

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

**НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ  
ДИАГНОСТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ  
ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ  
РЕГУЛЯТОРНЫХ (УПРАВЛЯЮЩИХ) ФУНКЦИЙ  
ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ 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 .....	10
1. Краткая информация .....	81
2. Нейропсихологическая диагностика пациентов с нарушениями регуляторных (управляющих) функций .....	183
3. Нейропсихологическая реабилитация пациентов с нарушениями регуляторных (управляющих) функций .....	191
Список литературы.....	28
Приложение А1. Состав Рабочей группы .....	28
Приложение А2. Методология разработки методических рекомендаций	337
Приложение А3. Связанные документы .....	35
Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента.....	72
Приложение В. Информация для пациента .....	73

## **Ключевые слова**

Клиническая психология, нейропсихология, нейропсихологические нарушения регуляторных (управляющих) функций, 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].

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

Регуляторные (управляющие) функции - это процессы активной сознательной регуляции деятельности, направляющиеся, прежде всего, активирующим влиянием мотивов, сформулированных при помощи речи, и включающие в себя программирование, регуляцию и контроль за протекающей деятельностью и поведением [5, 6].

## **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 [7, 8, 9, 10].

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**

Все ВПФ человека произвольны по способу своего осуществления. Это означает, что человек «...не только пассивно реагирует на поступающие сигналы... а формирует *планы* и *программы* своих действий, следит за их выполнением и *регулирует* свое поведение, приводя его в соответствие с этими планами и программами,... ... *контролирует* свою сознательную деятельность, сличая эффект своих действий с исходными намерениями и контролируя допущенные им ошибки» [5, с. 108]. Произвольное управление психическими функциями связано с их осознанностью и предполагает наличие соответствующей мотивации, опосредованной речевой системой, а именно, выбора определенной активности из множества вариантов



реагирования, доступных в данный момент и возможность человека дать *речевой* отчет о цели деятельности и конечном результате.

Нарушения регуляторных (управляющих) функций отмечаются не только при непосредственном повреждении передних лобных отделов коры головного мозга. Эти функции могут страдать и при иной локализации мозговой патологии, вызывающей изменения в функционировании передних лобных отделов.

В нейропсихологии остается дискуссионным вопрос о предполагаемом процессуальном составе регуляторных (управляющих) функций. В соответствии с этим в процессе выполнения методик/тестов, направленных на диагностику регуляторных (управляющих) функций, удобным является анализ ряда компонентов, выделяемых большинством авторов [11, 12, 13, 14, 15, 16] и др.:

1. Инициатива и активация поведения и деятельности;
2. Постановка цели и задач;
3. Планирование деятельности, формирование программы действий;
4. Реализация планов, удержание программы действий;
5. Текущий и итоговый контроль за промежуточными и конечным результатами;
6. Способность к переключению с одного этапа реализации программы на другой;
7. Критичность пациента (к своему состоянию, к ситуации обследования и к допускаемым ошибкам);
8. Регуляция эмоций и поведения;
9. Метакогнитивные функции, тесно связанные с процессами обобщения.

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

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

---

<sup>1</sup> Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 23 июля 2010 г. N 541н г. Москва "Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения". Зарегистрирован в Минюсте РФ 25 августа 2010 г. Регистрационный N 18247.

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

- Знание способов и средств восстановительной работы и осуществление выбора апробированных эффективных конкретных технологий восстановления нарушенных когнитивных функций;
- Владение методами клинико-психологической оценки эмоциональных состояний, поведения и личности в условиях острого периода непсихотического заболевания и вынужденной госпитализации;
- Владение методами клинико-психологической помощи и сопровождения эмоциональных состояний, личностных и поведенческих изменений пациентов и их родственников, связанных с болезнью и госпитализацией.

\*\*\*\*\*

Часто возникающей проблемой в работе с 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 нарушениями регуляторных функций, основанном на официальном рубрикаторе и практическом опыте отдельных клиник.

**Табл. 1. Услуги клинического психолога по диагностике и реабилитации пациентов с нарушениями регуляторных (управляющих) функций при поражениях головного мозга.**

Наименование	Частота	Оптимальное число занятий <sup>3</sup>
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

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

Нейропсихологическая коррекционно - восстановительная процедура при нарушениях психических функций	2-3 раза в неделю	15
Нейропсихологическая реабилитация	2-3 раза в неделю	15
Обучение родственников пациента тактике и методам восстановления когнитивных функций пациента	2 раза за курс	Нет данных
Процедуры по адаптации к условиям микросреды	2-3 раза в неделю	Нет данных
Процедуры двигательного праксиса (регуляторного)	3-5 раз в неделю	7
Школа психологической профилактики для пациентов и родственников	2 раза за курс	Нет данных
Услуги по реабилитации пациента, перенесшего острое нарушение мозгового кровообращения	3-5 раза в неделю	Нет данных
Услуги по реабилитации пациента, перенесшего нейрохирургическую операцию	3-5 раза в неделю	Нет данных

## **1.2 Этиология и патогенез**

Нарушения регуляторных (управляющих) функций встречаются при заболеваниях головного мозга различной этиологии.

## **1.3 Эпидемиология**

Нарушения регуляторных (управляющих) функций являются одними из наиболее часто встречающихся при поражениях головного мозга различной этиологии. Они не всегда своевременно выявляются и правильно диагностируются, что приводит к нарушению адаптации пациентов и снижению их функционирования в целом, а также тормозят процессы бытовой, социальной и профессиональной адаптации.

## **1.4. Кодирование по МКБ 10**

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

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

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

С70.0 - Оболочек головного мозга;

С70.9 - Мозговых оболочек неуточненных.

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

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

- 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

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

G04.0 - Острый диссеминированный энцефалит;

G04.1 - Тропическая спастическая параплегия;

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

G04.8 - Другой энцефалит, миелит и энцефаломиелит:

Постинфекционный энцефалит и энцефаломиелит БДУ;

G04.9 - Энцефалит, миелит или энцефаломиелит неуточненный;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

G06 - Внутричерепной и внутрипозвоночный абсцесс и гранулема:

G06.0 - Внутричерепной абсцесс и гранулема:

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

G06.1 - Внутрипозвоночный абсцесс и гранулема:

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

G06.2 - Экстрадуральный и субдуральный абсцесс неуточненный;

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

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

G08 - Внутричерепной и внутрипозвоночный флебит и тромбфлебит:

Септическая(ий): эмболия, эндофлебит, флебит внутричерепных или внутрипозвоночных, тромбфлебит венозных синусов и вен, тромбоз. Исключены: внутричерепные флебиты и тромбфлебиты: 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 тромбфлебиты (G95.1);

G09 - Последствия воспалительных болезней центральной нервной системы:

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

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

G20 - Болезнь Паркинсона:

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

G21 - Вторичный паркинсонизм;

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

Сифилитический паркинсонизм (A52.1+);

G23 - Другие дегенеративные болезни базальных ганглиев:

Исключена: полисистемная дегенерация (G90.3);

G24 - Дистония:

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

G25 - Другие экстрапирамидные и двигательные нарушения;

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

## **Травмы головы (S00-S09):**

S00 - Поверхностная травма головы:

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

S01 - Открытая рана головы:

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

S02 - Перелом черепа и лицевых костей;

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

S04 - Травма черепных нервов;

S05 - Травма глаза и глазницы:

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

S06 - Внутричерепная травма;

S07 - Размозжение головы;

S08 - Травматическая ампутация части головы;

S09 - Другие и неуточненные травмы головы.

## **Отравление лекарственными средствами, медикаментами и биологическими веществами (T36-T50):**

T36 - Отравление антибиотиками системного действия:

Исключены: отравление антибиотиками: противоопухолевыми (T45.1), применяемыми местно НКДР (T49.0), применяемыми для лечения: уха, горла, носа (T49.6), глаза (T49.5);

T37 - Отравление другими противомикробными и противопаразитарными средствами системного действия:

Исключены: противомикробными средствами: местного применения НКДР (T49.0), для лечения болезней: уха, горла, носа (T49.6), глаз (T49.5);

T38 - Отравление гормонами, их синтетическими заменителями и антагонистами, не классифицированное в других рубриках:

Исключены: минералокортикоидами и их антагонистами (T50.0), гормонами окситоцинового действия (T48.0), гормонами паращитовидной железы и их производными (T50.9);

T39 - Отравление опиоидными анальгезирующими, жаропонижающими и противоревматическими средствами;

T40 - Отравление наркотиками и психодислептиками (галлюциногенами):

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



T41 - Отравление анестезирующими средствами и терапевтическими газами:

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

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

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

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

Исключены: средствами, подавляющими аппетит (T50.5), барбитуратами (T42.3), бензодиазепинами (T42.4), лекарственная зависимость, психические расстройства и расстройства поведения вследствие употребления психоактивных веществ (F10-F19), метаквалоном (T42.6), психодислептиками (галлюциногенами) (T40.7-T40.9);

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

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

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

Исключено: 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<sup>4</sup> и их виды согласно МКФ) [17].

---

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

<b>Обязательная составляющая модели пациента</b>	<b>Описание составляющей модели пациента</b>
Клиническая ситуация	Состояния после повреждения головного мозга различной этиологии
МКБ-10	C69 - C72; D32, D33; G00 -G09; G20 - G26; S00 - S09; T36 - T50
Исключаются группы заболеваний согласно МКБ-10	Нет данных
Домены МКФ, связанные с диагностикой регуляторных функций	b1304 - Контроль импульсивных побуждений; b140 - Функции внимания; b1641 - Организация и планирование; b1642 - Управление временем; b1643 - Познавательная гибкость; Все домены d (1-9)
Домены МКФ, связанные с реабилитацией пациентов с нарушениями регуляторных функций	b1304 - Контроль импульсивных побуждений; b140 - Функции внимания; b1641 - Организация и планирование; b1642 - Управление временем; b1643 - Познавательная гибкость; Все домены d (1-9)
Определитель кода МКФ, отмечающий величину уровня здоровья	xxx.1 - легкие проблемы; xxx.2 - умеренные проблемы; xxx.3 - тяжелые проблемы;
Этапы реабилитации (Приказ МЗ РФ № 1705н от 29.12.2012)	1, 2, 3 этапы
Возраст пациента	От 18 лет

## **2. Нейропсихологическая диагностика пациентов с нарушениями регуляторных (управляющих) функций**

### **2.1. Жалобы и анамнез**

При проведении нейропсихологической диагностики пациентов с нарушениями регуляторных (управляющих) функций, клинический психолог может не столкнуться с жалобами пациента из-за отсутствия его критичного отношения к своим нарушениям. Это может сочетаться с неопрятным внешним видом, неадекватным эмоциональным состоянием пациента, снижением общей и двигательной активности, снижением интереса к окружающему, изменением эмоциональной сферы пациента (на что могут жаловаться родственники пациента). Однако пациент может предъявлять жалобы на то, что он «стал вялый, раздражительный», «ухудшилась речь, память», «трудно сосредоточиться» и др. [11].

При сборе психологического анамнеза (при беседе с пациентом и его родственниками) необходимо, по возможности, выявить преморбидный уровень сформированности регуляторных (управляющих) функций и интерпретировать результаты, полученные в ходе специального нейропсихологического обследования, с учетом этого уровня.

## 2.2. Иная диагностика

В диагностике нарушений регуляторных (управляющих) функций необходимо учитывать, что некоторая часть относительно здоровых людей плохо справляется с методиками/тестами на оценку регуляторных (управляющих) функций (особенно это касается лиц с низким уровнем образования).

Цели нейропсихологической диагностики пациентов с нарушениями регуляторных (управляющих) функций:

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

В случае проведения полного нейропсихологического обследования в заключении отмечаются все выявленные нарушения ВПФ, в том числе и регуляторных (управляющих) функций.

При описании в нейропсихологическом заключении нарушений регуляторных (управляющих) функций отражается:

1. Наличие у пациента инициативы, побуждения к контакту с клиническим психологом и выполнению методик/тестов;
2. Критика к своему состоянию, поведению в ситуации обследования и своим ошибкам, допускаемым в ходе диагностической процедуры;
3. Реакции пациента на побочные раздражители (“полевое поведение”);
4. Уровень самоконтроля эмоций и поведения;
5. Скорость включения в задания (количество повторений инструкции или импульсивность и расторможенность поведения);
6. Удержание программы (требуется ли постоянное «речевое подкрепление» для выполнения задания со стороны самого пациента или клинического психолога);
7. Легкость образования стереотипов или присутствие стереотипов, сформированных в прошлом опыте;
8. Отсутствие компенсаторного эффекта от речевой регуляции своих действий;
9. Нарушение способности планирования выполнения задания;
10. Наличие системных персевераций при выполнении методик/тестов;

## 11. Метакогнитивные нарушения (осознание своих познавательных процессов).

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.

Классические клиничко-психологические методики исследования нарушений регуляторных (управляющих) функций, направленные на оценку их различных составляющих (в том числе согласно рубрике МКФ), представлены в табл. 3.

Табл. 3. Таблица методик / тестов для диагностики нарушений регуляторных (управляющих) функций при повреждениях головного мозга и их соотношение с МКФ [17].

<b>Тест, пробы, методики (название)</b>	<b>Оцениваемые параметры</b>	<b>Коды по МКФ</b>
Проба на динамический праксис (могут предъявляться одна или две двигательные программы, например, «кулак-ребро-ладонь» и «кулак-ладонь-ребро»)	Инициация выполнения движения; Формирование двигательной программы; Удержание двигательной программы; Трудности выполнения двигательной программы при ее речевом проговаривании пациентом либо психологом; Замена программы двигательным стереотипом; Трудности переключения с программы на программу (системные персеверации)	b1641 b1642 b140 b1304
Проба на реципрокную координацию	Замена двигательной программы алиированным выполнением; Замена двигательной программы двигательным стереотипом	b1304
Проба «реакция выбора», в том числе «конфликтная проба»	Инициация выполнения движения; Формирование двигательного стереотипа; Удержание двигательной программы; Тормозный контроль (способность оттормаживать импульсивные реакции при ломке выработанного стереотипа)	b1641 b1642 b140 b1304

Графические пробы с асимметричной последовательностью двух-трех элементов (например, два круга - квадрат)	Инициация выполнения задания; Трудности переключения с программы на программу (системные персеверации); Трудности выполнения двигательной программы при ее речевом проговаривании пациентом либо психологом	b1641 b1642 b140
Арифметические задачи	Инициация выполнения задания; Способность к ориентированию в условиях задачи; Установление последовательности действий; Анализ условий и поиска информации для реализации найденного решения	b1641 b1645 b1646 b140 b1640
Сюжетные картинки (в том числе и серийные). Например, карикатуры Бидструпа	Инициация выполнения задания; Возможность разворачивания сюжета (логическая и временная последовательность событий); Возможность составления в уме четкой схемы (плана) повествования; Возможность прогноза развития сюжета (антиципации)	b1641 b1640 b1642 b1645 b1646
Пересказ прочитанного рассказа	Инициация выполнения задания; Возможность составления в уме и реализация четкой схемы (плана) повествования	b1641 b1640
Батарея оценки лобной дисфункции (FAB) [18]	Формирование программы; Удержание программы; Тормозный контроль (способность оттормаживать импульсивные реакции)	b1641 b1642 b1304
Сложная фигура Рея (в том числе фигура Тейлор) Complex Figure of Rey (CFR)	Планирование стратегии копирования (логическая или хаотическая)	b1641
Лабиринты Хекхаузена	Планирование; Антиципации	b1641 b1642
Ассоциативные ряды	Когнитивная гибкость/переключаемость; Инициация; Тормозный контроль (способность оттормаживать импульсивные реакции); Способности актуализировать слова по категориям или основаниям	b1643 b1641 b1304 b1640

Stroop Test Тест Струпа	Избирательность внимания; Когнитивная гибкость/переключаемость; Тормозный контроль (способность оттормаживать импульсивные реакции)	b140 b1643 b1304
----------------------------	---	------------------------

### **Критерии качества нейропсихологической диагностики пациентов с нарушениями регуляторных (управляющих) функций 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 допускаяемым 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 регуляторных (управляющих) функций
- Использование соответствующей психологической и нейропсихологической терминологии для описания нарушенных и сохранных звеньев регуляторных (управляющих) функций
- Наличие психологически обоснованного вывода о состоянии регуляторных (управляющих) функций
- Наличие (в случае необходимости) психологически обоснованного вывода о дисфункции соответствующих мозговых зон

### **3. Нейропсихологическая реабилитация пациентов с нарушениями регуляторных (управляющих) функций**

Методологическая и методическая база современной нейропсихологической реабилитации разработана как отечественными, так и зарубежными авторами, среди которых Л.С. Выготский [2, 19], А.Р. Лурия [20, 21, 22], А.Н. Леонтьев [3], Н.А. Бернштейн [23], П.Я. Гальперин [24], Л.С. Цветкова [7, 8, 25, 26, 27], Т.В. Ахутина [28, 29], В.М. Шкловский [30], К. Гольдштейн [31, 32], О. Зангвилл [33], Дж. Пригатиано [34], Й. Бен-Йишай [35], Б. Вилсон [36], Дж. Иванс [36] и др.

Цели нейропсихологической реабилитации пациентов с нарушениями регуляторных (управляющих) функций:

1. Поддержание имеющегося уровня сохранных ВПФ пациента, как “опоры” для восстановления/сохранения (при невозможности восстановления) имеющегося уровня регуляторных (управляющих) функций пациента.
2. Организация окружающей бытовой среды пациента с целью минимизация ограничений в его функционировании из-за имеющихся нарушений регуляторных (управляющих) функций;
3. Восстановление нарушенных составляющих регуляторных (управляющих) функций;
4. Перенос освоенных пациентом в ходе реабилитационной работы способов регуляции деятельности и поведения в условия реальной жизнедеятельности пациента.

Работа с пациентом начинается с того, что клинический психолог помогает пациенту осознать имеющиеся у него нарушения. Этот шаг предполагает необходимое столкновение

пациента с его собственной несостоятельностью под наблюдением медицинского психолога. Для этого пациенту предлагают самостоятельно выполнить задание, с которым, по его мнению, он может справиться. Например, перед ним ставят задачу приготовить еду в эргозоне клиники. Он должен назвать время, за которое он выполнит выбранное им задание и выполнить его самостоятельно. Клинический психолог, находящийся рядом с пациентом, наблюдает за ним и дает ему возможность допускать ошибки. Специалист также фиксирует ошибки пациента в специализированном бланке (также хорошо использовать видеозапись выполнения задания пациентом). Клинический психолог включается в процесс выполнения только в случае опасности для жизни и здоровья пациента или окружающих.

Специалист дает возможность пациенту не выполнить задание до конца или не уложиться в обозначенное пациентом время. Клинический психолог дает пациенту обратную связь и наличие ошибок, невыполнении задания, в том числе, в обозначенные самим пациентом временные рамки. При необходимости алгоритм повторяется несколько раз, чтобы пациент смог понять границы своих новых возможностей и необходимость реабилитационной работы.

Основным методом восстановления регуляторных (управляющих) функций является создание условий в совместной деятельности клинического психолога и пациента, позволяющих пациенту присвоить себе программу действий, которой вначале владеет только психолог [24, 25, 26]:

- вынесение программы вовне (наглядное представление программы);
- пошаговое выполнение действий по речевой инструкции клинического психолога и пошаговый контроль за выполнением со стороны клинического психолога;
- разделение программирования и контроля между клиническим психологом и пациентом, а именно: клинический психолог организует пошаговое выполнение программы и контрольные действия пациента (пациент сличает результат с программой);
- разделение программирования и контроля между клиническим психологом и становится более свернутым, а именно, пациент переходит от пошагового выполнения программы к свернутому;
- самостоятельное выполнение действий по внутренней (интериоризованной) программе с возвращением к наглядной программе при затруднениях;
- самостоятельное выполнение действий по внутренней программе и контроль за ее выполнением или перенос программы на новый материал.

В когнитивно-бихевиоральной традиции, для реабилитации пациентов с нарушениями регуляторных (управляющих) функций применяются различные виды тренировок и тренингов.

Burgess и Alderman [37] предлагают, в частности, следующие виды занятий:

1. Тренировки произвольного внимания, самонаблюдения и самоконтроля;
2. Тренинг решения проблем;

### 3. Тренинг планирования и постановки целей.

#### Тренировки произвольного внимания, самонаблюдения и самоконтроля.

Пациенту предлагают задания на произвольную концентрацию, поддержание и переключение внимания, что является непременным условием перехода к более сложным тренировкам навыков планирования и решения проблем.

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

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

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

- Рекомендуется проводить тренировки навыков самонаблюдения.

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

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

*Вспомогательные приемы:*

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

- Рекомендуется проводить тренировку самоконтроля.

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

**Комментарии:** Этот уровень требует от пациента не только понимания своего неверного поведения, но и контроля, регуляции поведения в виде торможения ошибочных, импульсивных и несдержанных реакций.

*Вспомогательные приемы:*

1. На этом этапе, когда пациент уже понимает и согласен с тем, что не всегда может правильно регулировать и контролировать свое поведение, медицинский психолог



вмешивается в процесс выполнения больным задания и дает подсказку каждый раз, когда пациент совершает, но не фиксирует свое неадекватное действие;

2. Пациент мотивируется каким-либо вознаграждением на увеличение количества правильно проконтролированных реакций, до того осуществлявшихся ошибочным или нежелательным образом;
3. Затем происходит этап отработки, тренировки навыка замечать и контролировать свои нежелательные реакции без подсказки со стороны медицинского психолога;
4. Проверкой служит самостоятельное, безошибочное выполнение задания, действия до полного исключения нежелательного поведения при выполнении этого действия.

#### Тренинг решения проблем.

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

**Комментарии:** Суть этого тренинга заключается в выполнении самостоятельных упражнений по отработке отдельных компонентов процесса решения проблем: выделение основной идеи, креативное мышление, оценка адекватности информации, планирование и так далее. Так, первый тип упражнений заключается в том, что на примерах различных проблем пациента обучают задавать себе такие вопросы, которые помогают распознать суть этих проблем. Другой тип упражнений включает разделение сложной проблемы на ее отдельные смысловые части. Используется также обучение различным стратегиям решения проблем, например, глобальной (холистической) стратегии и стратегии сканирования. Глобальная стратегия предполагает оценку и реализацию какого-либо способа решения проблемы, выбранного с учетом всей имеющейся у больной информации. Стратегия сканирования предполагает последовательное, пошаговое решение проблемы с использованием лишь той части информации, которая доступна на данном этапе [37].

Обучение решению конкретной проблемы целесообразно проводить по следующей схеме:

1. Идентификация проблемы («Вкратце, в чем суть проблемы?»);
2. Определение цели («Чего вы добьетесь, решив проблему?»);
3. Получение релевантной информации («Что необходимо знать для того, чтобы решить проблему?»);
4. Выработка возможных путей решения («Что можно сделать для того, чтобы решить проблему?»);
5. Оценка предложенных решений («Что хорошего и плохого содержится в каждой из этих возможностей?», «Что случится, если я сделаю это?»). Учитываются затраты времени, собственные силы, возможности и желание совершить задуманное, опыт и успешность подобных действий в прошлом, ожидаемый эффект для себя и окружающих;
6. Принятие окончательного решения («Что разумнее всего предпринять?»);
7. Составление плана («Какова схема действий для достижения цели?»);

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

В зависимости от характера обсуждаемых проблем и формы занятий, выделяют следующие формы тренинга [38, 39]:

1. Обсуждение жизненных проблем пациентов;
2. Работа с видеозаписями проблемных ситуаций;
3. Решение проблем, заимствованных из печати;
4. Решение смоделированных ситуационных проблем.

Проработка проблем больных с органическим поражением головного мозга проводится в группах численностью от 4 до 6 человек. Обсуждаются ситуации, требующие неотложной помощи, бытовые трудности, сложности при посещении магазинов и так далее. Клинический 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 тренинге решению проблем принципиальная последовательность действий психолога та же. Он вначале сопровождает пациента на протяжении всего процесса выработки решения, затем делает подсказки лишь по мере необходимости и, наконец, предоставляет пациенту полную независимость и возможность решать проблему самостоятельно.

#### Тренинг планирования и постановки целей.

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

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

Он включает:

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

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

Обсуждение целесообразно строить на анализе ситуаций. Например, пациенту 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.*

*Пациентов также просят записывать то, что они сделали за прошедшее между занятиями время для достижения намеченных целей. Это задание важно, так как пациенты нередко успешно ставят задачи, но не приступают к их реализации.*

*Каждый пациент 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 пациентом или отвергать поставленные им цели.*

### **Критерии качества нейропсихологической реабилитации пациентов с нарушениями регуляторных (управляющих) функций при повреждениях головного мозга.**

- Наличие ВКБ, адекватной нарушениям регуляторных (управляющих) функций, и возможности/необходимости их восстановления
- Наличие комплаенса по отношению к реабилитационным мероприятиям. Снижение проявлений нарушений регуляторных (управляющих) функций в одном или нескольких видах деятельности, действий или операций (в зависимости от поставленных реабилитационных целей)
- Снижение проявлений нарушений регуляторных (управляющих) функций 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. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М.: Издательство Московского университета, 1973; 374 с.
6. Хомская Е.Д. Нейропсихология: Учебник. Издание второе, дополненное. М.: УМК «Психология», 2002. 416 с.
7. Цветкова Л.С. Проблемы афазии и восстановительного обучения. – М.: Изд-во МГУ, 1979. 162 с.
8. 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.
9. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. изд., доп. и перераб. – Л.: Медицина: Ленингр. отд-ние, 1985. 216 с.
10. Глозман Ж.М. Социальная реабилитация нейрохирургических больных: проблема и методики оценки. Вестник Моск. ун-та. Серия 14. Психология. 1990. №1. С. 13-24.
11. Лобные доли и регуляция психических процессов. Нейропсихологические исследования. / Под ред. А.Р. Лурия и Е.Д. Хомской. – М.: Издательство Московского университета, 1966. 740 с.
12. Голдберг Э. Управляющий мозг. Лобные доли, лидерство и цивилизация. – М.: Смысл, 2003. 335 с.
13. Григорьева В.Н., Ковязина М.С., Тхостов А.Ш. Когнитивная нейрореабилитация больных с очаговыми поражениями головного мозга. – УМК Психология, Московский психолого-социальный институт, 2006. 256 с.
14. Stuss D.T., Benson D.F. The Frontal lobes. - NY, Raven Press, 1986.
15. Stuss D.T. Biological and psychological development of executive functions // Brain and cognition. 1992. Vol. 20. P. 8-23.
16. Pribram K. The Far Frontal Cortex as Executive Processor: Proprieties and Practical Interference // Downward Processes in the Perception Representation Mechanisms / C. Taddei-Ferretti and C. Musio (eds.). - Istituto Italiano per Gli Studi Filosofici Series on Biophysics and Biocybernetics, 1998. V.6. Biocybernetics. P. 546-578.

17. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (Краткая версия). Всемирная Организация Здравоохранения. Изд-во: Спб институт усовершенствования врачей, 2001. 223 с.
18. Захаров В. В., Яхно Н. Н. Когнитивные расстройства в пожилом и старческом возрасте. Методическое пособие для врачей. – М., 2005. 71 с.
19. Выготский Л.С. Психология и учение о локализации психических функций. Собр. соч. – М.: Педагогика, 1982; №1: с. 168-174.
20. Лурия А.Р. Травматическая афазия. – М.: Издательство Академии Медицинских Наук СССР, 1947. 367 с.
21. Лурия А.Р. Восстановление функций мозга после военной травмы. – М.: Издательство Академии Медицинских Наук СССР, 1948. 236 с.
22. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. – М.: МГУ, 1962. 431 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. Цветкова Л.С. Нейропсихологическая реабилитация больных. – М.: Изд-во МГУ, 1985. 263 с.
26. Цветкова Л.С. Мозг и интеллект. Нарушение и восстановление интеллектуальной деятельности. – М.: Просвещение, 1995. 304 с.
27. Лурия А.Р., Цветкова Л.С. Нейропсихологический анализ решения задач. – М.: МПСИ, Модэк, 2010. 368 с.
28. Ахутина Т.В. Нейролингвистический анализ динамической афазии. – М.: Изд-во МГУ, 1975. 143 с.
29. Ахутина Т.В., Пылаева Н.М. Преодоление трудностей учения: нейропсихологический подход. – СПб.: Питер, 2008. 320 с.
30. Шкловский В.М., Визель Т.Г. Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии. – М.: «Ассоциация дефектологов», 2000. 96 с.
31. Goldstein K. The organism: A holistic approach to biology derived from pathological data in man. New York: Zone Books /MIT Press, 1934 /1995.
32. Goldstein K., Scheerer M. Abstract and Concrete Behavior: An Experimental Study With Special Tests. In: Psychological Monographs, ed. by John F. Dashell. 1941. V. 53, No. 2. P. i-151.
33. Zangwill O.L. Psychological aspects of rehabilitation in cases of brain injury. British Journal of Psychology. 1947. V. 37, No. 2. P. 60-69.
34. Prigatano G.P. Principles of neuropsychological rehabilitation. New York, NY: Oxford University Press, 1999. 356 p.

35. 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.

36. 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.

37. Burgess P.W., Alderman N., Forbes C., Costello F., Coates Laure M.A., Deirdre R.D., Anderson N.D., Gilbert S.J., Dumonthei I.I., Channon S. The case for the development and use of “ecologically valid” measures of executive function in experimental and clinical neuropsychology. Journal of the international neuropsychological society. Cambridge University Press, 2006; № 12 (2): 194-209.

38. 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. 162 p.

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

40. Eccles M., Clapp Z., Grimshaw J., Adams P.S., Higgins B., Purves I., Russell I. North of England evidence based guidelines development project: methods of guidelines development. British Medical Journal. 1996. V. 312. P. 760-762.

## 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-п, диплом II степени "Лучшее издание по медицине".
7. Микадзе Ю.В., д. психол. н., профессор, член РПО, European Federation of Psychologists Associations, премия Конкурса работ, способствующих решению задач Программы развития МГУ за достижения в преподавании и методической работе, юбилейный нагрудный знак "250 лет МГУ им. М.В. Ломоносова", Заслуженный профессор, награда в память 850-летия Москвы.
8. Скворцов А.А. кандидат психологических наук, представителем профессиональных ассоциаций не является.

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

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.



## Приложение А2. Методология разработки методических рекомендаций

Целевая аудитория данных методических рекомендаций:

Медицинский психолог.

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

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

Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств:

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

Глубина поиска составила 10 лет.

Методы, использованные для оценки качества доказательств:

- Консенсус экспертов.

Методы, использованные для формулировки рекомендаций:

- Консенсус экспертов.

Экономический анализ:

- Анализ стоимости не проводился.

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

**Табл. 5. Рейтинговая схема для оценки уровня достоверности доказательств [40].**

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

**Табл. 6. Рейтинговая схема для оценки уровня убедительности рекомендаций [40].**

Уровни убедительности	Описание
A	Непосредственно базируется на уровне I достоверности
B	Непосредственно базируется на уровне II достоверности или экстраполируется от уровня I достоверности
C	Непосредственно базируется на уровне III достоверности или экстраполируется от уровня II достоверности

Описание методов валидации рекомендаций:

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

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

#### Порядок обновления методических рекомендаций:

Последние изменения в настоящих рекомендациях были вынесены на обсуждение в предварительной версии на XI Международном конгрессе «Нейрореабилитация-2019» (15 марта, 2019 года). Предварительная версия методических рекомендаций была опубликована на сайте [www.expdata.ru](http://www.expdata.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.psyrus.ru/>

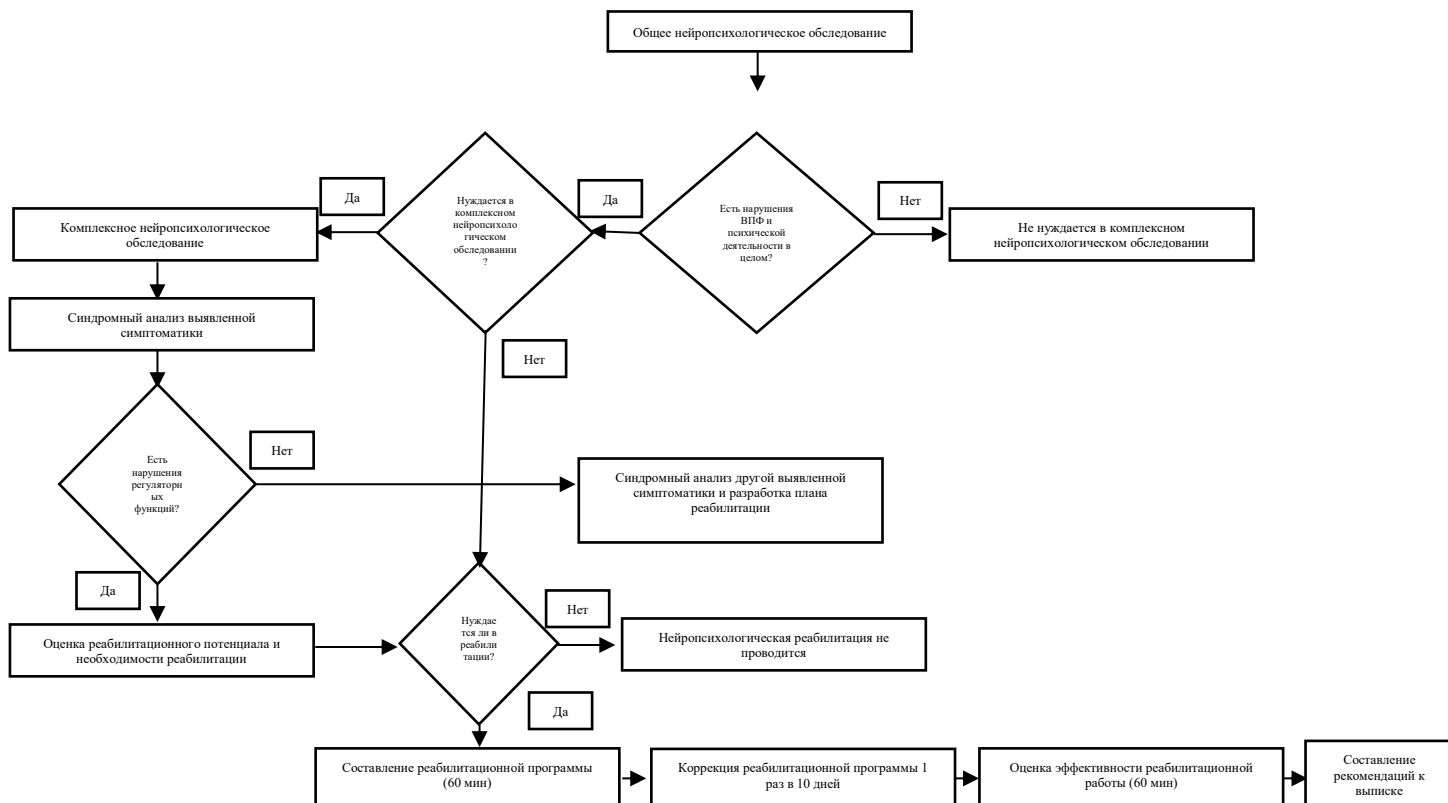
Проект рекомендаций был рецензирован также независимыми экспертами, которых просили оценить, прежде всего, доходчивость изложенного материала, точность интерпретации доказательной базы, лежащей в основе рекомендаций, исполнимость положений и рекомендаций.

## **Приложение А3. Связанные документы**

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

1. Нейропсихологическая диагностика и реабилитация пациентов с грубыми нарушениями памяти при повреждениях головного мозга: [http://psyrus.ru/med\\_psy/klinicheskie-rekomendatsii/](http://psyrus.ru/med_psy/klinicheskie-rekomendatsii/)
2. Нейропсихологическая диагностика и реабилитация пациентов с нарушениями мышления при повреждениях головного мозга: [http://psyrus.ru/med\\_psy/klinicheskie-rekomendatsii/](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/](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/](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).