различными внешними факторами.

Профессиональные компетенции клинического
психолога¹ в МДБ²:

- Владение методами и процедурой нейропсихологического обследования;
- Владение навыками нейропсихологической диагностики и использования специфических психометрических методов, которые могут применяться для оценки регуляторных функций и других ВПФ;
- Умение формировать индивидуальные программы когнитивной реабилитации;

¹ 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.

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

- Знание способов и средств восстановительной работы и осуществление выбора апробированных эффективных конкретных технологий восстановления нарушенных регуляторных функций;
- 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 нарушениями регуляторных функций, основанном на официальном рубрикаторе и практическом опыте отдельных клиник.

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

Код	Наименование	Частота	Оптимальное число занятий³
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

³ Число занятий, необходимое для достижения одной узкоспециализированной цели при реабилитации больного с нарушениями регуляторных функций 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	2-3 раза в неделю	15
A21.23.005	Нейропсихологическая реабилитация	2-3 раза в неделю	15
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
B04.069.001	Школа психологической профилактики для пациентов и родственников	2 раза за курс	Нет данных

B05.023.001	Услуги по реабилитации пациента, перенесшего острое нарушение мозгового кровообращения	3-5 раза в неделю	Нет данных
B05.024.002	Услуги по реабилитации пациента, перенесшего нейрохирургическую операцию	3-5 раза в неделю	Нет данных

1.2 Этиология и патогенез

Нарушения регуляторных функций встречаются при заболеваниях головного мозга различной этиологии.

1.3 Эпидемиология

Нарушения регуляторных функций являются одними из наиболее часто встречающихся 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 (C72):

C72.2 - Обонятельного нерва, обонятельной луковицы;

C72.3 - Зрительного нерва;

C72.4 - Слухового нерва;

C72.5 - Других и неуточненных черепных нервов;

C72.8 - 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 C70-C72.5;

C72.9 - 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 - Внутречерпной и внутрипозвоночный флебит и тромбофлебит:

Септическая(ий): эмболия, эндофлебит, флебит внутречерпных или внутрипозвоночных, тромбофлебит венозных синусов и вен, тромбоз. Исключены: внутречерпные 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 (T42.6), психодислептиками (галлюциногенами) (T40.7-T40.9);

T44 - Отравление препаратами, действующими преимущественно на вегетативную нервную систему;

T45 - Отравление препаратами, преимущественно системного действия и гематологическими агентами, не классифицированное в других рубриках;

T46 - Отравление препаратами, действующими преимущественно на сердечно-сосудистую систему:

Исключено: метарамином (T44.4);

T47 - Отравление препаратами, действующими преимущественно на органы пищеварения;

T48 - Отравление препаратами, действующими преимущественно на гладкую и скелетную мускулатуру и органы дыхания;

T49 - 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 реабилитации⁴ и их виды согласно МКФ).

Обязательная составляющая модели пациента	Описание составляющей модели пациента
Клиническая ситуация	Состояния после повреждения головного мозга различной этиологии
МКБ-10	C69 - C72; D32, D33; G00 - G09; G20 - G26; S00 - S09; T36 - T50
Исключаются группы заболеваний согласно МКБ-10	Нет данных
Домены МКФ, связанные с диагностикой регуляторных функций	b1304 - Контроль импульсивных побуждений;

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

	b140 - Функции внимания; b1641 - Организация и планирование; b1642 - Управление временем; b1643 - Познавательная гибкость; Все домены d (1-9)
Домены МКФ, связанные с реабилитацией пациентов с нарушениями регуляторных функций	b1304 - Контроль импульсивных побуждений; b140 - Функции внимания; b1641 - Организация и планирование; b1642 - Управление временем; b1643 - Познавательная гибкость; Все домены d (1-9)
Определитель кода МКФ, отмечающий величину уровня здоровья	xxx.1 - легкие проблемы; xxx.2 - умеренные проблемы; xxx.3 - тяжелые проблемы;
Этапы реабилитации (Приказ МЗ РФ № 1705н от 29.12.2012)	1, 2, 3 этапы
Возраст пациента	От 18 лет

2. Нейропсихологическая диагностика пациентов с нарушениями регуляторных функций

2.1. Жалобы и анамнез

Медицинский психолог сталкивается с жалобами такого рода, как «я не могу с первого раза понять, что мне нужно сделать», «с трудом понимаю прочитанное», «смотрю телевизор (слушаю радио) и не понимаю про что там» и так далее.

При сборе психологического анамнеза (при беседе с больным и его родственниками) необходимо выявить преморбидный уровень когнитивной сферы и осуществлять интерпретацию полученных результатов в ходе специального нейропсихологического обследования с этим уровнем.

2.2. Иная диагностика

В отечественной нейропсихологии диагностика нарушений регуляторных функций 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 регуляторных функций» [2].

Цели нейропсихологической диагностики пациентов с нарушениями регуляторных функций:

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

По окончании обследования пишется нейропсихологическое заключение, содержащее описание составляющих регуляторных функций, а также первичных и вторичных симптомов их нарушения. Дополнительно можно использовать результаты количественной оценки по данным зарубежных шкал.

По результатам нейропсихологического заключения должен быть сделан краткий вывод о необходимости:

1. Реабилитационных занятий с медицинским психологом;
2. Повторного обследования для оценки динамики восстановительного процесса с указанием сроков, в которые необходимо провести повторное обследование;
3. Продолжения реабилитационных занятий после выписки пациента из стационара или реабилитационного центра.

При диагностике нарушения регуляторных функций необходимо учитывать их специфику, существенно отличающую как сами регуляторные функции, так и их дефицит от других ВПФ:

1. Некоторая часть относительно здоровых людей плохо справляется с тестами/заданиями на оценку регуляторных функций (особенно это касается лиц с низким уровнем образования), поэтому основное значение в диагностике придается не определению типа расстройства, а оценке его степени выраженности;

2. При исследовании больных с церебральной патологией необходимо учитывать их преморбидный уровень;

3. Симптомы нарушения регуляторных функций не являются жестко сцепленными друг с другом: человек может хорошо выполнять одну пробу на оценку состояния регуляторных функций и при этом плохо выполнять другой тест той же направленности. Неудача при выполнении одной нейропсихологической пробы или одного психометрического теста не является прогностически значимой в отношении показателей выполнения других проб и тестов;

4. Выявление нарушений регуляторных функций у больных с поражением головного мозга не является доказательством патологии именно лобных долей мозга.

Иная методологическая база, лежащая в основе зарубежных моделей регуляторных функций, является полезной в клинической практике, поскольку позволяет проводить при диагностике и реабилитации больных более детальный анализ имеющихся нарушений, включающий также количественную оценку.

Тактика исследования, включающая отечественные и зарубежные методы, строится в таком случае следующим образом:

1. Общее нейропсихологическое обследование по традиционной схеме А.Р. Лурия;
2. Если выявляются трудности, связанные с нарушением программирования, регуляции и контроля психической деятельности, а также критичности пациента к собственному состоянию, ошибкам, прогнозу болезни, в ряде случаев целесообразно использовать батарею зарубежных тестов и опросников для уточнения характера нарушения и его количественной оценки;
3. Постановка целей реабилитации и составление реабилитационной программы с опорой на данные как общего нейропсихологического обследования, так и тестов, и опросников, используемых в зарубежной нейропсихологии.

В современной зарубежной нейропсихологии насчитывается достаточно большое количество тестов и опросников, исследующих и оценивающих различные составляющие регуляторных функций. В данном руководстве предлагается к использованию батарея

оценки лобной дисфункции, официально изданная в Российской Федерации [9].

Кроме описания различных составляющих регуляторных функций в зарубежной традиции принято отдельно выделять понятие критичности больного. Снижение критики к своим ошибкам, возможностям и своему заболеванию называют также анозогнозией, которая проявляется в неосознании своего неврологического и (или) психологического дефицита, очевидного для клиницистов и других внешних наблюдателей (например, родных и близких). Процесс осознания своих когнитивных трудностей требует интеграции знаний и переживаний, чтобы адекватно отражать выполнение тех или иных действий, задач в реальной ситуации. Иначе говоря, для полного понимания ситуации, связанной со своей болезнью, пациенту необходимо осознавать свои проблемы, свои физические и когнитивные ограничения и то, как все эти ограничения скажутся на его повседневном (возможно, и профессиональном) функционировании. Анозогнозия, наряду с мотивационными трудностями, является одним из самых серьезных препятствий на пути реабилитации пациентов с мозговыми повреждениями: такие пациенты

остаются резистентными к реабилитации и не обучаются компенсаторным стратегиям. Также необходимо учитывать и тот факт, что пациенты с анозогнозией дольше включаются в реабилитационный процесс и могут нуждаться в серьезной помощи в повседневной жизни.

В отечественной традиции принято выделять такие составляющие критичности, как когнитивную и эмоциональную [7]. Когнитивная предполагает понимание, осознание объективных трудностей и нарушений, а эмоциональная указывает на отношение пациента к имеющемуся дефекту. Обе составляющие выявляются в ходе клинической беседы и качественного анализа в процессе нейропсихологического обследования.

В зарубежных моделях выделяются другие критерии анализа понятия критичность. Одна из зарубежных моделей, описывающих дефицит осознания пациентами своих трудностей, - модель Fleming [10], включающая три уровня осознания: осознание объективной картины своих возможностей, осознание влияния на повседневную активность функционального дефицита и осознание своих возможностей в постановке

реалистичных целей. Категории анализа, предлагаемые в данной модели, могут быть удобны для использования в клинической практике.

3. Нейропсихологическая реабилитация пациентов с нарушениями регуляторных функций

Основы российской нейропсихологической реабилитации были заложены Л.С. Выготским и А.Р. Лурия [11, 12]. 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 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» [13]. 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 [14, 15], Ж.М. Глозман [16], Т.В. Ахутиной, Н.М. Пылаевой [17, 18, 19, 20], В.М. Шкловского [21], Ю.А. Фукалова [22] и другими авторами.

Цели нейропсихологической реабилитации пациентов с нарушениями регуляторных функций:

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

5. Перенос нового навыка и/или способа реализации регуляторных функций в условиях реальной жизнедеятельности пациента.

Восстановление дефицита регуляторных функций признано очень важным направлением в реабилитации, так как эти расстройства тормозят прогресс всей реабилитации. Без восстановления регуляторных функций пациент после выписки из больницы не может быть самостоятельным в быту, в социальной и профессиональной жизни. Предлагаемые подходы и методы реабилитации рекомендуется использовать на втором и третьем этапах реабилитации.

Учитывая необходимость восстановления не только умственных навыков пациента, но и его адаптацию к бытовым условиям, для полноценного реабилитационного процесса необходимо создание эргозон – специализированных помещений, в которых пациенты могут попробовать самостоятельно себя обслуживать: готовить еду, самостоятельно принимать пищу, пользоваться стиральной машиной или стирать вручную, мыть посуду, гладить одежду, накрывать на стол и так далее.

Единого способа коррекции всех вариантов нарушения не существует. Выбор направления занятий определяется тем, какой из компонентов регуляторных функций восстанавливается.

При этом важнейшим условием восстановления и компенсации регуляторных функций является осознание имеющихся проблем. В общем виде при реабилитации пациентов с нарушениями регуляторных функций можно использовать следующую пошаговую схему (рис.1).



Рис.1. Пошаговая схема реабилитационного процесса при реабилитации пациентов с нарушениями регуляторных функций

Интерпретация описываемых шагов:

1 шаг – осознание пациентом имеющихся нарушений. Этот шаг предполагает необходимое столкновение пациента с его собственной несостоятельностью под наблюдением медицинского психолога. Для этого пациенту предлагают самостоятельно выполнить задание в эргозонах клиник, в реабилитационных центрах или при оказании надомной помощи. При этом должны соблюдаться следующие условия: самостоятельность выполнения задания, конкретизация задания (как и что конкретно будет сделано, каков будет результат) и ограничение выполнения задания по времени.

Алгоритм действий медицинского психолога:

- Медицинский психолог предлагает пациенту, а пациент сам выбирает задание для самостоятельного выполнения (например, приготовить что-то из еды, загрузить стиральную машину и так далее);
- При этом пациент должен утверждать, что сможет самостоятельно выполнить задание;
- Пациент должен назвать время, за которое он выполнит выбранное им задание;
- Пациент выполняет его самостоятельно;

- Медицинский психолог, находящийся рядом с пациентом, наблюдает за ним и дает ему возможность допускать ошибки;
- Медицинский психолог фиксирует ошибки пациента в специализированном бланке (также хорошо использовать видеозапись выполнения задания пациентом);
- Медицинский психолог включается в процесс выполнения только в случае опасности для жизни и здоровья пациента или окружающих;
- Медицинский психолог дает возможность пациенту не выполнить задание до конца или не уложиться в обозначенное пациентом время;
- Медицинский психолог дает пациенту обратную связь: наличие ошибок, невыполнение задания, в том числе в обозначенные самим пациентом временные рамки;
- При необходимости алгоритм повторяется несколько раз, чтобы пациент смог понять границы своих новых возможностей и необходимость реабилитационной работы.

2 шаг - разработка программы-алгоритма выполнения заданий и достижения реабилитационных

целей. На этом шаге медицинский психолог совместно с пациентом и его близкими ставит реабилитационные цели, которые пациент хочет и может самостоятельно достичь.

3 шаг - составление ориентировочной основы действия с использованием внешних вспомогательных средств. Необходимо составить внешнюю опору формируемого умения. Для этого медицинский психолог выделяет системы ориентиров и указаний, учет которых необходим для выполнения действия. Эти ориентиры и указания обязательно прописываются в виде четких алгоритмов, а также при необходимости излагаются в виде рисунков, символов, пиктограмм и схем.

4 шаг - обучение следованию программе-алгоритму с использованием внешних вспомогательных средств и внешней речи (проговариванием вслух), то есть формирование действия в материализованной форме (пациент производит требуемые действия с опорой на внешне представленные образцы действия, в частности, на схемы, прописанные алгоритмы и так далее). Эта стадия может занять длительное время и потребовать корректировки как самого алгоритма, так и вспомогательных средств.

5 шаг - закрепление умения следовать программе-алгоритму с опорой на вспомогательные средства (в том числе и речь), а также по возможности интериоризация этого умения. Пациенты с повреждениями мозга, как правило, затрачивают большое количество времени на формирование умения (возможно, несколько месяцев). Многие из них никогда не смогут интериоризировать эти умения, и выполнение программ навсегда останется в развернутом плане с опорой на внешние вспомогательные средства.

6 шаг - финальная проверка самостоятельного выполнения задания с контролем времени, заранее определенного пациентом и медицинским психологом. Необходимо, чтобы в заданных условиях достигался планируемый результат.

В зарубежной нейропсихологической традиции, опирающейся на когнитивно-бихевиоральную методологию, для реабилитации пациентов с нарушениями регуляторных функций применяются различные виды тренировок и тренингов. Burgess и Alderman [23] предлагают следующую типологию видов занятий:

1. Тренировки произвольного внимания, самонаблюдения и самоконтроля;
2. Тренировки навыков сравнения, обобщения, категоризации, абстрагирования, формирования суждений;
3. Тренировки структурирования информации;
4. Тренинг решения проблем;
5. Тренинг планирования и постановки целей.

Восстановление произвольного внимания, обучение навыкам самонаблюдения и самоконтроля.

Восстановление способности больного к произвольной концентрации, поддержанию и переключению внимания является неременным условием перехода к более сложным тренировкам навыков планирования и решения проблем (рис.2).

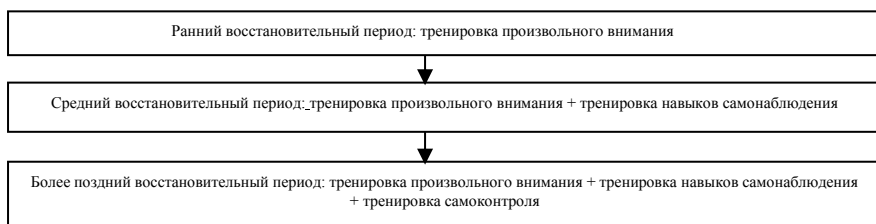


Рис.2. Этапы восстановления произвольного внимания, самонаблюдения и самоконтроля у пациента

- Рекомендуется проводить тренировку произвольного внимания.

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

Комментарии: *На любых заданиях, в зависимости от тяжести дефекта и преморбидного уровня пациента, отрабатывают такие свойства внимания, как концентрация, удержание и переключение.*

Вспомогательные средства: для этих целей можно использовать настольные игры, карточки разных цветов, форм, размеров, чтение и пересказ текстов, решение математических и логических задач, выполнение бытовых действий.

- Рекомендуется проводить тренировку навыков самонаблюдения.

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

Комментарии: *Задача тренировки навыков самонаблюдения - достижение понимания пациентом своих ошибок и своего импульсивного, несдержанного поведения.*

Вспомогательные средства:

1. *Отмечать крестиком те дела, которые надо было сделать в указанное время;*
 2. *Мысленно проговаривать свои действия;*
 3. *В процессе выполнения действия задавать себе вопросы. Например: «Что мне нужно сделать?», «Как я могу это сделать?», «Действую ли я по плану?», «Хорошо ли, правильно ли я делаю/сделал?»;*
 4. *Допустимы корректные замечания персонала в процессе выполнения действий;*
 5. *Выполнять действия и одновременно отмечать свои ошибки, отклонения от плана. Параллельно ошибки отмечает и медицинский психолог. Затем эти «списки» сравниваются. По возможности ведется видеозапись занятия.*
- Рекомендуется проводить тренировку самоконтроля.

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

Комментарии: *Это более высокий уровень, требующий от пациента не только понимания неправильностей поведения, но и контроля, регуляции поведения в виде торможения ошибочных, импульсивных и несдержанных реакций.*

Вспомогательная техника:

1. *На этом этапе, когда пациент уже понимает и согласен с тем, что не всегда может правильно регулировать и контролировать свое поведение, медицинский психолог вмешивается в процесс выполнения больным задания и дает подсказку каждый раз, когда пациент совершает, но не фиксирует свое неадекватное действие;*
2. *Пациент мотивируется каким-либо вознаграждением на увеличение количества правильно проконтролированных реакций, до того осуществлявшихся ошибочным или нежелательным образом;*
3. *Затем происходит этап отработки, тренировки навыка замечать и контролировать свои нежелательные реакции без подсказки со стороны медицинского психолога;*
4. *Проверкой служит самостоятельное, безошибочное выполнение задания, действия до полного исключения нежелательного поведения при выполнении этого действия.*

Реабилитация в отношении навыков решения проблем.

Решение любой житейской задачи или научной проблемы в самых общих чертах включает такие этапы, как установление сути проблемы, сбор и изучение относящейся к ней информации, выработка возможных решений, их анализ, выбор оптимального плана действий, его выполнение и оценка эффективности.

- Рекомендуется проводить тренинг по решению проблем.

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

Комментарии: *Суть этого тренинга заключается в выполнении самостоятельных упражнений по отработке отдельных компонентов этого процесса: выделение основной идеи, креативное мышление, оценка адекватности информации, планирование и так далее. Так, первый тип упражнений заключается в том, что на примерах различных проблем пациента обучают задавать себе такие вопросы, которые помогают распознать суть этих проблем. Другой тип упражнений включает разделение сложной проблемы на ее отдельные смысловые части. Используется также обучение различным стратегиям решения проблем, например, глобальной (холистической) стратегии и*

стратегии сканирования. Глобальная стратегия предполагает оценку и реализацию какого-либо способа решения проблемы, выбранного с учетом всей имеющейся у больной информации. Стратегия сканирования предполагает последовательное, пошаговое решение проблемы с использованием лишь той части информации, которая доступна на данном этапе [24].

Обучение решению конкретной проблемы целесообразно проводить по следующей схеме:

- 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;

6. *Принятие окончательного решения («Что разумнее всего предпринять?»);*

7. *Составление плана («Какова схема действий для достижения цели?»);*

8. *Оценка полученных результатов («Получилось? Я доволен? Что дальше?»).*

Методические подходы к этому обучению могут быть разными. В зависимости от характера обсуждаемых проблем и формы занятий, выделяют следующие формы тренинга [25]:

1. *Обсуждение жизненных проблем пациентов;*

2. *Работа с видеозаписями проблемных ситуаций;*

3. *Решение проблем, заимствованных из печати;*

4. *Решение смоделированных ситуационных проблем.*

Проработка проблем больных с органическим поражением головного мозга проводится в группах численностью от 4 до 6 человек. Обсуждаются ситуации, требующие неотложной помощи, бытовые трудности, сложности при посещении магазинов и так

далее. Медицинский психолог выносит на рассмотрение группы типичную проблемную ситуацию и предлагает участникам группы ее разрешить. Затем, уделив внимание каждому из высказанных мнений, он останавливается на таких важных этапах решения проблемы, как установление ее сути, определение и анализ возможных путей решения, выбор наиболее оптимального из них, с точки зрения соотношения достоинств и недостатков. Подчеркиваются преимущества целенаправленной выработки стратегии решения проблемы.

При индивидуальном обучении решению проблем принципиальная последовательность действий терапевта та же. Он вначале сопровождает пациента на протяжении всего процесса выработки решения, затем делает подсказки лишь по мере необходимости и, наконец, предоставляет больному полную независимость и возможность решать проблему самостоятельно.

Реабилитация в отношении навыков планирования и постановки целей.

Процесс планирования включает выработку альтернативных способов достижения цели,

рассмотрение их результатов, выбор одного из способов и определение последовательности составляющих его действий.

В то же время больные с поражениями головного мозга часто испытывают трудности не только в решении сложных житейских проблем, но и в планировании своих повседневных дел, работы и отдыха. Поэтому тренировки планирования часто выделяют в самостоятельную форму занятий, перенося акцент на довольно мелкие будничные задачи.

- Рекомендуется проводить тренинг по планированию.

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

Комментарии: *Тренинг по планированию проводится индивидуально или в группах планирования. Он включает:*

1. *Обсуждение значимости планирования;*
2. *Составление планов ближайших действий;*
3. *Составление недельных планов;*
4. *Составление долгосрочных планов и определение личных целей.*

Обсуждение значимости планирования действий позволяет мотивировать пациента к дальнейшим занятиям. В ходе такого обсуждения пациенту помогают осознать то значение, которое имеет составление плана поведения для успешного решения задач разного рода.

Обсуждение целесообразно строить на анализе ситуаций. Например, больному демонстрируют два видеосюжета, в первом из которых герой терпит неудачу, приближаясь к своей цели без определенного плана, а во втором добивается успеха, выработав стратегию действий.

После этого пациенту помогают разработать план исполнения какого-либо важного для него дела (например, сдачи в ремонт неисправной бытовой техники). Под конец занятия проводится обсуждение ситуаций, где использование отработанной стратегии уместно и неуместно, а также причин, по которым ее адекватное использование может быть неэффективным.

Больных также просят записывать то, что они сделали за прошедшее между занятиями время для достижения намеченных целей. Это задание важно, так

как больные нередко успешно ставят задачи, но не приступают к их реализации.

Каждый больной как минимум дважды в неделю обсуждает на группе поставленные им цели и свои шаги к ним. Это позволяет ему узнать, как воспринимают его планы и действия другие люди. Психолог, в свою очередь, имеет возможность отреагировать на нереалистичные замыслы пациента. Психологу не следует спорить с больным или отвергать поставленные им цели. Основная задача врача заключается в том, чтобы обратить внимание пациента на те слабые и сильные стороны, которые у него есть.

- Рекомендуется отрабатывать навыки общения.

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

Комментарии: *Отработка навыков общения направлена на восстановление коммуникативных навыков пациента. Они проводятся в группах численностью по 6-7 человек. Пациента обучают мысленно обозначать тему беседы, плавно переходить от одной темы к другой или к завершению разговора, обучают понимать выражение лица собеседника.*

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 нарушениями регуляторных функций при повреждениях головного мозга.

№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
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 регуляторных функций	III	C
3	Использование соответствующей психологической и нейропсихологичес кой терминологии для описания нарушенных и сохранных звеньев регуляторных функций	III	C
4	Наличие психологически обоснованного вывода о состоянии регуляторных функций	III	C

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

Табл.4. Критерии качества нейропсихологической реабилитации пациентов с нарушениями регуляторных функций при повреждениях головного мозга.

№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
1	Наличие ВКБ, адекватной нарушениям регуляторных функций, и возможности/необходимости их восстановления	III	C
2	Наличие комплаенса по отношению к реабилитационным мероприятиям	III	C

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

Список литературы

1. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М.: Академия, 2002; 384 с.
2. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. М.: МГУ, 1962; 431 с.
3. Лурия А.Р., Мельникова Т.В. О вторичном лобном синдроме при поражениях задней черепной ямки: (К вопросу об использовании регулирующей роли речи для возможностей дифференциального диагноза псевдолобного и лобного синдромов). Вопросы нейрохирургии. М.: АМН СССР, 1974; № 4: с. 56 - 60.
4. 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. Archives Phys Med Rehabilitation, 2011; 519-530.
5. Norman D.A., Shallice T. Attention to action: Willed and automatic control of behavior. Cognitive neuroscience: a reader by M.S. Gazzaniga. Oxford: Blackwell, 2000; 376 – 392.

6. Shallice T., Burgess P. The domain of the supervisory process and temporal organisation of behaviour. *Philosophical Transactions: Biological Sciences*, 1996; № 351: 1405–1412.
7. Корсакова Н.К., Московичюте Л.И. Клиническая нейропсихология. М.: Академия, 2003; 144 с.
8. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику: психологическое исследование. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1987; 168 с.
9. Захаров В. В., Яхно Н. Н. Когнитивные расстройства в пожилом и старческом возрасте. Методическое пособие для врачей. М., 2005; 71 с.
10. Fleming J.M., Strong J., Ashton R. Self-awareness of deficits in adults with traumatic brain injury: how best to measure? *Brain Injury*, 1996; № 10 (1): 1-16.
11. Выготский Л.С. Психология. М.: ЭКСМО – Пресс, 2000; 1008 с.
12. Лурия А. Р. Восстановление функций мозга после военной травмы. М.: АМН СССР, 1948; 236 с.
13. Выготский Л.С. Психология и учение о локализации психических функций. М.: Педагогика, 1982; № 1: с. 168-174.

14. Цветкова Л.С. Проблемы афазии и восстановительного обучения. М.: Изд-во МГУ, 1979; 162 с.
15. 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.
16. Глоzman Ж.М. Мотивационные и личностные аспекты реабилитации больных с афазией. Актуальные проблемы современной психологии. М.: МГУ, 1983; с. 212-215.
17. 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.
18. Ахутина Т.В., Пылаева Н.М. Работа с числовым рядом в восстановительном и коррекционном обучении. Дефектология, М.: Шк – пресса, 1993; № 2: с. 47-50.
19. Ахутина Т.В., Пылаева Н.М. Восстановительное обучение при грубой сенсомоторной афазии.

Актуальные проблемы логопедической практики. СПб.: Акционер и К°, 2004; с. 92-115.

20. 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.

21. 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.

22. 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.

23. Burgess P.W., Alderman N., Forbes C., Costello F., Coates Laure M.A., Deirdre R.D., Anderson N.D., Gilbert S.J., Dumonthei I.I, Channon S. The case for the development and use of “ecologically valid” measures of executive

function in experimental and clinical neuropsychology. Journal of the international neuropsychological society. Cambridge University Press, 2006; № 12 (2): 194 – 209.

24. 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.

25. Wesolowski M.D., Zencius A.H. A practical guide to head injury rehabilitation: A focus on postacute residential treatment. Springer, 1994; 239.

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. 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.

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

8. Фуфаева Е.В. психолог, клинический психолог, преподаватель психологии, член РПО, Московского нейropsychологического 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.

Уровни достоверности	Описание
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 валидации 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 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/>

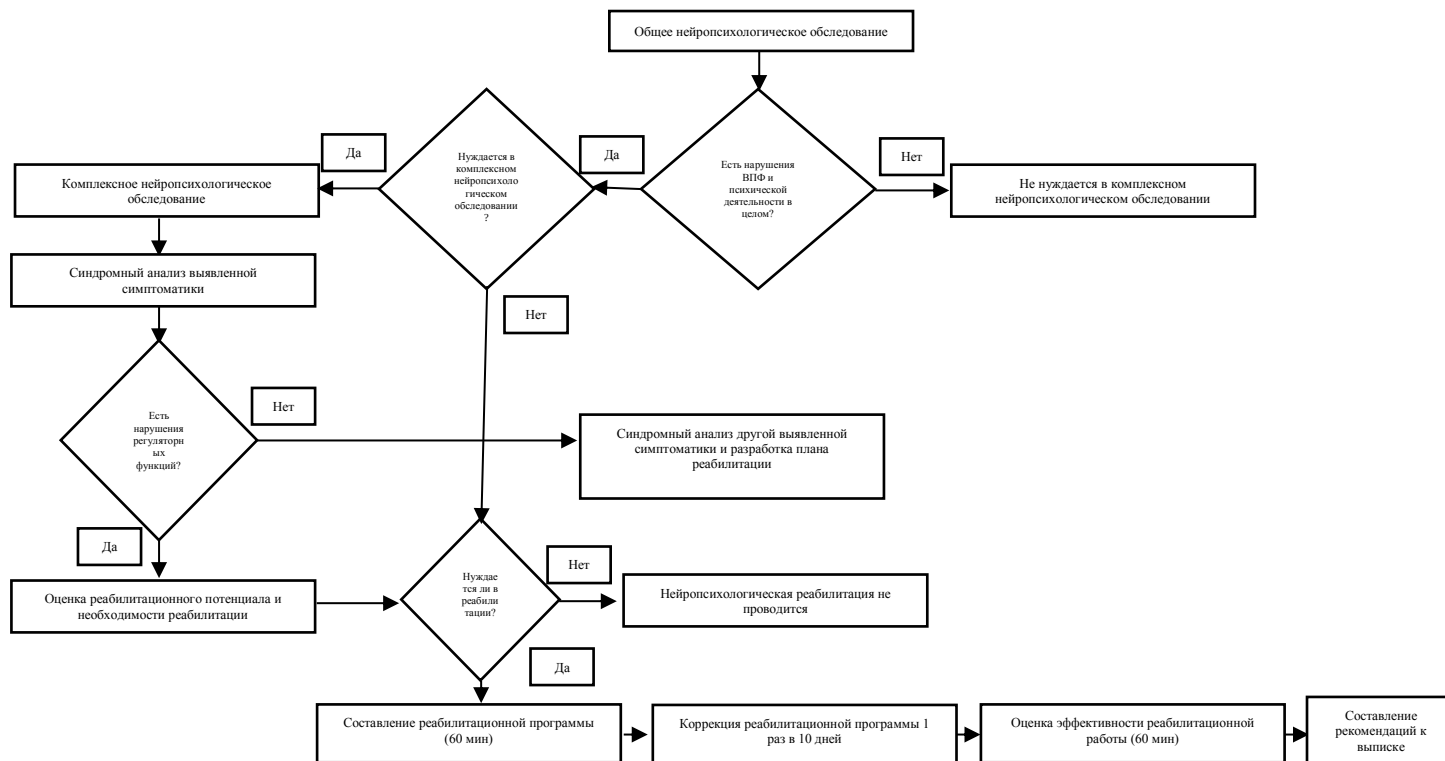
Проект рекомендаций был рецензирован также независимыми экспертами, которых просили оценить, прежде всего, доходчивость изложенного материала, точность интерпретации доказательной базы, лежащей в основе рекомендаций, исполнимость положений и рекомендаций.

Приложение А3. Связанные документы

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

1. Нейропсихологическая диагностика и реабилитация пациентов с грубыми нарушениями памяти при повреждениях головного мозга:
http://psyrus.ru/med_psy/klinicheskie-rekomendatsii/
2. Нейропсихологическая диагностика и реабилитация пациентов с нарушениями мышления при повреждениях головного мозга:
http://psyrus.ru/med_psy/klinicheskie-rekomendatsii/
3. Нейропсихологическая диагностика и реабилитация пациентов с апраксиями при повреждениях головного мозга:
http://psyrus.ru/med_psy/klinicheskie-rekomendatsii/
4. Нейропсихологическая диагностика и реабилитация пациентов с нарушениями сознания после повреждения головного мозга:
http://psyrus.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).