

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

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

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

**Клинические рекомендации утверждены
на заседании Президиума
Российского психологического общества,
г.Москва, 11.12.2015г;
на VII международном Конгрессе «Нейрореабилитация-2015»
г.Москва, 03.06.2015г**

Москва 2016

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

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

Рабочая группа по подготовке текста рекомендаций

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

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ	3
ВВЕДЕНИЕ	4
МЕТОДОЛОГИЯ	5
СВЯЗАННЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ СООБЩЕСТВ РФ	7
МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА	7
МАРШРУТНАЯ КАРТА НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА	8
ОПРЕДЕЛЕНИЕ	9
КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ РЕГУЛЯТОРНЫХ ФУНКЦИЙ	12
КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ РЕГУЛЯТОРНЫХ ФУНКЦИЙ	16
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА В МДБ.	26
РАСЧЕТ СТОИМОСТИ УСЛУГ ПО ДИАГНОСТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ РЕГУЛЯТОРНЫХ ФУНКЦИЙ	27
ЛИТЕРАТУРА	29
ПРИЛОЖЕНИЕ 1	33

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ВПФ – высшие психические функции

МДБ – мультидисциплинарная реабилитационная бригада

МКФ – международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья

МКБ 10 – международная классификация болезней

ВВЕДЕНИЕ

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

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

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

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

МЕТОДОЛОГИЯ

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

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

Методы, использованные для оценки качества доказательств:

- консенсус экспертов

Методы, использованные для формулировки рекомендаций: консенсус экспертов.

Экономический анализ:

Анализ стоимости не проводился.

Определение уровней доказательности эффективности рекомендаций

Уровень 1	Стандарт	Основаны на данных, полученных как минимум на одном хорошо организованном исследовании класса 1 на адекватной выборке, при опоре на исследования классов 2 или 3, в которых непосредственно изучалась эффективность обсуждаемого вмешательства, и в которых предоставлены базовые доказательства того, что определенный вид вмешательства эффективен в отношении лиц с приобретенным неврологическим дефицитом или ограничениями жизнедеятельности.
Уровень 2	Руководство	Основаны на данных, полученных как минимум на одном исследовании класса 1 с методологическими ограничениями, или на хорошо организованных исследованиях класса 2 на адекватной выборке, в которых непосредственно изучалась эффективность обсуждаемого вмешательства, и в которых предоставлены доказательства того, что определенный вид вмешательства эффективен с высокой долей вероятности в отношении лиц с приобретенным неврологическим дефицитом или ограничениями жизнедеятельности.

Уровень 3	Возможность	Основаны на данных, полученных в исследованиях классов 2 или 3, в которых непосредственно изучалась эффективность обсуждаемого вмешательства, и в которых предоставлены базовые доказательства того, что определенный вид лечения, возможно, является эффективным в отношении лиц с приобретенным неврологическим дефицитом или ограничениями жизнедеятельности.
-----------	-------------	--

Таблица 1. Определение уровней доказательности эффективности рекомендаций

Описание методов валидации рекомендаций

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами.

Получены комментарии со стороны психологов, клинических психологов, врачей-неврологов в отношении доходчивости изложения материала и его важности, как рабочего инструмента повседневной практики.

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

Консультации и экспертная оценка

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

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

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

Рабочая группа:

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

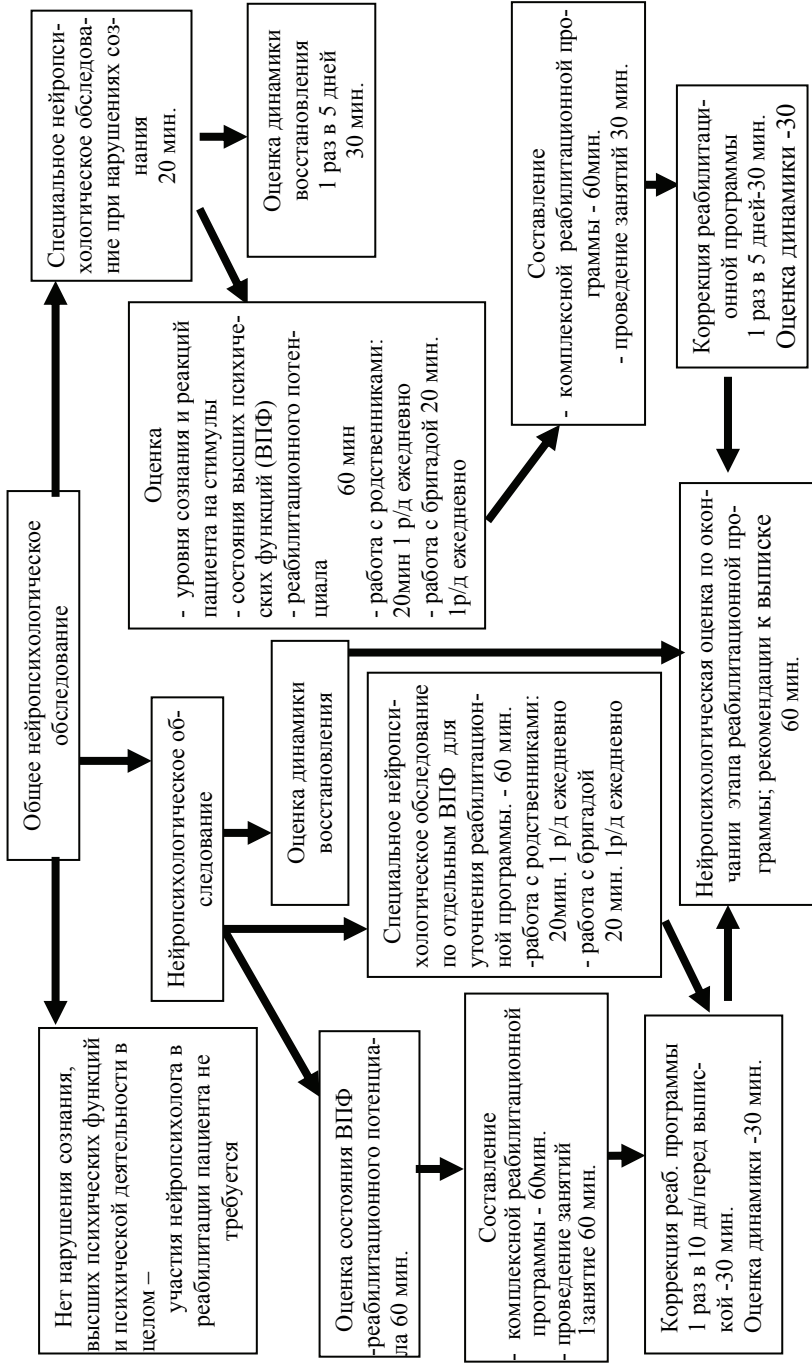
СВЯЗАННЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ СООБЩЕСТВ РФ

1. Клинико-психологическая диагностика и реабилитация пациентов с грубыми нарушениями памяти при повреждениях головного мозга.
http://psyurus.ru/med_psy/klinicheskie-rekomendatsii/
2. Клинико-психологическая диагностика и реабилитация пациентов с апраксиями при повреждениях головного мозга.
http://psyurus.ru/med_psy/klinicheskie-rekomendatsii/
3. Клинико-психологическая диагностика и реабилитация пациентов с нарушениями мышления при повреждениях головного мозга.
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/

МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

Обязательная составляющая модели	Описание составляющей
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
Домены МКФ, связанные с диагностикой регуляторных функций	b1304 Контроль импульсивных побуждений 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
Возраст пациента	от 18 лет

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



ОПРЕДЕЛЕНИЕ

В отечественной нейропсихологии функции, обеспечиваемые префронтальными отделами лобных долей мозга, называются функциями программирования, регуляции и контроля психической деятельности (Лурия, 2002). Эти и другие проявления нарушений в работе лобных долей головного мозга были описаны А.Р.Лурия как лобный синдром и его варианты (Лурия, 1969). В последние десятилетия в зарубежной нейропсихологии для описания нарушения функций лобных долей мозга и связанных с ними структур используется термин *executive function*, переводимый на русский язык как *управляющие функции мозга*. Нарушения регуляторных функций отмечаются не только при непосредственном повреждении корковых отделов лобных долей мозга, 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» (Лурия, Мельникова, 1974). Также последние годы в отечественной нейропсихологии 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. (2006). Согласно этой модели, в составе регуляторных функций выделяют четыре сферы:

- 1) регуляторные когнитивные функции, связанные с контролем и планированием, целенаправленностью деятельности;
- 2) функции поведенческой саморегуляции, связанные с эмоциональным подкреплением;
- 3) функции, регулирующие активацию, т.е. обеспечивающие инициативу и активацию поведения;
- 4) метакогнитивные процессы

В отношении первой области, связанной с контролем и планированием, существуют различные теоретические модели. Одна из них, модель управления действиями Norman D.A., Shallice T. (1986), уточненная позже Shallice T., Burgess P.W. (1996), включает следующие подпроцессы:

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

В целом, в многочисленных исследованиях функций лобных долей был выявлен ряд различных компонентов и подпроцессов в составе регуляторных функций и рабочей памяти. Симптомы нарушения каждого из подпроцессов могут быть оценены относительно независимо от другого соот-

ветствующим тестом, что позволяет делать реабилитационный процесс более точным и целенаправленным.

Еще одной составляющей нарушения регуляторных функций часто являются эмоционально-личностные расстройства, возникающие, преимущественно, при повреждении орбито-фронтальных 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 составляющие внутренней картины болезни (Корсакова, Московичюте, 2003; Николаева В.В., 1987).

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.

Цели клинико-психологической и нейропсихологической диагностики пациентов с нарушениями регуляторных функций:

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

Критерии качества клинико-психологической и нейропсихологической диагностики:

- Наличие клинико-психологического заключения, содержащего анализ состояния эмоциональной, мотивационной сфер в процессе обследова-

ния, критичности к своему заболеванию и допускаемым ошибкам, наличию жалоб и оценка адекватности их предъявления¹.

- Наличие нейропсихологического заключения, содержащего качественный и, по возможности, количественный, анализ выполнения больным различных нейропсихологических проб и тестов, направленных на оценку регуляторных функций.
- Использование соответствующей психологической и нейропсихологической терминологии для описания нарушенных регуляторных функций.
- Наличие психологически обоснованного вывода о состоянии регуляторных функций.
- Наличие (в случае необходимости) психологически обоснованного вывода о дисфункции соответствующих мозговых зон.

Цели клинико-психологической и нейропсихологической реабилитации пациентов с нарушениями регуляторных функций:

- Поддержание и раннее восстановление когнитивного и эмоционального статуса
- Минимизация структуры и степени выраженности нарушений регуляторных функций
- Перестройка регуляторных функций с помощью внутренних и/или внешних средств
- При наличии возможности - интериоризация (встраивание во внутренний план, автоматизация) программ и алгоритмов действия, способов контроля и регуляции деятельности, поведения, эмоциональных проявлений, стратегий совладания.
- При постановке соответствующей цели реабилитации – перенос нового навыка и/или способа реализации регуляторных функций в условия реальной жизнедеятельности пациента.

Критерии качества клинико-психологической и нейропсихологической реабилитации:

- Наличие адекватной внутренней картины болезни в отношении нарушения регуляторных функций и возможности/необходимости их восстановления.
- Наличие комплаенса по отношению к реабилитационным мероприятиям.
- Снижение проявлений нарушений регуляторных функций в одной или нескольких сферах и видах деятельности, действия или операции² (в зависимости от поставленных реабилитационных целей).

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

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

- Минимизация степени бытовой, социальной или профессиональной зависимости (в пределах поставленных реабилитационных целей).

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ РЕГУЛЯТОРНЫХ ФУНКЦИЙ

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

1. Некоторая часть совершенно здоровых людей плохо справляется с тестами на оценку регуляторных функций (это особенно касается лиц с низким уровнем образования), поэтому основное значение в диагностике придается не определению типа расстройства, а оценке степени выраженности расстройств.
2. При тестировании 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.

Зарубежная система оценки нарушения регуляторных функций

В современной зарубежной нейропсихологии насчитывается достаточно большое количество тестов и опросников, так или иначе исследующих и оценивающих различные составляющие регуляторных функций. В данном руководстве предлагаются к использованию тест на «лобную дисфункцию», официально изданный в РФ (Яхно, Захаров, 2005).

1. Батарея оценки лобной дисфункции (Frontal Assessment Battery, сокр. FAB, англ.) (Приложение 3).

Кроме описания различных составляющих регуляторных функций в зарубежной традиции принято отдельно выделять понятие критичности больного (self-awareness). Дефицит, 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 своего дефицита 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 (Корсакова, Московичюте, 2003). 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 (Fleming et al., 1996), включает три уровня осознания: осознание объективной картины, осознание функционального влияния дефицита на повседневную активность и осознание возможности ставить реалистичные цели. Категории анализа, предлагаемые в данной модели, могут быть удобны для использования в клинической практике.

Российская система оценки нарушения регуляторных функций

Функции программирования, регуляции и контроля и их нарушения	Пробы нейropsихологического обследования	Первичные симптомы	Вторичные симптомы
Формирование и удержание программы деятельности	Оценка усвоения программы в пробе «кулак-ребро-ладонь», реакция выбора, решение арифметических задач, пробы на смену программы деятельности	Упрощение программы действий в виде сокращения элементов программы или замены их на стереотипные действия Невозможность построения программы и невыполнение задания Персеверации	Нарушение интеллектуальных процессов, целенаправленного, бытовых навыков и профессиональной деятельности
Регуляция и контроль	Проба «кулак-ребро-ладонь», реакция выбора, решение арифметических задач, пробы на смену программы, тест «Матрицы Равена», лабиринты Хекхаузена	Импulsивность, нарушение целенаправленности и достижения поставленных целей	Нарушение произвольного внимания, гнозиса, счета, интеллектуальной деятельности, праксиса, бытовых навыков и профессиональной деятельности, поведенческие нарушения, в том числе, в виде несоблюдения дистанции и фамиллярности при общении с персоналом клиники, нарушений режима клиники и правил поведения в социуме

Инициативность/ инактивность, аспонтанность	Составление рассказов (по теме, по картинке), оценка поведения пациента в ходе обследования	Трудности инициации выполнения задания и сокращение выполнения задания, в том числе, на фоне правильного составления программы деятельности, вялость, апатичность,	Речевые трудности (см. динамическая афазия), нарушение интеллектуальных функций, обеднение эмоциональной сферы, бездеятельность,
Серийная организация движений и действий; переключаемость	Выявление смены программы деятельности в рамках одного задания или при переходе от одной пробы к другой. Пробы на динамический прaxis (оценка возможности автоматизации движения), реципрокная координация, графомоторная проба, возможность повторения слов со сложной слоговой структурой; повторение предложений с предлогами	Простые (повторение элемента программы) и – реже – системные персеверации (повторение предыдущей программы), упрощение программы, как двигательной, так и речевой, поэлементное выполнение движения, пропуск или замена предлогов	Поиск слов при составлении текста (рассказа, пересказа) при значительно лучшем названии. Специфические и неспецифические ошибки при письме за дезавтоматизации и энергемкости письма.
Метакогнитивные процессы	Пробы на узнавание конфликтных (составных) фигур, понимание смысла рассказов, переносного смысла пословиц и метафор, называние 5 предметов по категориям (красные, острые и т.д.), тест «Неоконченные предложения», «Матрицы Равена», методики «Классификация предметов», «Исключение предметов или понятий», методика «сравнение понятий», лабиринты Хекхаузена	Нечувствительность к противоречиям, снижение уровня обобщения, непонимание юмора	Нарушение интеллектуальных функций, непонимание сложных алгоритмов, трудности обучения новому (знаниям, умениям, действиям)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Нейропсихологическое заключение по регуляторным функциям должно содержать описание составляющих регуляторных функций, а также первичных и вторичных симптомов их нарушения (см. *Российская система оценки нарушения регуляторных функций*). Дополнительно можно использовать результаты количественной оценки по данным зарубежных шкал (см. *Зарубежная система оценки нарушения регуляторных функций*).

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

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

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ РЕГУЛЯТОРНЫХ ФУНКЦИЙ

Основы российской нейропсихологической реабилитации были заложены Л.С.Выготским и А.Р.Лурия (Лурия, 1948). Основная идея Л.С.Выготского заключалась в восстановлении нарушенного звена с опорой на сохранные системы путем перестройки всей функциональной системы, обслуживающей выполнение данной задачи (Выготский, 2000). Он ввел понятия экстернизации/интернизации, обозначающие процессы «разворачивания»/«сворачивания» психической функции за счет введения/сокращения дополнительных звеньев функциональной системы. Так, при реабилитации больных с нарушением регуляции деятельности «необходимо заменить внутреннюю регуляцию психических процессов на внешнюю, которая в начальной стадии зависит от взаимодействия с другим лицом» (Лурия, 2001, стр. 145). Эта идея и лежит в основе всей концепции реабилитации, разработанной в российской психологической школе.

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

Восстановление дефицита регуляторных функций признано очень важным направлением 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 (Приказ Минздрава России 1705н).

Реабилитационные приемы, разработанные в школе А.Р. Лурия для больных с поражением лобных долей мозга (Лурия, 1948).

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 т.д.

Единогo способа коррекции всех вариантов нарушения не существует. Выбор направления занятий определяется тем, какой из аспектов восстанавливается. BI-ISIG of ACRM³ предлагает следующие рекомендации для преодоления регуляторного дефицита.

Уровни доказательности при реабилитации памяти	Вид вмешательства
Стандарт	Отработка метакогнитивных стратегий (само-мониторинг, саморегуляция) рекомендована при дефиците управляющих функций памяти после ЧМТ, включая нарушения эмоциональной саморегуляции. Отработка этих стратегий также рекомендована как один из видов вмешательства при явлениях игнорирования, дефиците внимания и памяти.
Руководство	В процессе реабилитации пациентов с ЧМТ, находящихся в подостром периоде, рекомендована отработка стратегий, направленных на решение проблемных ситуаций с указанием случаев повседневной жизни и видов активности, в которых эти стратегии могут быть использованы.
Возможность	Для уменьшения дефицита управляющих функций и трудностей решения проблемных ситуаций у пациентов с перенесенной ЧМТ могут быть использованы групповые интервенции

Таблица 2. Уровень доказательности и вид вмешательства при реабилитации пациентов с нарушениями регуляторных (управляющих) функций.

³ Данные, представленные в руководстве BI-ISIG of ACRM, не включают анализ русскоязычных публикаций по этой тематике

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



Рис.1. Схема шагов реабилитационного процесса

- 1 шаг – осознание пациентом имеющихся нарушений
- 2 шаг — постановка реабилитационных целей совместно с пациентом
- 3 шаг – составление ориентировочной основы действия, разработка программы-алгоритма выполнения заданий с использованием внешних вспомогательных средств
- 4 шаг – обучение следованию программе-алгоритму с использованием внешних вспомогательных средств и внешней речи (проговариванием вслух)
- 5 шаг – закрепление умения следовать программе-алгоритму с опорой на внешние средства (в том числе и речь), а также, по возможности, интериоризация этого умения
- 6 шаг – контрольная проверка самостоятельного выполнения задания за заранее определенное пациентом и зафиксированное медицинским психологом время

1 шаг – осознание имеющихся нарушений - предполагает необходимым столкновение пациента с его собственной несостоятельностью под наблюдением медицинского психолога. Для этого в эргозонах клиник, реабилитационных центров или при оказании надомной помощи пациентам с повреждениями мозга пациенту предлагается *самостоятельно* выполнить задание. 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:

- 1) медицинский психолог предлагает пациенту, а пациент *сам* выбирает для себя задание для самостоятельного выполнения (например, приготовить что-то из еды, загрузить стиральную машину и т.п.)
- 2) при этом пациент должен утверждать, что *сможет выполнить задание самостоятельно*
- 3) пациент должен назвать время, за которое он выполнит выбранное им задание
- 4) пациент выполняет его *самостоятельно*
- 5) медицинский психолог, находящийся рядом с пациентом, наблюдает за ним и **дает ему возможность допускать ошибки**
- 6) медицинский психолог фиксирует ошибки пациента в специализированном бланке (также хорошо использовать видеозапись выполнения задания пациентом)
- 7) медицинский психолог включается в процесс выполнения **ТОЛЬКО В СЛУЧАЕ ОПАСНОСТИ** для жизни и здоровья пациента или окружающих!

- 8) медицинский психолог дает возможность пациенту **НЕ выполнить** задание до конца или **НЕ уложиться** в обозначенное пациентом время
- 9) медицинский психолог дает пациенту обратную связь: наличие ошибок, невыполнение задания, в том числе, в обозначенные самим пациентом временные рамки.
- 10) 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 стадии 2 шага совместно с пациентом и его близкими ставятся 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), т.е. формирование действия в материализованной форме (пациент производит требуемые действия с опорой на внешне представленные образцы действия, в частности на схемы, прописанные алгоритмы и т.д.). 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 для формирования умения (возможно, несколько месяцев). Многие из них никогда не смогут интериоризировать эти умения, и выполнение программ останется всегда в развернутом плане с опорой на внешние вспомогательные средства.

6 шаг – контрольная проверка самостоятельного выполнения задания с контролем заранее определенного пациентом и медицинским психологом времени. 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. Burdess и Alderman (2004) 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 непременным условием перехода к более сложным тренировкам навыков планирования и решения проблем (рис.2).

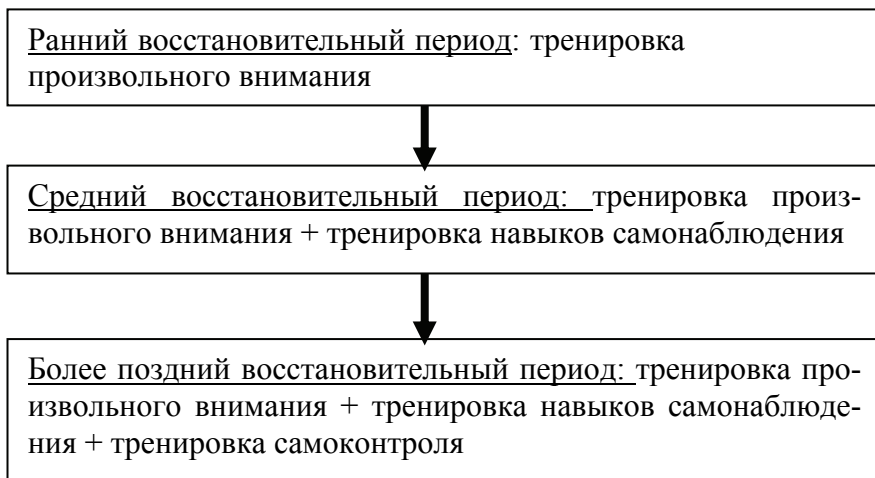


Рис.2. Восстановление произвольного внимания, самонаблюдения и самоконтроля

- Тренировка произвольного внимания. На любых заданиях, в зависимости от тяжести дефекта и преморбидного уровня пациента отработывают 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.

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

Вспомогательные средства:

- ✓ Отмечать крестиком те дела, которые надо было сделать в указанное время;
 - ✓ Мысленно проговаривать свои действия;
 - ✓ 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?»
 - ✓ Корректные замечания персонала в процессе выполнения действий;
 - ✓ 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
- Тренировка самоконтроля. 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:

- ✓ 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 в тот момент, когда пациент совершает, но не фиксирует свое неадекватное действие.
- ✓ Пациент мотивируется каким-либо вознаграждением на увеличение количества правильно проконтролированных реакций, до того осуществлявшихся ошибочным или нежелательным образом.
- ✓ Затем происходит этап отработки, тренировки навыка замечать и контролировать свои нежелательные реакции без подсказки со стороны медицинского психолога.
- ✓ 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.

Тренинг решения проблем заключается в выполнении самостоятельных упражнений по отработке отдельных компонентов этого процесса: выделение основной идеи, креативное мышление, оценка адекватности информации, планирование и т.д. 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 больного информации. Стратегия сканирования предполагает последовательное, пошаговое решение проблемы с использованием, лишь той части информации, которая доступна на данном этапе (Adamovich V.V. et al., 1985).

Обучение решению конкретной проблемы целесообразно проводить по следующей схеме.

- Идентификация проблемы («Вкратце, в чем суть проблемы?»).
- Определение цели («Чего вы добьетесь, решив проблему?»)
- Получение релевантной информации («Что необходимо знать для того, чтобы решить проблему?»)
- Выработка возможных путей решения («Что можно сделать для того, чтобы решить проблему?»)
- 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.
- Принятие окончательного решения («Что разумнее всего предпринять?»)
- Составление плана («Какова схема действий для достижения цели?»)
- 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 (Wesolowski M.D., Zencius A.H., 1994)

- а) Обсуждение жизненных проблем пациентов
- б) Работа с видеозаписями проблемных ситуаций
- в) Решение проблем, заимствованных из печати
- г) 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 др. 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.

Тренинг планирования проводится индивидуально или в группах планирования. Он включает:

- а) обсуждение значимости планирования
- б) составление планов ближайших действий
- в) составление недельных планов
- г) 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.

Также в группе отбатываются навыки общения, направленные 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.

Итоги реабилитационного процесса и необходимость дальнейших реабилитационных занятий медицинский психолог ОБЯЗАТЕЛЬНО отражает в конечном заключении, на основании которого врач (невролог, реабилитолог, нейрохирург) формирует выписку пациента.

Пример.

Рекомендации:

- для преодоления имеющихся нарушений пациент нуждается в реабилитационных занятиях с медицинским психологом в домашних условиях и/или в условиях специализированного реабилитационного центра/отделения реабилитации

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА В МДБ.

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

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

Наиболее частые ошибки окружения больного:

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

Необходимые действия психолога:

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

РАСЧЕТ СТОИМОСТИ УСЛУГ ПО ДИАГНОСТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ РЕГУЛЯТОРНЫХ ФУНКЦИЙ

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

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

Код	Наименование	Частота	Оптимальное число занятий ⁴
A13.23.013	Специальное нейропсихологическое обследование	1 за курс	-
A13.29.005	Нейропсихологическое обследование	1р за курс	-
A13.29.001.001	Сбор анамнеза и жалоб больного с нарушениями психической сферы	1р за курс	-
A21.23.004	Составление индивидуальной программы нейропсихологической реабилитации.	1р/3 недели	-
A13.23.011	Нейропсихологическая коррекционно-восстановительная процедура при нарушениях психических функций	2-3р в неделю	15
A21.23.005	Нейропсихологическая реабилитация	2-3р в неделю	15

⁴ Число занятий, необходимое для достижения одной узкоспециализированной цели при реабилитации больного с нарушениями регуляторных функций, либо для вынесения предварительного заключения о сниженном реабилитационном потенциале

A21.23.006	Обучение родственников пациента тактике и методам восстановления когнитивных функций больных	2р за курс	-
A13.29.013	Процедуры по адаптации к условиям микросреды	2-3р в неделю	15
A13.29.014 ⁵	Процедуры по адаптации к условиям макросреды	2-3р в неделю	15
B04.069.001	Школа психологической профилактики для пациентов и родственников	2р за курс	-
B05.023.001	Услуги по реабилитации пациента, перенесшего острое нарушение мозгового кровообращения	20 за 2 недели	-
B05.024.002	Услуги по реабилитации пациента, перенесшего нейрохирургическую операцию	20 за 2 недели	-

⁵ Количество процедур по адаптации к условиям микросреды и/или макросреды определяется в связи с постановкой реабилитационных целей

ЛИТЕРАТУРА

1. Асмолов А.Г. По ту сторону сознания: методологические проблемы неклассической психологии. М.: Смысл; 2002.
2. Ахутина Т.В., Пылаева Н.М. Система методов восстановительного обучения при грубой речевой патологии // Проблемы патологии речи. Отв. редактор В.В. Ковалев. М., 1989, с. 10-12.
3. Ахутина Т.В., Пылаева Н.М. Работа с числовым рядом в восстановительном и коррекционном обучении. // Дефектология, 1993, N.2. – С.47-50
4. Варако Н.А., Корсакова Н.К. О детерминантах формирования нейрокогнитивных расстройств при артериальной гипертензии в позднем возрасте. Вестник МГУ. Серия 14, психология. 2005, 4, с. 16-24
5. Варако Н. А., Куликова И., Даминов В. Нейропсихологическая реабилитация больных с нарушениями программирования, регуляции и контроля деятельности // В кн.: I Международный конгресс "Нейрореабилитация - 2009", Москва, 2-3 июня 2009 г., стр.46. Тезисы докладов.
6. Выготский Л.С. Психология. М., Апрель –Пресс, 2000
7. Гальперин П. Я. Психология мышления и учение о поэтапном формировании умственных действий //Исследование мышления в советской психологии. М.,1966
8. Герасименко В.Н., Тхостов А.Ш. Психологические и деонтологические аспекты реабилитации онкологических больных. В кн.: Герасименко В.Н. (ред.), Реабилитация онкологических больных. М.: Медицина; 1988. С. 65-75.
9. Григорьева В.Н., Ковязина М.С., Тхостов А.Ш. Когнитивная нейрореабилитация больных с очаговыми поражениями головного мозга. М.: УМК «Психология» - МПСИ, 2006.
10. Глозман Ж.М. Мотивационные и личностные аспекты реабилитации больных с афазией. / В кн.: Актуальные проблемы современной психологии. М.: Изд-во МГУ, 1983, с. 212-215
11. Захаров В. В., Яхно Н. Н. Когнитивные расстройства в пожилом и старческом возрасте //Методическое пособие для врачей. М. – 2005. – Т. 71.
12. Зинченко Ю.П. Методологические проблемы фундаментальных и прикладных психологических исследований. Национальный психологический журнал; 2011; 5(1): 42-49.
13. Зинченко Ю.П., Первичко Е.И. Методология синдромного анализа Л.С. Выготского – А.Р. Лурии и постнеклассическая рациональность. Корсакова Н.К., Микадзе Ю.В. (ред.), Наследие А.Р. Лурии в современном научном и культурно-историческом контексте: К 110-летию со дня рождения А.Р. Лурии. М.: Факультет психологии МГУ имени М.В. Ломоносова; 2012 (а). С. 37-69.

14. Зинченко Ю.П., Первичко Е.И. Постнеклассическая методология в клинической психологии: научная школа Л.С. Выготского – А.Р. Лурия. Национальный психологический журнал; 2012 (6); 8(2): 32-45.
15. Зинченко Ю.П., Первичко Е.И. Эвристическая ценность постнеклассических моделей в психосоматике (на примере синдромного подхода Л.С. Выготского – А.Р. Лурии). Вопросы психологии; 2014; 1: 14-27.
16. Зинченко Ю.П., Первичко Е.И., Тхостов А.Ш. Методологические основы и задачи психологической реабилитации онкологических больных // Вестник восстановительной медицины. – 2014. - №5 (63).
17. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. М.: Медицина, 1983.
18. Ключко В.Е. Закономерности движения психологического познания и проблема метода науки. Методология и история психологии; 2007; 2(1): 5-19.
19. Корсакова Н. К., Балашова Е. Ю. Опосредование как компонент саморегуляции психической деятельности в позднем возрасте // Вестник МГУ. Сер. – 1995. – Т. 14. – С. 18-23.
20. Корсакова Н.К., Московичюте Л.И. Клиническая нейропсихология. М., Академия, 2003
21. Лурия А. Р. Восстановление функций мозга после военной травмы. – Изд-во АМН СССР, 1948.
22. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М., Академия, 2002
23. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. М., МГУ, 1969
24. Лурия А.Р. Этапы пройденного пути. М., МГУ, 2001.
25. 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) // Вопр. нейрохирургии. 1974. № 4, с. 56—60.
26. Микадзе Ю.В. Некоторые методологические вопросы качественного и количественного анализа в нейропсихологической диагностике. Вестник МГУ. Сер.14.Психология. 2012. № 2, с. 96-103
27. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику: психологическое исследование. – Изд-во Моск. ун-та, 1987
28. 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.

29. Приказ Минздрава России от 29.12.2012 N 1705н "О порядке организации медицинской реабилитации" (Зарегистрировано в Минюсте России 22 февраля 2013 г. N 27276).
30. Проблемы афазии и восстановительного обучения. / Л.С. Цветкова (ред.) М.: Изд-во МГУ, 1979, с. 162.
31. Цветкова Л.С. Нейропсихологическая реабилитация больных. Москва-Воронеж, 2004
32. Фукалов Ю.А., Скипетрова Л.А., Шкловский В.М. Организация специализированной помощи больным с последствиями инсульта и черепно-мозговой травмы в Центре патологии речи и нейрореабилитации //Социальная и клиническая психиатрия, 2009. Т 19, №. 2, с.32-34.
33. Хомская Е. Д. Нейропсихология: 4-е издание. - СПб.:Питер, 2007.
34. Шкловский В.М., Лукашевич И.П., Орлов И.Ю., Малин Д.И. Роль структурно-функциональных изменений головного мозга в формировании психопатологических расстройств у больных инсультом //Социальная и клиническая психиатрия, 2014. Т. 24, №. 1, с.34-39.
35. 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.
36. Akhutina T.V., Glozman J.M., Moskovich L.I. Short glossary of Lurian terminology. In: A.R. Luria and Contemporary Psychology: Festschrift celebrating the centennial of his birth. Akhutina T.V., Glozman J.M., Moskovich L.I., Robbins D. (Eds.) N.Y.: Nova Publishers, 2004, p. 199-200.
37. Burgess P. W., Alderman N. Executive dysfunction //Clinical neuropsychology: A practical guide to assessment and management for clinicians. 2004. – С. 185-210.
38. Cicerone, K., Levin, H., Malec, J., Stuss, D., & Whyte, J. Cognitive rehabilitation interventions for executive function: moving from bench to bedside in patients with traumatic brain injury. Journal of Cognitive Neuroscience, 18(7), 2006, p.1212-1222.
39. Haarbauer-Krupa J., Henry K., Szekeres S. F. fit Ylvisaker, M.(1985). Cognitive rehabilitation therapy: Late stages of recovery //Head injury rehabilitation: Children and adolescents. – С. 311-346.
40. Fleming J. M., Strong J., Ashton R. Self-awareness of deficits in adults with traumatic brain injury: how best to measure? //Brain Injury. – 1996. – Т. 10. – №. 1. – С. 1-16.
41. Levine B. et al. Rehabilitation of executive functioning: An experimental–clinical validation of goal management training //Journal of the International Neuropsychological Society. – 2000. – Т. 6. – №. 03. – С. 299-312.
42. Lezak M. D. Neuropsychological assessment, 1983.

43. Norman, D. A., & Shallice, T. Attention to action: Willed and automatic control of behavior. In R. Davidson, G. Schwartz, & D. Shapiro (Eds.), *Consciousness and Self Regulation: Advances in Research and Theory*. 1986, (Vol. 4). New York: Plenum Press
44. Prigatano G. P. *Principles of neuropsychological rehabilitation*. – Oxford University Press, 1999.
45. Shallice, T., & Burgess, P. The domain of the supervisory process and temporal organisation of behaviour. *Philosophical Transactions: Biological Sciences*. 1996, 351, 1405–1412.
46. Wesolowski M. D., Zencius A. H. *A practical guide to head injury rehabilitation: A focus on postacute residential treatment*. – Springer, 1994
47. Zinchenko Y.P., Pervichko E.I. Nonclassical and Postnonclassical epistemology in Lev Vygotsky’s cultural-historical approach to clinical psychology // *Psychology in Russia: State of the Art*. - 2013. - Vol. 6. - N. 1. - P. 43-56.
48. Zinchenko Y.P., Pervichko E.I. Nonclassical and Postnonclassical epistemology in Lev Vygotsky’s cultural-historical approach to clinical psychology // *Psychology in Russia: State of the Art*. - 2013. - Vol. 6. - N. 1. - P. 43-56.
49. Zinchenko Yu.P., Pervichko E.I., Martynov A.I. Psychological underpinning of personalized approaches in modern medicine: syndrome analysis of mitral valve prolapsed patients // *Psychology in Russia: State of the Art*. - 2013. - Vol. 6. - N. 2. - P. 89-102.
50. Zinchenko Yu.P., Pervichko E.I. The methodology of syndrome analysis within the paradigm of “qualitative research” in clinical psychology // *Psychology in Russia: State of the Art*. - 2012. - Vol. 5. - P. 157-184.
51. Wilson B. A. Towards a comprehensive model of cognitive rehabilitation // *Neuropsychological rehabilitation*. – 2002. – T. 12. – №. 2. – С. 97-110.
52. Wilson B. A. *Neuropsychological rehabilitation // Annual Review of Clinical Psychology*. – 2008. – T. 4. – №. 1. – С. 141-162.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Батарея оценки лобной дисфункции

1. Концептуализация. Пациента спрашивают: "Что общего между яблоком и грушей?" Правильным считают ответ, который содержит категориальное обобщение ("Это фрукты"). Если больной затрудняется или дает иной ответ, ему подсказывают правильный. Потом спрашивают: "Что общего между пальто и курткой?" ... "Что общего между столом и стулом?".

Каждое категориальное обобщение оценивается в 1 балл. Максимальный балл в данной пробе - 3, минимальный - 0.

2. Беглость речи. Просят закрыть глаза и в течение минуты называть слова на букву "с". При этом имена собственные не засчитываются.

Результат: более 9 слов за минуту - 3 балла, от 7 до 9 - 2 балла, от 4 до 6 - 1 балл, 3 и менее - 0 баллов.

3. Динамический праксис. Больному предлагается повторить за врачом одной рукой серию из трех движений: кулак (ставится горизонтально, параллельно поверхности стола) - ребро (кисть ставится вертикально на медиальный край) - ладонь (кисть ставится горизонтально, ладонью вниз). При первом предъявлении трёх описанных выше серий больной только следит за врачом, при втором предъявлении трёх серий - повторяет движения врача, наконец, следующие два раза по три серии делает самостоятельно. При самостоятельном выполнении подсказки больному недопустимы.

Результат: правильное выполнение девяти серий движений - 3 балла, шести серий - 2 балла, трёх серий (совместно с врачом) - 1 балл.

4. Простая реакция выбора. Дается инструкция: "Сейчас я проверю Ваше внимание. Мы будем выстукивать ритм. Если я ударю один раз, Вы должны ударить два раза подряд. Если я ударю два раза подряд, Вы должны ударить только один раз".

Выстукивается следующий ритм: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2.

Оценка результата: правильное выполнение - 3 балла, не более 2 ошибок - 2 балла, более 2 ошибок - 1 балл, полное копирование ритма врача - 0 баллов.

5. Усложненная реакция выбора. Дается инструкция: "Теперь если я ударю один раз, то Вы ничего не должны делать. Если я ударю два раза подряд, Вы должны ударить только один раз".

Выстукивается ритм: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2. Оценка результата аналогично п.4.

6. Исследование хватательных рефлексов. Больной сидит, его просят положить руки на колени ладонями вверх и проверяют хватательный рефлекс. Отсутствие хватательного рефлекса оценивается в 3 балла. Если больной спрашивает, должен ли он схватить, ставится оценка 2. Если больной хватает, ему дается инструкция не делать этого и хватательный рефлекс проверяется повторно. Если при повторном исследовании рефлекс отсутствует ставится 1, в противном случае - 0 баллов.

Общепринятого подхода к интерпретации результата БГЛД сегодня не существует. По опыту клиницистов результат батареи от 16 до 18 баллов соответствует нормальным когнитивным функциям или лёгким когнитивным нарушениям; 12-15 баллов свидетельствует об умеренной лобной дисфункции в отсутствие деменции, а 11 баллов и ниже характерны для деменции лобного типа. Однако, результаты теста не следует рассматривать в отрыве от клинических и анамнестических данных.