

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

**НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ
ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ ПАМЯТИ ПРИ
АМНЕСТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПОРАЖЕНИЙ
ГОЛОВНОГО МОЗГА РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ**

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Клинические рекомендации утверждены
на заседании Президиума Российского психологического общества
на XI международном Конгрессе
«Нейрореабилитация-2019»
Год утверждения (частота пересмотра): 2019 (пересмотр каждые 5 лет)

Москва 2020

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.....	8
1. Краткая информация.....	9
2. Нейropsychологическая диагностика пациентов с нарушениями памяти.....	20
3. Нейropsychологическая реабилитация пациентов с грубыми нарушениями памяти.....	24
Приложение А1. Состав Рабочей группы.....	40
Приложение А2. Методология разработки методических рекомендаций.....	42
Приложение А3. Связанные документы.....	44
Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента.....	45
Приложение В. Информация для пациента.....	46
Приложение С. Информация для клинического психолога.....	47

Ключевые слова

Клиническая психология, нейропсихология, нарушения памяти, амнестический синдром, нейропсихологическая реабилитация.

Список сокращений

ВКБ - внутренняя картина болезни;

ВПФ - высшие психические функции;

МДБ - мультидисциплинарная реабилитационная бригада;

МКБ 10 - Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision);

МКФ - международная классификация функционирования ограничений жизнедеятельности и здоровья (International Classification of Functioning, Disability and Health-ICF).

Термины и определения

ВКБ пациента – совокупность представлений человека о своём заболевании, результат творческой активности, которую проделывает пациент на пути осознания своей болезни; включает четыре уровня психического отражения болезни в психике заболевшего (чувственный, эмоциональный, интеллектуальный, мотивационный) [1].

ВПФ человека – наиболее сложноорганизованные психофизиологические процессы, возникающие на основе «натуральных психологических функций», за счёт опосредствования их «психологическими орудиями», что делает их социальными по своему происхождению, опосредствованными по психологическому строению и произвольными по способу своего формирования [2].

Действие – это процесс, направленный на реализацию осознаваемой цели [3].

Деятельность – это активное взаимодействие человека с окружающей действительностью (в том числе, с предметной средой), посредством которого осуществляется связь с предметом той или иной потребности [3].

Комплаенс пациента – приверженность пациента лечению и его готовность пациента следовать и соблюдать рекомендации лечащего врача и сотрудничать с лечащим врачом и другими специалистами мультидисциплинарной команды.

Комплаенс родственников пациента – готовность родственников пациента следовать и соблюдать рекомендации лечащего врача и сотрудничать с лечащим врачом и другими специалистами мультидисциплинарной команды.

Клинический (медицинский) психолог – это специалист с высшим немедицинским образованием, занимающий должность «Медицинский психолог» в учреждениях здравоохранения (Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.07.2010 N 541н "Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения" (Зарегистрировано в Минюсте РФ 25.08.2010 N 18247)) в сфере профессиональной деятельности которого входит психологическая диагностика и реабилитация при нарушениях когнитивных и эмоциональных процессов.

Нейропсихологическая диагностика – это процедура исследования высших психических функций с помощью набора специальных методик 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 [4].

Нейропсихологическая реабилитация пациента – это ряд воздействий, проводимых клиническим психологом, направленных на ВПФ с целью восстановления бытового, социального, профессионального функционирования пациента.

Нейропсихологический симптом – нарушение высшей психической/когнитивной функции, возникающее при поражениях головного мозга различной этиологии.

Нейропсихологический синдром – это закономерное и устойчивое сочетание нейропсихологических симптомов, возникающее при поражении определенных отделов или систем головного мозга.

Операция – это способ (как правило, автоматизированный и неосознаваемый) выполнения действия, определяемый условиями ситуации [3].

Память - это процессы организации и сохранения прошлого опыта, делающие возможным его повторное использование в деятельности или возвращение в сферу сознания [5, с. 230].

Потребность – это источник активности человека (поведения, деятельности), один из главных факторов его мотивации [3].

Введение

Реабилитационная работа и оценка различных параметров психической деятельности пациента в связи с проводимым лечением и восстановлением нарушенных функций относятся к числу основополагающих практических задач, которые призваны решать клинические 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 клинических психологов в решении этих задач отвечает запросам медицины, в структуру реабилитационных мероприятий включена психологическая помощь.

Реабилитация - это комплексная система деятельности реабилитационной команды, пациента и его близких, направленная на активизацию психофизиологических и психологических механизмов профессиональными методами, заключающимися в опосредовании через личность пациента лечебно-восстановительных воздействий, с целью возвращения пациента в социальную среду и восстановление его личного и социального статуса [6, 7, 8, 9].

Процесс реабилитации направлен как на преодоление осложнений и последствий болезни, так и на минимизацию функциональных нарушений, максимально раннее и оптимальное для пациента возвращение к бытовому, социальному и профессиональному функционированию.

Рекомендации прошли процессы авторской разработки, редактирования и рецензирования под руководством председателей профильных комиссий по медицинской психологии и медицинской реабилитации Экспертного совета Минздрава России. Пересмотр рекомендаций осуществляется по мере получения новых клинических данных, обобщений приобретенного опыта, но не реже чем 1 раз в 5 лет.

1. Краткая информация

1.1. Определение

Память, как способность хранить и использовать приобретенную информацию, знания, представляет собой совокупность сложных процессов, которые объединяются общим понятием «мнестическая деятельность». Память не рассматривается как копия, отпечаток того или иного фрагмента действительности, так как в ходе мнестической деятельности происходит активное преобразование информации, ее включение в систему связей или ее поиск и извлечение из системы связей [10, 11].

При различных по локализации поражениях головного мозга память страдает по-разному. С одной стороны, «...память представляет собой сложную деятельность, результат которой определяется такими факторами, как мотивация, формирование и удержание намерения, выбор адекватного плана и состава операций, необходимых для его осуществления. С другой стороны, эти факторы «высшего» или второго порядка в качестве своей необходимой предпосылки требуют сохранности функции слепообразования в виде первичной биологической способности мозга к приему и фиксации текущих впечатлений. Дефекты памяти могут быть связаны с изменениями в структуре факторов как первого, так и второго порядка» [10, т. 2, с. 5].

Выделяют модально-специфические и модально-неспецифические (или общие) нарушения памяти [12].

В когнитивной психологии выделяют, в частности, следующие виды памяти: кратковременную (непосредственную), рабочую (оперативную) и долговременную (отсроченную) память [11, 13, 14]. Термин кратковременная память в настоящее время все больше уступает место термину рабочая память, так как в качестве основания классификации оказывается функция постоянного хранения информации или ее удержания на время решения актуальных задач. В долговременной памяти различают декларативную и процедурную память. В свою очередь, декларативная память разделяется на семантическую (память на знания) и эпизодическую (память на события; в том числе, автобиографическую (память на индивидуальный опыт)) [14].

Амнестический синдром возникает при поражении глубоких отделов полушарий и сопровождается модально-неспецифическими нарушениями памяти. При этом, степень и характер мнестических расстройств могут быть совершенно различными: «...от грубых массивных нарушений памяти с нарушениями сознания и конфабуляциями до клинически не проявляющихся, стертых дефектов памяти, доступных лишь специальному экспериментальному исследованию» [12, с. 9].

Согласно концепции А.Р. Лурии, в основе модально-неспецифических нарушений памяти при амнестическом синдроме лежат механизмы, связанные «...с оптимальным состоянием *динамики мозговой коры...*» [10, т. 1, с. 26]:

- Слабость следообразования или угасание следов при отсутствии интерферирующей задачи;
- Повышенная тормозимость следов памяти интерферирующими воздействиями, степень проявления которой зависит от вида и типа интерференции, уровня смысловой организации материала и сочетания различных условий мнестической задачи;
- Нарушение избирательности следов, относящихся как к текущему, так и к прошлому опыту.

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 памяти и других ВПФ;
- 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 технологии мультисенсорной стимуляции);
- Владение методами клинико-психологической оценки эмоциональных состояний, поведения и личности в условиях острого периода непсихотического заболевания и вынужденной госпитализации;
- Владение методами клинико-психологической помощи и сопровождения эмоциональных состояний, личностных и поведенческих изменений пациентов и их родственников, связанных с болезнью и госпитализацией.

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).

Часто возникающей проблемой в работе с пациентами с поражениями мозга является неполное понимание родными и близкими пациента имеющихся у него нарушений и путей их преодоления.

Рекомендуется проводить психообразовательные мероприятия с пациентами и их близкими.

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

Табл. 1. Расчет стоимости услуг по диагностике и реабилитации пациентов с грубыми нарушениями памяти при амнестическом синдроме в результате поражений головного мозга различной этиологии.

Наименование	Частота	Оптимальное число занятий³
Специальное нейропсихологическое обследование	1 раз за курс	Нет данных
Нейропсихологическое обследование	1 раз за курс	Нет данных
Сбор анамнеза и жалоб пациента с нарушениями психической сферы	1 раз за курс	Нет данных
Составление индивидуальной программы нейропсихологической реабилитации	1 раз в неделю	Нет данных
Нейропсихологическая коррекционно - восстановительная процедура при нарушениях психических функций	3-5 раз в неделю	7

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

Нейропсихологическая реабилитация	3-5 раз в неделю	7
Обучение родственников пациента тактике и методам восстановления когнитивных функций больных	2 раза за курс	Нет данных
Процедуры по адаптации к условиям микросреды	2-3 раза в неделю	Нет данных
Школа психологической профилактики для пациентов и родственников	2 раза за курс	Нет данных
Услуги по реабилитации пациента, перенесшего острое нарушение мозгового кровообращения	3-5 раз в неделю	Нет данных
Услуги по реабилитации пациента, перенесшего нейрохирургическую операцию	3-5 раз в неделю	Нет данных

1.2 Этиология и патогенез

Нарушения памяти встречаются при поражениях головного мозга различной этиологии.

1.3 Эпидемиология

Нарушения памяти 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 (C71):

C71.0 - Большого мозга, кроме долей и желудочков;

C71.1 - Лобной доли;

C71.2 - Височной доли;

C71.3 - Теменной доли;

C71.4 - Затылочной доли;

C71.5 - Желудочка мозга;

C71.6 - Мозжечка;

C71.7 - Ствола мозга;

C71.8 - Поражение, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций головного мозга;

C71.9 - 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+), гококковый (A54.8+), туберкулезный (A17.8+), гранулема головного мозга при шистосомозе (B65.-+), туберкулома: головного мозга (A17.8+), мозговых оболочек (A17.1+);

G08 - Внутричерепной и внутрипозвоночный флебит и тромбофлебит:

Септическая(ий): эмболия, эндофлебит, флебит внутричерепных или внутрипозвоночных, тромбофлебит венозных синусов и вен, тромбоз. Исключены: внутричерепные 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: атетонидный 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 паращитовидной железы и их производными (Т50.9);

Т39 - Отравление неопиоидными анальгезирующими, жаропонижающими и противоревматическими средствами;

Т40 - Отравление наркотиками и психодислептиками (галлюциногенами):

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

Т41 - Отравление анестезирующими средствами и терапевтическими газами:

Исключены: бензодиазепинами (Т42.4), кокаином (Т40.5), опиоидами (Т40.0-Т40.2);

Т42 - Отравление противосудорожными, седативными, снотворными и противопаркинсоническими средствами:

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

Т43 - Отравление психотропными средствами, не классифицированное в других рубриках:

Исключены: средствами, подавляющими аппетит (Т50.5), барбитуратами (Т42.3), бензодиазепинами (Т42.4), лекарственная зависимость, психические расстройства и расстройства поведения вследствие употребления психоактивных веществ (F10-F19), метаквалоном (Т42.6), психодислептиками (галлюциногенами) (Т40.7-Т40.9);

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: метараминолом (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 реабилитации)⁴ и их виды согласно МКФ [15]).

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

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).

Исключаются группы заболеваний согласно МКБ-10	Нет данных
Домены МКФ, связанные с диагностикой памяти	b144 - функции памяти; Все домены d (1 - 9)
Домены МКФ, связанные с реабилитацией пациентов с нарушениями памяти	b144 - функции памяти; Все домены d (1-9)
Определитель кода МКФ, отмечающий величину уровня здоровья	xxx.2 - умеренные проблемы; xxx.3 - тяжелые проблемы;
Этапы реабилитации (Приказ МЗ РФ № 1705н от 29.12.2012)	2, 3 этапы
Возраст пациента	От 18 лет

2. Нейропсихологическая диагностика пациентов с нарушениями памяти

2.1. Жалобы и анамнез

Клинический психолог часто сталкивается с очень разнообразными и подробными жалобами на плохую память. При сборе психологического анамнеза (при беседе с пациентом и его родственниками) необходимо, по возможности, выявить преморбидный уровень мнестических процессов и осуществлять интерпретацию результатов, полученных в ходе специального нейропсихологического обследования, учитывая этот уровень.

2.2. Иная диагностика

Различные по локализации поражения мозга могут вызвать неодинаковые формы нарушений памяти [10, 16].

Цели нейропсихологической диагностики пациентов с нарушениями памяти:

1. Критика пациента к состоянию собственной памяти, к допускаемым ошибкам при выполнении методик/тестов в ходе диагностической процедуры;
2. Выявление структуры и степени выраженности нарушений памяти (в том числе, количественная оценка);
3. Оценка компенсаторного ресурса в виде сохранных составляющих мнестической функции и сохранных ВПФ;

4. Оценка ВКБ и комплаенса.

При описании в нейропсихологическом заключении нарушений памяти отражается:

1. Тип нарушений памяти, нарушенные и сохранные виды памяти;
2. Характер нарушений памяти (первичный или вторичный);
3. Возможные механизмы выявленных мнестических нарушений;
4. Какой уровень организации мнестических процессов страдает: элементарный или уровень смысловой организации, в котором запоминаемые стимулы интегрированы семантической общностью.

В заключении должен быть сделан краткий вывод о необходимости:

1. Реабилитационных занятий с клиническим психологом (нейропсихологом);
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.

Для количественной и качественной оценки состояния памяти можно использовать следующие методики/ тесты:

Таблица 3. Методики/тесты для диагностики нарушений памяти при повреждениях головного мозга и их соотношение с МКФ [15].

Тест, пробы, методики (название)	Оцениваемые параметры	Коды по МКФ
Количественная оценка нарушений памяти (О.А. Кроткова, Т.А. Карасёва, В.Л. Найдин) [17].	Адекватность ориентировки в окружающем; Возможность использования ранее приобретённых знаний; Сохранный непреднамеренного запоминания (без предварительной задачи запомнить); Сохранный запоминания информации, связанной с текущей жизнедеятельностью пациента;	b1440 b1441 b1442 d135

	<p>Объём и прочность слухоречевой памяти (модально-специфическая слухоречевая память);</p> <p>Объём и прочность зрительной памяти (модально-специфическая зрительная память);</p> <p>Оперативная (рабочая) память (оценивается роль памяти в процессах мышления, восприятия, зрительного поиска, счётных операций, чтения и др.)</p>	
<p>«Экспресс-методика оценки мнестико-интеллектуальной сферы в позднем возрасте» [18]</p>	<p>Объём и прочность запоминания слухоречевого материала с разной степенью смысловой организации;</p> <p>Скорость запоминания слухоречевого материала с разной степенью смысловой организации;</p> <p>Зрительно-пространственная память;</p> <p>Точность актуализации следов памяти.</p>	<p>b1440</p> <p>b1441</p> <p>b1442</p> <p>d135</p>
<p>Произвольное запоминание двух групп по два слова или двух групп по три слова</p>	<p>Объём непосредственного воспроизведения слухо-речевых стимулов;</p> <p>Объём отсроченного воспроизведения слухо-речевых стимулов</p> <p>Точность воспроизведения</p>	<p>b1440</p> <p>b1441</p> <p>b1442</p> <p>d135</p>
<p>Произвольное запоминание 5 слов или 6 слов или 10 слов</p>	<p>Объём непосредственного воспроизведения;</p> <p>Объём отсроченного воспроизведения;</p> <p>Точность воспроизведения;</p> <p>Эффективность заучивания (количество предъявлений, необходимое для полного заучивания);</p>	<p>b1440</p> <p>b1441</p> <p>b1442</p> <p>d135</p>

	Динамика заучивания; Стратегия заучивания	
Запоминание 2-х фраз	Объем непосредственного воспроизведения; Объем отсроченного воспроизведения; Точность воспроизведения; Влияния смысловой организации материала на запоминание	b1440 b1441 b1442 d135
Запоминание одного или двух рассказов (возможно, одного из них произвольно)	Объем непосредственного воспроизведения; Объем отсроченного воспроизведения; Точность воспроизведения; Влияния смысловой организации материала на запоминание; Эффективность произвольного/произвольного запоминания	b1440 b1441 b1442 d135
Произвольное запоминание 5 трудно вербализуемых геометрических фигур	Объем непосредственного воспроизведения; Объем отсроченного воспроизведения; Точность воспроизведения; Влияния оречевления на запоминание. Порядок воспроизведения	b1440 b1441 b1442 d135

Серийный счет (100-7) или серийный счет с чередующимися вычитаемыми (поочередное вычитание от 30 то 1, то 2)	Удержание в памяти программы; Удержание в памяти промежуточных результатов	b1440 d135
---	---	---------------

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

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

3. Нейропсихологическая реабилитация пациентов с грубыми нарушениями памяти

Методологическая и методическая база современной нейропсихологической реабилитации разработана как отечественными, так и зарубежными авторами, среди которых Л.С. Выготский [19, 20], А.Р. Лурия [16, 21, 22], А.Н. Леонтьев [3, 25], Н.А. Бернштейн [23], П.Я. Гальперин [24], А.В. Запорожец [25], Л.С. Цветкова [6, 7, 26, 27], Т.В. Ахутина [28], В.М. Шкловский [29], К. Гольдштейн [30, 31], О. Зангвилл [32], Дж. Пригатиано [33], Й. Бен-Йишай [34], Б. Вилсон [35], Дж. Иванс [35] и др.

Таблица 4. Преодоление мнестического дефицита [36, 37].

Методы воздействия	Уровень рекомендации
При работе с пациентами, имеющими легкие нарушения памяти вследствие ЧМТ, используются методы, направленные на формирование внутренних стратегий запоминания (например, визуализация). Также применяются внешние компенсаторные средства (например, записные книжки).	Стандарт
При работе с пациентами, имеющими выраженные нарушения памяти, вследствие ЧМТ или инсульта, рекомендуется использовать внешние компенсаторные средства в их непосредственном применении к ситуациям повседневной жизни	Руководство
При работе с пациентами, имеющими выраженные нарушения памяти вследствие ЧМТ, для усвоения отдельных навыков или знаний могут быть эффективны методы безошибочного научения. При этом перенос этих навыков и знаний в новые условия, а также общее улучшение функционирования памяти ограничен	Возможность
Для преодоления мнестического дефицита после ЧМТ также могут быть рассмотрены групповые методы работы	Возможность

Цели нейропсихологической реабилитации пациентов с нарушениями памяти:

1. Поддержание имеющегося уровня сохранных ВПФ пациента, как “опоры” для восстановления/сохранения (при невозможности восстановления) имеющегося уровня мнестических функций пациента;
2. Организация окружающей бытовой среды пациента с целью минимизация ограничений в его функционировании из-за имеющихся нарушений памяти;
3. Формирование способов преодоления мнестического дефицита с помощью внутренних/внешних средств или специальных приемов;
4. Перенос освоенных в ходе реабилитационной работы способов преодоления мнестического дефицита в условия реальной жизнедеятельности пациента.

Различная степень выраженности мнестического дефекта требует выбора соответствующего направления работы в процессе нейропсихологической реабилитации:

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

В работе с пациентами с нарушениями памяти при амнестическом синдроме используются следующие приемы.

Психообразование пациента (и его близких) по осознанию объективных представлений о сильных и слабых сторонах памяти и формированию установки на их преодоление [17, 37].

Уровень рекомендаций - не ниже возможность.

Комментарии: 1) *Между выраженностью нарушений памяти и сопровождающими эти нарушения жалобами отсутствует прямая зависимость. Самостоятельное осознание пациентом возникающих проблем запоминания возможно лишь до определенной пороговой величины мнестического дефекта. Сам процесс осознания - это фиксация случаев, «когда память подвела», их сопоставление и обобщение. Такие процессы требуют определенного объема и прочности памяти. Пациент с грубым амнестическим синдромом может быть растерян, подавлен, встревожен тем, что все, что с ним происходит, как-то не похоже на то, что было раньше, он может активно просить «отпустить его домой», надеясь, что там все прояснится и встанет на свои места, но понять, что у него нарушен процесс запоминания, что он не запоминает ничего, что с ним сейчас происходит, пациент самостоятельно не может. Осознание нарушений и формирование конструктивного взгляда на ситуацию является первой задачей занимающихся с пациентом специалистов. В случае отрицания проблемы или безразличия к её существованию, проведение каких-либо коррекционных занятий, как правило, не является результативным [17]. Оптимальные условия для осознания мнестических дефицитов создают экологические задания. Например, вы договариваетесь с пациентом, что в конце занятия он задаст вам вопрос о том, когда будет следующая встреча. Это намерение пациента записывается им на листе бумаги и откладывается в сторону. В конце занятия пациент прощается и, как правило, не взглянув на бумагу, направляется к двери. Здесь вы останавливаете его и спрашиваете, что написано на этом листе. Прочитав свою запись, пациент, скорее всего, вспоминает о договоренности. Именно в этот момент и надо начать беседу о существующей у него проблеме. Не реализованное*

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

2) Все коррекционные упражнения во многом акцентированы на возможности осознать и вербализовать особенности процесса воспроизведения информации. Этому способствуют специально организованные демонстрационные эксперименты. Выполнение заданий сопровождается краткими комментариями. У каждого пациента формируются собственные пути опосредования. Например, вы задаете ему алгоритм вспоминания предметов, лежащих в коробочке. «Вспомните, что мы нюхали, пробовали на вкус, щупали, слушали, определенным образом двигали и так далее». Когда, следуя этому алгоритму, пациент вспомнит некоторые элементы, вы заострите его внимание на том, что вспоминание произошло не само по себе, а вслед за определенными усилиями, например, за усилиями вспомнить, какое же движение выполняла рука. «Было какое-то вращение кисти... зачем я вращал кистью? ... так вращают, когда в руке ключ... может быть, у меня в руке был ключ? ...да, наверное, был ключ... маленький такой... Мы делали с ним движение, будто открываем дверь. Теперь я вспомнил, что это действительно был ключ».

Специальные тренинги (memory strategy training)

Уровень рекомендаций – стандарт.

Комментарии: Предлагаются для пациентов с легкой или средней степенью выраженности нарушениями памяти [17]. Суть этих стратегий заключается в индивидуальном подборе и обучении использованию мнемотехники, подходящей данному индивиду.

К мнемотехникам относятся, в частности, ассоциативные техники (выстраивание ассоциативного ряда, визуальные схемы, «привязка» незнакомого материала к знакомому, хорошо упроченному в прошлом опыте) и др.

Овладение мнемотехниками не исключает использования и внешних средств компенсации (например, тетрадь памяти или органайзер), как дополнительной «опоры» в преодолении мнестических трудностей.

Внешние средства компенсации (External Memory Compensations) используются в работе с пациентами с выраженными нарушениями памяти [37].

Уровень рекомендаций - руководство.

Комментарии: Таким пациентам предлагается использовать, например, специализированные тетради (Orientation Book) для записи необходимой информации. Тетрадь состоит из двух частей. Первая часть - страница с автобиографической информацией, которая выглядит как обычный лист бумаги, часто убранный в защитную

пластиковую пленку («файлик»). Эта страница содержит в себе основную информацию, касающуюся пациента: имя, возраст, место рождения, номер телефона, местонахождение в данный момент (город, больница...), что случилось (например, попал в ДТП и получил травму головы), имена и фото членов семьи, информацию о том, когда они придут в следующий раз и т.д. Важно, чтобы эта автобиографическая страничка постоянно находилась перед глазами пациента или в легкодоступном месте, чтобы он всегда мог прочесть необходимую информацию о себе. Возможность в любой момент времени «вспомнить» себя и свою ситуацию также помогает предотвратить частые тревожность и возбуждение, возникающее у таких пациентов в связи с нарушениями памяти. Вторая часть - дополнительная информация, привязанная к текущим нуждам пациента: текущую дату, местонахождение, имена и фото персонала больницы/центра (врачей, сестер и т.д., информацию о повреждении мозга – инсульт, травма и т.п., имена и фото родных, друзей, домашних животных, какую-то личную текущую информацию, которая поможет лучше сориентироваться в текущей ситуации, например, заметки с последнего посещения родными).

Основная задача реабилитации с использованием такой тетради – научить пациента и сделать привычным для него использование этого вспомогательного средства. Иными словами, это своеобразное «психологическое протезирование», благодаря которому человек даже с серьезными нарушениями памяти сможет жить достаточно полноценной жизнью.

Кроме того, в работе с пациентами с выраженными нарушениями памяти могут использоваться специальные техники, помогающие достичь успеха в реализации конкретной задачи или аспекта поведения. Это «безошибочное обучение» (**errorless learning**), «метод увеличения интервалов» (**spaced retrieval**) и «метод формирования цепи» (**chaining techniques**) [37].

Безошибочное обучение (Errorless Learning Technique).

Уровень рекомендаций – возможность.

При выраженных мнестических дефектах для преодоления специфических проблем эффективным оказывается применение техники безошибочного обучения [36, 40]. Суть техники заключается в том, чтобы не дать пациенту ошибиться в запоминании конкретной информации через упреждающее напоминание и постоянное повторение этой информации. Для заучивания информации пациенту может потребоваться длительное время.

Комментарии: Пациент хочет запомнить имя сиделки, которая за ним ухаживает, но не может этого сделать и чувствует эмоциональный дискомфорт. Заучивание имени

сиделки путем безошибочного обучения будет выглядеть как диалог с постоянной подсказкой, инициируемый психологом:

Сиделка: Добрый день, меня зовут Мария. Как меня зовут?

Пациент: Мария.

И так далее, ежедневно при каждом обращении пациента к сиделке.

Несколько более усложненный вариант этой методики – запоминание простых действий, которые пациент должен выполнить после определенного условия.

Пример. «Когда Вам позвонит жена, Вы должны будете сказать, как зовут Вашего лечащего врача. Что Вы должны будете сказать, когда Вам позвонит жена?».

Безошибочное обучение во многом пересекается с приемом **«создания эталона правильного воспроизведения»** [17].

Уровень рекомендаций – возможность.

Комментарии: Важной составляющей всех программ восстановительного обучения является создание внутреннего эталона ощущений, сопровождающих правильное воспроизведение. Здесь чаще всего используется двигательная модальность - «память тела». С пациентом заучиваются определенные двигательные пароли. Часто пациенту удается их правильно выполнить, даже если он не помнит, когда и при каких условиях происходило заучивание. Пароли воспроизводятся по памяти в начале каждого урока, вселяя ощущение возможности правильного вспоминания [17]. Примером одного из паролей является простое ритмическое постукивание, состоящее из двух сильных и трех слабых ударов. Даже если пациент не узнает занимавшегося с ним специалиста, он в некоторых случаях по просьбе «просто постучать по столу» начинает воспроизводить заученный пароль.

Метод увеличения интервалов (Spaced Retrieval Technique) [38].

Уровень рекомендаций – возможность.

Комментарии: Специалисты, использующие метод увеличения интервалов, рекомендуют до начала ее применения проверить возможность пациента запоминать информацию используя безошибочное обучение. Техника увеличения интервалов идентична технике безошибочного обучения за исключением того, что пациента просят удерживать информацию в течении времени, которое постепенно прогрессивно увеличивается. Перед началом применения этой техники необходимо использовать тренировочный протокол, который поможет специалисту понять, имеет ли смысл применять эту технику в реабилитационной работе.

Тренировочный протокол выглядит следующим образом. Пациента просят запомнить имя психолога, а затем спрашивают об этом через увеличивающиеся интервалы времени (скажем, немедленно, через 15 секунд, через 30 секунд и т.д.). Длительность интервала может быть изменена и увеличиваться в соответствии с ответами и возможностями пациента. Так, например, пациенту называют имя (психолога) и просят повторить сразу, фиксируя ответ в протоколе. Если он этого не может сделать (делает неправильно), ему просто повторяют верный ответ и начинают сначала. Как только пациент трижды правильно повторит имя (психолога), промежуток времени для удержания имени в памяти увеличивается (например, до 15 секунд). То есть, психолог снова произносит (свое) имя, а затем спрашивает об этом через 15 секунд (по аналогии с первым условием, до трех проб). При этом психолог изначально обращает внимание пациента на то, что актуализация следа памяти будет осуществляться уже не сразу, а через 15 секунд. Если через 15 секунд пациент не может вспомнить имя, интервал уменьшают до 5 или 10 секунд. Если он верно вспоминает в 1-й, 2-й или 3-й попытке, психолог удлиняет интервал до 30 секунд. Аналогичная процедура повторяется и для 30 секундного интервала. Если в любом интервале (0, 15, 30 секунд) пациент не делает более двух ошибок, метод увеличения интервалов может быть использована для преодоления мнестических нарушений. Если пациент делает три ошибки, хотя бы в одном из интервалов, данную технику использовать не рекомендуется.

При использовании метода увеличения интервалов длину интервалов и сложность запоминаемой информации рекомендуется давать в соответствии с возможностями пациента. Безусловно, запоминаемый материал может также сопровождаться визуальной или иной вспомогательной информацией, которая может помочь пациенту. Важным при работе также является точное протоколирование и анализ получаемых результатов, т.к. это поможет специалисту увидеть и понять, при какие именно условия запоминания (интервал, тип подачи информации и т.д.) являются оптимальными для данного пациента на данном этапе реабилитации.

Метод формирования цепи (Chaining Technique) [39, 40].

Уровень рекомендаций – возможность.

Любая комплексная задача представляет из себя последовательность специфических поведенческих действий, или цепочку шагов, каждый из которых идет в строгой последовательности. Завершение одного шага последовательности служит подсказкой для завершения следующего шага. По той же причине каждый шаг служит для укрепления, усиления предшествующего шага последовательности.

Надо сказать, что пациенты с выраженными нарушениями памяти часто испытывают трудности выстраивания новых цепочек действий и поведенческих актов, а иногда даже и в выполнении тех, которые были приобретены до повреждения мозга. «Цепь» - это техника, которая может использоваться для тренировки пациентов осуществлять последовательность шагов с опорой на процедурную память, где каждый элемент выучивается автоматически, как изолированная составляющая, и затем механически соединяется с предшествующими и последующими элементами. Каждый шаг содержит подсказку для следующего шага, однако, в технике «цепь» это обычно происходит без осознания пациентом того факта, что итоговая цепочка шагов содержит какой-то смысл. Напротив, задача выполняется автоматически, рефлексивно, без участия осознания и специального намерения.

«Цепь» может быть использована как с вербальной, так и с визуальной информацией, а чаще и с той, и с другой, что также помогает в запоминании информации (например, включение движений в выполнение соответствующего задания).

Комментарий: *Использование метода формирования цепи обычно начинается с тщательного анализа, в каких именно комплексных задачах происходит сбой при выполнении различных шагов. Эти шаги необходимо четко идентифицировать и определить. Например, «умывание лица» как задача, которая требует выполнения определенной последовательности действий, может быть разбита на следующие шаги: 1) ополоснуть лицо водой; 2) намылить; 3) снова ополоснуть водой лицо; 4) вытереть его. Прделав такую предварительную работу, можно начинать использовать технику цепи.*

Существует два базовых типа цепей: направленная вперед и направленная назад. В цепи, направленной вперед, движение начинается с первого шага, а заканчивается последним. В цепи, направленной назад, движение в процессе обучения идет от последнего шага к первому. Форма цепочки «назад» называется «исчезающие подсказки» [39]. В «исчезающих подсказках», при обучении новой информации, подсказки даются, а затем постепенно уменьшаются. Например, при запоминании имени на фотографии (это может быть имя врача или родственника) при каждом правильном воспроизведении пациентом имени в следующий раз убирается последняя буква этого имени, и пациент должен вспомнить имя полностью. Ряд авторов считают этот вариант техники, используемой совместно с техникой безошибочного обучения, наиболее эффективным [40].

Метод формирования цепи пересекается с приемами **«составление логической цепочки», «дозированные подсказки» и «подсказки в разных модальностях»** [17, 41].

Составление логической цепочки

Уровень рекомендаций – возможность.

Комментарии: *Некоторые необходимые в повседневной жизни сведения могут быть извлечены из памяти или реконструированы за счет логических сопоставлений. Пациенту можно привести такой пример. «Если требуется взять с полки какой-то предмет, стоящий на своем месте, вы сделаете это не задумываясь. Но если предмета на нужном месте не оказалось, вы начнете размышлять, когда вы его последний раз видели, что с ним делали, где, наиболее вероятно, теперь его местоположение и так далее». Если вы сразу не можете что-то вспомнить, попробуйте «поискать в памяти», но сделайте это не хаотично, а используя цепочки логических рассуждений, сопоставляя разные факты. Пробудить активность пациента, направить его поиск в памяти и вместо слов «я не знаю, я не помню» высказать гипотезы и догадки, из которых потом проявится правильное решение, это один из методических приемов, позволяющий вспомнить, когда кажется, что пациент все забыл.*

В этой связи является чрезвычайно важной и выработка адекватных стратегий запечатления необходимой информации («сразу расставлять все по своим местам»).

Представленные ниже стратегии необходимо донести и объяснить пациенту:

- *В тот момент, когда вы что-то запоминаете, надо заниматься только запоминанием, а не другими делами, например, разговором по телефону;*
- *Если вы перекладываете важную вещь, проговорите свое действие вслух. Не просто куда-то кладете кошелек, а убираете его во внутренний карман куртки;*
- *Если вам надо запомнить что-то важное, попробуйте разделить эту информацию на маленькие кусочки и подумать о каждом кусочке отдельно. Потом снова собрать их вместе и подумать в целом;*
- *Всегда при запоминании чего-то важного представляйте в своем воображении, как вы будете находить эту вещь или эту информацию через некоторое время.*

Дозированные подсказки.

Уровень рекомендаций – возможность.

Комментарии: *Пациент, потерявший возможность вспоминать происходящие с ним события прежним способом, тем, которым он пользовался до болезни, не может самостоятельно сформировать новые стратегии запоминания и воспроизведения информации. Если раньше вспомнить то, что происходило десять минут назад, он мог без всяких усилий, то теперь, не прикладывая усилий, отвечает «я не помню». На самом деле, информация в том или ином виде остается в памяти пациента, но для ее извлечения*

требуется новый алгоритм - алгоритм, основанный на подсказках, логических рассуждениях и сопоставлении фактов. Такой алгоритм формируется нейропсихологом. Например, известно, что 10 минут назад пациент был на занятии лечебной физкультуры. Можно, конечно, просто сообщить ему этот факт, однако никакой пользы такое сообщение не принесет. Поэтому можно задать пациенту ряд наводящих вопросов. Например, не устал ли он и, если это физическая усталость, то чем, по логике возможных событий, она могла быть вызвана. Предварительно собрав необходимую информацию о занятии, нейропсихолог может наводящими вопросами вызвать из памяти какие-то яркие, эмоционально окрашенные эпизоды. В какой-то момент пациент вдруг скажет: «Да, я вспомнил - только что было занятие по лечебной физкультуре!». Произошло вспоминание, пациент сумел с помощью нейропсихолога найти в памяти нужные сведения. Информация не дается в готовом виде, но через систему подсказок постепенно извлекается из памяти. Этот процесс, особенно на первых порах, не может быть переложен на плечи родственников – только специалист, знающий законы функционирования памяти, может предложить адекватную систему подсказок и опор для обеспечения результативности процесса поиска в памяти у пациента с грубым амнестическим синдромом.

Подсказки в разных модальностях.

Уровень рекомендаций – возможность.

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

или парфюмерии? Предмет, который мы нюхали, был твердый или мягкий? Он был в обертке или нет?» и так далее. Пациент обучается возможности целенаправленно извлекать из памяти информацию, связанную с той или иной анализаторной системой [41].

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

В реабилитации пациентов с выраженными нарушениями памяти рекомендуется использовать приемы по **формированию уверенности и ощущению ошибки** [17].

Уровень рекомендаций – возможность.

Комментарии: Пациент с выраженными нарушениями памяти при вспоминании будет допускать много ошибок. Отношение нейропсихолога к этим ошибкам должно быть дифференцированным, в зависимости от механизма, лежащего в их основе. Быстрое угасание и «обтаивание» образа памяти (акцент на симптоматике поражения левого полушария) сопровождается ощущением ошибки. Голос пациента звучит неуверенно, он часто отвечает «я не помню» даже тогда, когда смутные воспоминания хранятся в памяти [41]. Для этих пациентов новый алгоритм сопровождается культивированием чувства уверенности даже при смутных воспоминаниях. Например, вспоминая предметы, лежащие в коробочке, пациент может сказать: «мы что-то прикладывали к уху и слушали, но я не помню, что». «Назовите первое, что вам приходит в голову». «Мне приходит в голову секундомер, но я совершенно не помню этого». «На самом деле это действительно был секундомер, доверяйте своим ощущениям».

Другой механизм забывания (акцент в синдроме на поражении правого полушария) связан с неосознаваемыми трансформациями образов памяти. Здесь при неправильных воспоминаниях, контаминациях и конфабуляциях у пациента не формируется ощущения ошибки. Образ памяти ярок и отчетлив, пациент не сомневается в его правильности [42]. В этом случае задача нейропсихолога - на модели простых заданий научить больного чувствовать тонкие различия между правильными и искаженными воспоминаниями. Например, в том же упражнении «коробочка» больной дает правильные и конфабуляторные ответы. Вы записываете на маленьких бумажках названия правильных предметов и кладете рядом соответствующие предметы. Затем устно просите

пациента ответить на вопрос, «есть ли различия между тем, что он вспомнил правильно, и ошибочными воспоминаниями, которые пока присутствуют в его жизни и мешают ему». Дальнейшая беседа зависит от ответа пациента.

Очень важно использовать в реабилитационной работе экологические задания [17].

Уровень рекомендаций – возможность.

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

Рекомендуется сохранять знакомое предметное окружение пациента [17].

Уровень рекомендаций – не ниже возможность.

Комментарии: Овладение процессом «поиска в памяти» не ограничивается рамками психологического эксперимента, но всегда «переносится» на решение реальных задач повседневной активности больного. При этом отработываемые приемы поддерживаются определенным образом, организованной материальной средой, «подсказывающей и напоминающей» пациенту необходимые действия.

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

Для принятия решения об использовании различных методов, техник и приемов в реабилитационной работе с пациентами с нарушениями памяти при амнестическом синдроме можно использовать схему, приведенную в Приложении С.

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

- Наличие ВКБ, адекватной нарушениям памяти, и возможности/необходимости их восстановления
- Наличие комплаенса по отношению к реабилитационным мероприятиям. Снижение проявлений нарушений памяти в одном или нескольких видах деятельности, действий или операций (в зависимости от поставленных реабилитационных целей)
- Снижение проявлений нарушений памяти в одном или нескольких видах деятельности, действий или операций (в зависимости от поставленных реабилитационных целей)
- Минимизация степени бытовой, социальной или профессиональной зависимости от других людей (в пределах поставленных реабилитационных целей)

Список литературы

1. Психосоматика: телесность и культура: Учебное пособие для вузов / под ред. В.В. Николаевой. – М.: Академический проект, 2009. 311 с.
2. Выготский Л.С. Психология. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2000. 1008 с.
3. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. – М.: Политиздат, 1975. 304 с.
4. Цыганок А.А., Ковязина М.С. О специфике нейропсихологической диагностики детей. Особый ребенок: исследования и опыт помощи / Под ред. А.А. Цыганок. – М.: Теревинф, 1998, Выпуск 1. С. 112-116.
5. Краткий психологический словарь / Сост. Л.А. Карпенко; Под общ. ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. – М.: Политиздат, 1985. 431 с.
6. Цветкова Л.С. Проблемы афазии и восстановительного обучения. – М.: Изд-во МГУ, 1979. 162 с.
7. Социально-психологический аспект реабилитации больных с афазией / Л. С. Цветкова, Ж. М. Глозман, Н. Г. Калита и др.; / Под общ. ред. Л. С. Цветковой. – М.: Изд-во МГУ, 1980. 82 с.
8. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. изд., доп. и перераб. – Л.: Медицина: Ленингр. отд-ние, 1985. 216 с.
9. Глозман Ж.М. Социальная реабилитация нейрохирургических больных: проблема и методики оценки. Вестник Моск. ун-та. Серия 14. Психология. 1990. №1. С. 13-24.
10. Лурия А.Р. Нейропсихология памяти. В 2-х т. – М.: Педагогика», 1974, 1976. 311 с.; 192 с.
11. Tulving E. Organization of memory: Quo vadis? In: Gazzaniga MS, ed. The cognitive neurosciences. Cambridge, MA: MIT Press, 1995; 839-847.
12. Мозг и память. Нарушение произвольного и непроизвольного запоминания при локальных поражениях мозга / Н. К. Киященко, Московичюте Л.И. и др. – Москва: Изд-во Моск. ун-та, 1975. 80 с.
13. Tulving E. Episodic and semantic memory // Organization of memory / Tulving E.; Donaldson W. (Eds). New York: Academic Press, 1972. P. 381-403.
14. Солсо Р. Модели памяти // Психология памяти: Хрестоматия для студентов вузов / Под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, В.Я. Романова. – М.: ЧеРо, 2000. – 816с. С. 547-582.
15. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (Краткая версия). Всемирная Организация

- Здравоохранения. Изд-во: Спб институт усовершенствования врачей, 2001. 223 с.
16. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. – М.: МГУ, 1962; 431 с.
 17. Кроткова О.А., Карасева Т.А., Найдин В.Л. Количественная оценка нарушений памяти у неврологических и нейрохирургических больных. Методические рекомендации. – М.: Министерство здравоохранения СССР. 1983. 30 с.
 18. Корсакова Н.К., Балашова Е.Ю., Рощина И.Ф. Экспресс-методика оценки когнитивных функций при старении [Электронный ресурс] // Психологические исследования: электрон. науч. журн. 2009. N 3(5). URL: <http://psystudy.ru>
 19. Выготский Л.С. Психология. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2000. 1008 с.
 20. Выготский Л.С. Психология и учение о локализации психических функций. Собр. соч. – М.: Педагогика, 1982; №1: с. 168-174.
 21. Лурия А.Р. Травматическая афазия. – М.: Издательство Академии Медицинских Наук СССР, 1947. 367 с.
 22. Лурия А.Р. Восстановление функций мозга после военной травмы. – М.: Издательство Академии Медицинских Наук СССР, 1948. 236 с.
 23. Бернштейн Н.А. О построении движений. – Москва, 1947. 253 с.
 24. Гальперин П.Я. Введение в психологию. – М.: Университет, 2000. 336 с.
 25. Леонтьев А. Н., Запорожец А. В. Восстановление движений. Исследование восстановления функций руки после ранения. – М., 1945. 231 с.
 26. Цветкова Л.С. Нейропсихологическая реабилитация больных. – М.: Изд-во МГУ, 1985. 263 с.
 27. Цветкова Л.С. Мозг и интеллект. Нарушение и восстановление интеллектуальной деятельности. – М.: Просвещение, 1995. 304 с.
 28. Ахутина Т.В. Нейролингвистический анализ динамической афазии. – М.: Изд-во МГУ, 1975. 143 с.
 29. Шкловский В.М., Визель Т.Г. Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии. – М.: «Ассоциация дефектологов», 2000. 96 с.
 30. Goldstein K. The organism: A holistic approach to biology derived from pathological data in man. New York: Zone Books /MIT Press, 1934 /1995.
 31. Goldstein K., Scheerer M. Abstract and Concrete Behavior: An Experimental Study With Special Tests. In: Psychological Monographs, ed. by John F. Dashiell. 1941. V. 53, No. 2. P. i-151.

32. Zangwill O.L. Psychological aspects of rehabilitation in cases of brain injury. *British Journal of Psychology*. 1947. V. 37, No. 2. P. 60-69.
33. Prigatano G.P. Principles of neuropsychological rehabilitation. New York, NY: Oxford University Press, 1999. 356 p.
34. Ben-Yishay Y., Diller L. Handbook of holistic neuropsychological rehabilitation: outpatient rehabilitation of traumatic brain injury. New York, NY: Oxford University Press, 2011. 141 p.
35. Wilson B.A., Gracey F., Evans J.J., Bateman A. Neuropsychological rehabilitation: theory, models, therapy and outcome. New York, NY: Cambridge University Press, 2009. 368 p.
36. Cicerone K.D., Langenbahn D.M., Braden C., Malec J.F., Kalmar K., Fraas M. et al. Evidence-based cognitive rehabilitation: updated review of the literature from 2003 through 2008. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 2011; 92. P. 519-30.
37. Haskins E.C., Cicerone K.D., Dams-O'Connor K., Eberle R., Langenbahn D., Shapiro-Rosenbaum A., Trexler L.E. Cognitive rehabilitation manual. Translating evidence-based recommendations into practice. ACRM. 2012. 132 p.
38. Brush, J.A., & Camp, C.J. Using spaced retrieval as an intervention during speech-language therapy. *Clinical Gerontologist*. 1998; 19. P. 51-64.
39. Glisky E.L., Schacter D.L., Tulving, E. Learning and retention of computer-related vocabulary in memory-impaired patients: method of vanishing cues / *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 8 (3). 1986. P. 292-312.
40. Evans J.J., Wilson B.A., Schuri U., Andrade J., Baddeley A., Bruna O. & Lorenzi L. A Comparison of «Errorless» and «Trial-and-error» Learning Methods for Teaching Individuals with Acquired Memory Deficits / *Neuropsychological Rehabilitation*, 10 (1). 2000. P. 67-101.
41. Кроткова О.А. Основные направления реабилитации больных с нарушениями памяти / В сборнике научных работ Проблемы реабилитации нейрохирургических больных под ред. акад. АМН СССР А.Н. Коновалова и д.мед.н. В.Л. Найдина. – М.: Изд-во Академии медицинских наук СССР. 1988. С. 63-72.
42. Кроткова О.А., Семенович А.В. Некоторые особенности мозговой организации образов зрительной памяти человека и механизм возникновения конфабуляций // *Психологический журнал*. – М.: Наука. 1994. Т.15, № 1. С. 97-108.

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. Баулина М.Е., к. психол. н., член РПО

3. 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.

4. Григорьева В.Н., д. мед. н., зав. кафедрой неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики, почетный работник высшего профессионального образования РФ, член правления Всероссийского общества неврологов.

5. 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.

6. 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-н, диплом II степени "Лучшее издание по медицине".

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

8. 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.

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

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

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Приложение А2. Методология разработки методических рекомендаций

Целевая аудитория данных методических рекомендаций:

Медицинский психолог.

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

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

Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств:

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

Методы, использованные для оценки качества доказательств:

- Консенсус экспертов.

Методы, использованные для формулировки рекомендаций:

- Консенсус экспертов.

Экономический анализ:

- Анализ стоимости не проводился.

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.psyru.ru/>

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

Приложение А3. Связанные документы

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

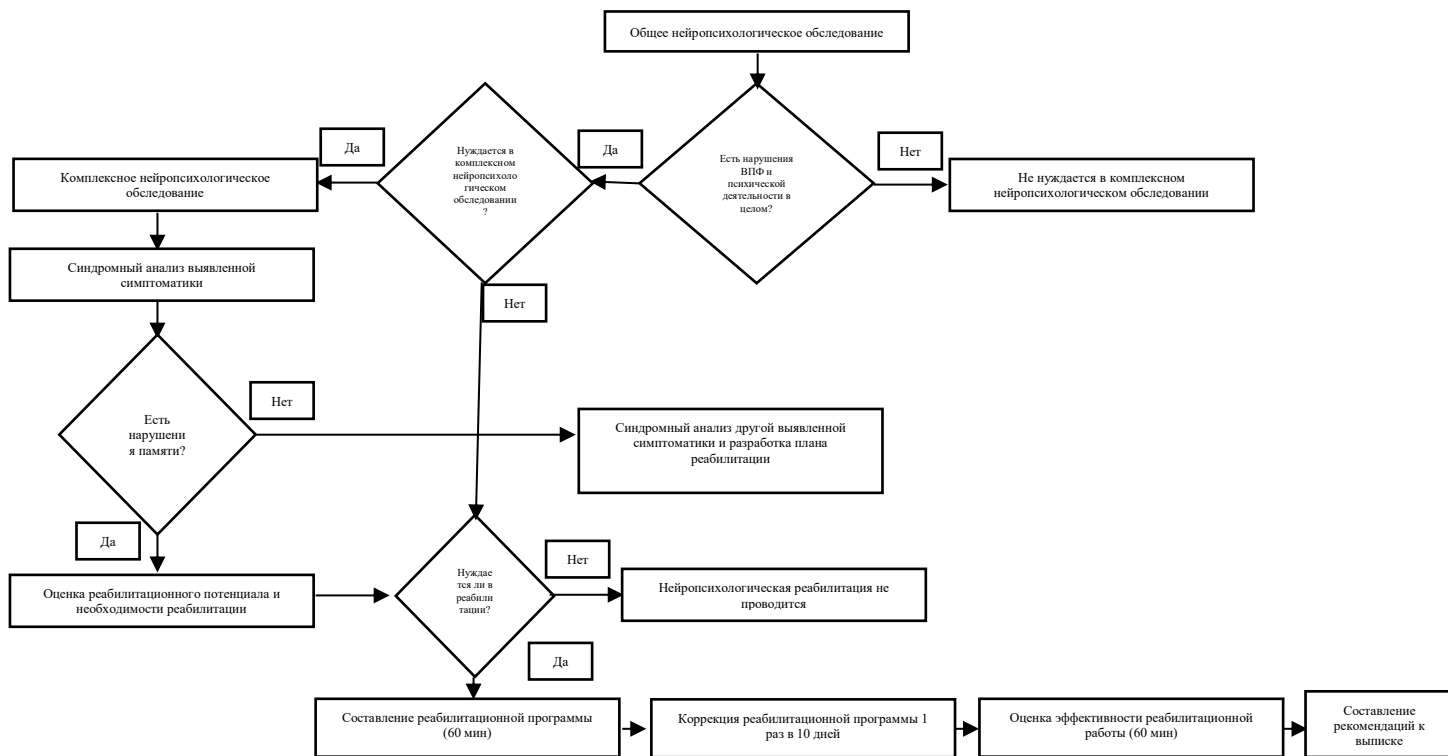
1. Нейропсихологическая диагностика и реабилитация пациентов с нарушениями мышления при повреждениях головного мозга:
http://psyrus.ru/med_psy/klinicheskie-rekomendatsii/

2. Нейропсихологическая диагностика и реабилитация пациентов с нарушениями регуляторных функций 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 пациента:

- 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).

Приложение С. Информация для клинического психолога

Схема для принятия решения об использовании различных методов, техник и приемов в реабилитационной работе с пациентами с нарушениями памяти при амнестическом синдроме [37].

