

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

**НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ
ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ МЫШЛЕНИЯ 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 12

2. Нейропсихологическая диагностика пациентов с нарушениями мышления 35

3. Нейропсихологическая реабилитация пациентов с нарушениями мышления 42

Критерии оценки качества психологической помощи 56

Список литературы 60

Приложение А1. Состав Рабочей группы 60

Приложение А2. Методология разработки методических рекомендаций 67

Приложение А3. Связанные документы 71

Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента 72

Приложение В. Информация для пациента 73

Ключевые слова

Клиническая психология, нейропсихология, нейропсихологические нарушения мыслительной деятельности, 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 сферу профессиональной деятельности которого входит психологическая диагностика и реабилитация при нарушениях когнитивных и эмоциональных процессов.

Мышление – это опосредованное – основанное на раскрытии связей, отношений, опосредствований – и обобщенное познание объективной реальности, которое часто развертывается как процесс решения задачи, в которой выделяются условия и требования [4, 5].

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 [6].

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].

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

По мнению А.Р. Лурии, мышление является сложной формой психической деятельности, возникающей, когда задача требует предварительного анализа и синтеза ситуации и нахождения специальных вспомогательных операций, с помощью которых она может быть разрешена [5].

Мышление не сводится к использованию уже готовых знаний, а является продуктивным процессом, способным приводить к новым знаниям. Процесс мышления осуществляется с помощью мыслительных операций — анализа, синтеза, сравнения, обобщения и абстрагирования. Таким образом, мышление – это процесс решения задач, которые могут различаться по своему содержанию.

Также, мышление определяется «как скрытая когнитивная ... переработка идей, образов, символов, слов, предложений, следов памяти, понятий, перцептов, верований или убеждений ..., охватывающая все виды ментальной активности, связанной с формированием понятий, решением проблем, интеллектуальным функционированием, креативностью, сложным научением, памятью, символической переработкой, воображением» [11].

Абстрагирование – (в логике) мысленное выделение, вычленение некоторых элементов конкретного множества и их отвлечение от прочих элементов данного множества.

Анализ – рассмотрение, изучение чего-либо, основанное на расчленении (мысленном, а также часто и реальном) предмета, явления на составные части, определении входящих в целое элементов, разборе свойств какого-либо предмета или явления.

Конкретизация – процесс восстановления в мышлении объективной целостности, существующей через связи единичных вещей [12].

Синтез – соединение различных элементов, сторон объекта в единое целое (систему), которое осуществляется как в практической деятельности, так и в процессе познания. В этом значении термин «синтез» противопоставляется анализу, с которым он неразрывно связан [12].

Обобщение – одна из основных характеристик познавательных процессов, состоящая в выделении и фиксации относительно устойчивых, инвариантных свойств предметов и их отношений [12].

Сравнение – это сопоставление предметов и явлений с целью нахождения сходств и различий между ними [13].

Классификация – логическая операция деления родового понятия на виды, подвиды по единому основанию [14].

В психологической структуре мыслительной деятельности можно выделить ряд компонентов: *цель*, которая сохранялась бы в течение всей деятельности; *предварительная ориентировка в условиях задачи* (необходимо, чтобы все импульсивные попытки ответа на поставленную задачу тормозились); *гипотеза* и далее *схемы действия* (которые повышают вероятность возникновения существенных и торможение побочных связей и придают дальнейшему процессу избирательный характер); правильные *операции*; *контроль* (на каждом этапе мыслительного процесса получаемые результаты должны сличаться с исходными условиями задачи, чтобы возникающие побочные связи тормозились, а адекватные решения корректировались [5] .

В соответствии с этим в процессе выполнения методик, направленных на диагностику мышления, удобным является выделение ряда последовательных этапов:

- формирование и удержание цели решать мыслительную задачу (инициация процесса мышления);
- сбор информации об условиях, в которых дана мыслительная задача;
- выдвижение гипотезы решения задачи;
- формирование плана решения;
- выбор адекватных способов и средств решения;
- реализация необходимых мыслительных операций;
- контроль и коррекция промежуточных и конечного результатов на основании сличения полученных результатов решения с условиями задачи и гипотезой.

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 мышления и других ВПФ;
- Умение формировать индивидуальные программы когнитивной реабилитации;

¹ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 23 июля 2010 г. N 541н г. Москвы «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 декабря 2012 г. N 1705н «О порядке организации медицинской реабилитации» (зарегистрирован 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 мышления при поражениях головного мозга.

| Наименование | Частота | Оптимальное число занятий³ |
|---|----------------|--|
| Специальное нейропсихологическое обследование | 1 раз за курс | Нет данных |

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

| | | |
|--|-------------------|------------|
| 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 |
| Нейропсихологическая реабилитация | 3-5 раз в неделю | 7 |
| Обучение родственников пациента тактике и методам восстановления когнитивных функций пациентов | 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 мышления встречаются при заболеваниях головного мозга различной этиологии.

1.3 Эпидемиология

Расстройства мышления являются одними из наиболее часто встречающихся нарушений когнитивных функций при поражениях головного мозга различной этиологии. Они не всегда своевременно выявляются и правильно диагностируются, что приводит к нарушению адаптации 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 (C70):

C70.0 - Оболочек головного мозга;

C70.9 - 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+), 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: 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 (T36-T50):

T36 - 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 парацитовидной 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);

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

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

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

Исключено: метараминолом (Т44.4);

Т47 - Отравление препаратами, действующими преимущественно на органы пищеварения;

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 рекомендации, отражены в табл.2.

Табл. 2. Модель пациента (характеристики пациента, этапы диагностики и реабилитации⁴ и их виды согласно МКФ [15]).

| Обязательная составляющая модели пациента | Описание составляющей модели пациента |
|--|---|
| Клиническая ситуация | Не прогрессирующие состояния после повреждения головного мозга различной этиологии |
| Исключаются группы заболеваний согласно МКБ-10 | Деменция, любые прогрессирующие заболевания головного мозга |
| Домены МКФ, связанные с диагностикой мышления | b160 - функции мышления; b164 - познавательные функции высокого уровня; d3152 - восприятие рисунков и фотографий при общении; Все домены d (1-9) |
| Домены МКФ, связанные с реабилитацией пациентов с нарушениями мышления | b160 - функции мышления; b164 - познавательные функции высокого уровня; |

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).

| | |
|--|--|
| | d3152 - восприятие рисунков и фотографий при общении; Все домены d (1-9), d163, d175, d177, d310 |
| Определитель кода МКФ, отмечающий величину уровня здоровья | xxx.1 - легкие проблемы; xxx.2 - умеренные проблемы |
| Этапы реабилитации (Приказ МЗ РФ № 1705Н от 29.12.2012) | 2, 3 этапы |
| Возраст пациента | 18-80 лет |

2. Нейropsychологическая диагностика пациентов с нарушениями мышления

2.1. Жалобы и анамнез

При проведении нейropsychологической диагностики пациентов с нарушениями мышления, клинический психолог сталкивается с жалобами такого рода, как “медленно соображаю”, “не могу сразу понять, что говорят и что нужно сделать”, “не могу понять, что от меня хотят”, “пустота в голове”, “мысли не текут”, “не знаю с чего начать”, “мысль застывает...не вяжется” и др. Возможно, что пациент не предъявляет жалоб на нарушения мышления, а жалуется, например, на нарушения памяти, внимания или настроения.

Главное при сборе психологического анамнеза (при беседе с пациентом и его родственниками) выявить преморбидный уровень сформированности мыслительных действий и операций и интерпретировать результаты, полученные в ходе специального нейropsychологического обследования, с учетом этого уровня.

2.2. Иная диагностика

Различные по локализации поражения мозга могут вызвать совершенно неодинаковые формы нарушений мышления [5, 16, 17].

Цели нейropsychологической диагностики пациентов с нарушениями мышления:

1. Проведение специального нейropsychологического обследования, направленного на углубленное исследование мышления;
2. Выявление структуры и степени выраженности нарушений мышления;
3. Количественная оценка (по возможности) степени нарушения мышления;

4. Оценка компенсаторного ресурса в виде сохранных компонентов мышления 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 мышления.

При описании в нейропсихологическом заключении нарушений мышления отражается способность пациента:

1. к формированию и удержанию цели решать мыслительную задачу;
2. собирать информацию об условиях, в которых дана мыслительная задача;
3. выдвигать гипотезы решения задачи;
4. формировать план решения;
5. выбирать адекватные способы и средства решения;
6. реализовывать необходимые мыслительные операции;
7. контролировать и корректировать промежуточные и конечный результаты на основании сличения полученных результатов решения с условиями задачи и гипотезой.

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 клинико-психологические методики исследования нарушений мышления, направленные на оценку различных составляющих мыслительной деятельности (в том числе согласно рубрикатору МКФ), представлены в табл. 3.

Табл. 3. Таблица методик и тестов для диагностики нарушений мышления при повреждениях головного мозга и их соотношение с МКФ [15].

| Тесты, пробы (название) | Оцениваемые параметры | Код по МКФ |
|-------------------------|-----------------------|------------|
| | | |

| | | |
|--|--|---------------------------|
| Понимание сюжетных картинок | Оценивает уровень обобщения, оценка различных вариантов выполнения задания | b1645 |
| Понимание картин с конфликтным смыслом | Оценивает способности к идентификации и анализу, нахождению противоречий | b1645, b1646 |
| Понимание переносного смысла метафор, пословиц | Оценивает уровень обобщения, способность к абстрагированию | b1640,d310 |
| Дать определение понятиям | Оценивает уровень обобщения, способность к абстрагированию | b1640 |
| Сравнение понятий | Оценивает уровень обобщения, способность к абстрагированию, оценка различных вариантов выполнения задания | b1640, b1645 |
| Установление отношений | Оценивает способности к идентификации и анализу, к решению проблем | b1645, b1646 |
| Вербальные аналогии | Оценивает уровень обобщения, способности к абстрагированию и вынесению суждений, оценка различных вариантов выполнения задания | b1645, b1646, b1640 |
| Исключение лишнего | Оценивает уровень обобщения, способность к абстрагированию | b1640 |
| Поиск существенных признаков | Оценивает способности к решению проблем, поиску информации, анализу, оценивает уровень обобщения | b1640, b1645, b1646 |

| | | |
|---|---|---------------------------|
| Решение задач | Оценивает способности к ориентированию в условиях задачи, установлению последовательности действий решения, анализу условий и поиска информации для реализации найденного решения | b1640, b1645, b1646 |
| Стандартные прогрессивные матрицы Равена | Оценивает способности к анализу, сравнению различных вариантов решения задачи, идентификации, нахождению решения, абстрагированию | b1640, b1645, b1646 |
| Тест «Продолжение последовательности» | Оценивает способность к абстрагированию | b1640 |
| Субтест «Последовательности картинок» из теста на интеллект Векслера (для взрослых) | Оценивает способности к управлению временем, анализу, ориентированию в задаче, антиципации | b1645, b1646 |
| Субтест «Нахождение сходства» из теста на интеллект Векслера (для взрослых) | Оценивает способность к абстрагированию | b1640 |
| Субтест «Мозаика» из теста на интеллект Векслера (для взрослых) | Оценивает способности к анализу информации, оценке различных вариантов решения задачи | b1645, b1646 |

| | | |
|--|--|---------------------------|
| Висконсинский тест сортировки карточек | Оценивает способности к стратегическому планированию, целенаправленному поиску, использованию обратной связи от окружения и изменению когнитивной установки, а также изменению поведения по отношению к достижению цели и модулированию импульсивных реакций | b1640, b1645, b1646 |
|--|--|---------------------------|

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

3. Нейропсихологическая реабилитация пациентов с нарушениями мышления.

Методологическая и методическая база современной нейропсихологической реабилитации разработана как отечественными, так и зарубежными авторами, среди которых Л.С. Выготский [2, 18], А.Р. Лурия [5, 19, 20], А.Н. Леонтьев [3], Н.А. Бернштейн [21], П.Я. Гальперин [22], А.В. Запорожец [23], Л.С. Цветкова [7, 16, 17, 24], Т.В. Ахутина [25], В.М. Шкловский [26], К. Гольдштейн [27, 28], О. Зангвилл [29], Дж. Пригатано [30], Й. Бен-Йишай [31], Б. Вилсон [32], Дж. Иванс [32] и др.

Цели нейропсихологической реабилитации пациентов с нарушениями мышления:

1. Поддержание имеющегося уровня сохранных ВПФ пациента, как “опоры” для восстановления/сохранения (при невозможности восстановления) имеющегося уровня нарушенной мыслительной деятельности пациента.
2. Организация окружающей бытовой среды пациента с целью минимизация ограничений в его функционировании из-за имеющихся нарушений мыслительной деятельности;
3. Восстановление нарушенных механизмов мыслительных процессов;
4. Перенос освоенных в ходе реабилитационной работы способов решения задач в условия реальной жизнедеятельности пациента.

В реабилитационной практике показали свою эффективность следующие направления работы [33, 34, 35]:

Организация динамики мыслительных процессов.

1. Организация “продуктивного развертывания мысли”. Для преодоления этого дефекта мыслительной деятельности необходимо составление плана, отчетливой схемы выполнения задания:

- прием, связанный с созданием “картотеки -плана”, то есть фиксация отдельных кусочков повествования, а затем размещение этих кусочков в нужной последовательности.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - III) (Приложение 2. таб. 6, 7).

Комментарии: *Пациента просят сначала обозначить на отдельных бумажках мысли, приходящие к нему в голову и связанные с заданием, а потом просят расположить эти бумажки в нужном порядке. Пациент как-бы “манипулирует” своими мыслями в наглядном поле.*

Организация операциональной стороны мышления.

1. Восстановление навыков сравнения, абстрагирования, обобщения, формирования суждений и умозаключений.

- задания по классификации /сортировке.

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

Комментарии: *Пациента просят объединить в группы предметы или картинки с изображениями геометрических фигур, предметов, животных или обозначающих их слов. Одновременно требуется объяснить принципы категоризации и обосновать отнесение каждого объекта к той или иной группе.*

Начинают упражнение по классификации / сортировке с небольшого числа объектов и одного основания (признака) для классификации.

- задания на выделение общего признака.

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

Комментарии: *Пациента просят выделить из ряда объектов те, которые отличаются общим признаком. Например, пациенту предъявляют картинки с изображениями бутылки, кувшина, книги, стакана, чашки, вазы, стула, цветка и предлагают объединить в группу предметы, в которых можно держать воду.*

- задания на поиск сходств и различий.

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

Комментарии: *Пациенту предоставляют парные объекты, для которых требуется найти сходства и различия.*

- задания на подбор объектов (или их название) по функциональному, категориальному, наглядному принципу.

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

Комментарии: *Например, пациента просят назвать вещи, которые он возьмет с собой в магазин или на прогулку.*

- задания на исключение лишнего.

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

Комментарии: *Пациента просят исключить из группы понятий одно, не подходящее к оставшимся по тому или иному основанию и объяснить свое решение.*

- задания на объяснение очевидных фактов.

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

Комментарии: *Пациенту предлагают объяснить элементарные бытовые действия (зачем человек берет с собой зонтик, выходя на улицу в непогоду, зачем он снимает обувь, идя купаться и так далее).*

- задания на составление рассказа по сюжетным картинкам.

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

Комментарии: Пациенту предлагают сочинить рассказ, посмотрев на последовательный ряд картинок, передающих определенный сюжет. Требуется указать причинно-следственные связи изображенных событий и дать прогноз дальнейшему ходу событий.

- задания на завершение незаконченного рассказа.

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

Комментарии: Пациента просят придумать финал пересказанной ему истории, исходя из логики повествования.

- задания на объяснение главной идеи повествования в том числе и с опорой на ключевые слова.

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

Комментарии: Пациенту предлагают дать объяснение основной мысли прочитанного ему рассказа. При чтении рассказа пациента просят выделять ключевые слова, указывающие на его основной смысл.

- задания на установление факта.

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

Комментарии: Пациента просят выяснить какой-либо факт, задавая собеседнику ряд «закрытых» вопросов (требующих ответов по типу да/нет). Например, предлагают установить, какой предмет спрятан в коробке. Пациента обучают не перечислять все возможные названия наугад, а планомерно выяснять принадлежность предмета сначала к общим, а затем к частным категориям.

2. Восстановление стратегии и способов структурирования информации;

- задания по тренировке навыков анализа сообщений.

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

Комментарии: пациента просят выделять в информации основную идею (тему) и детали. Для систематизации деталей авторы рекомендуют пациенту задавать себе вопросы: «Как?», «Кто?», «Что?», «Где?», «Когда?», «Почему?». Восстановлению этого навыка способствуют задания, включающие слушание или чтение какого-либо сообщения с выделением в нем перечисленных информационных компонентов. Требования к пациенту постепенно возрастают. Вначале его просят указать лишь основную тему сообщения, затем указать тему и ответить на вопрос, кто участвует в описываемом событии. При последующем анализе информации вводятся и все остальные вопросы.

Для этого можно использовать зрительную «опору» в виде «солнечной диаграммы», включающей всевозможные вопросительные слова (рис.1).

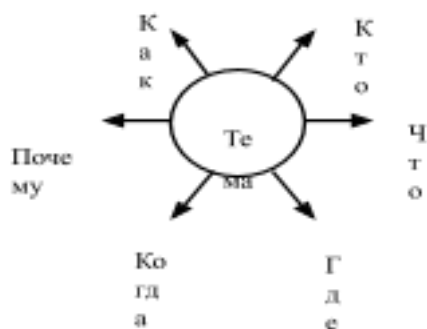


Рис. 1. «Солнечная диаграмма».

Организация регуляторной стороны мышления.

Регуляторная составляющая мышления входит в регуляторные (управляющие) функции (см. Клинические рекомендации «Нейропсихологическая диагностика и реабилитация пациентов с нарушениями регуляторных (управляющих) функций при поражениях головного мозга различной этиологии»).

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

- Наличие ВКБ, адекватной нарушениям мышления, и возможности/необходимости их восстановления

- Наличие комплаенса по отношению к реабилитационным мероприятиям. Снижение проявлений нарушений мышления в одном или нескольких видах деятельности, действий или операций (в зависимости от поставленных реабилитационных целей)
- Снижение проявлений нарушений мышления 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. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. – Санкт-Петербург: Питер, 2015. 705 с.
5. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. – М.: МГУ, 1962. 431 с.
6. 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.
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. Reber A. S., Allen R., Reber E. S. Penguin dictionary of Psychology. 4th Ed. London: Penguin Books, Ltd, 2009. 928 p.
12. Мещеряков Б. Г., Зинченко В. П. Большой психологический словарь. – СПб.: Прайм Еврознак, 2006. 672 с.

13. Дубровина И. В., Данилова Е. Е., Прихожан А. М. Психология: Учебник для студ. сред. пед. учеб. заведений. – М.: Академия, 1999. 464 с.
14. Солодухин О.А. Логика. Серия «Учебники, учебные пособия». – Ростов н/Д: Феникс, 2000. 384 с.
15. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (Краткая версия). Всемирная Организация Здравоохранения. Изд-во: Спб институт усовершенствования врачей, 2001. 223 с.
16. Цветкова Л.С. Нейропсихологическая реабилитация больных. – М.: Изд-во МГУ, 1985. 263 с.
17. Цветкова Л.С. Мозг и интеллект. Нарушение и восстановление интеллектуальной деятельности. – М.: Просвещение, 1995. 304 с.
18. Выготский Л.С. Психология и учение о локализации психических функций. Собр. соч. – М.: Педагогика, 1982; №1: с. 168-174.
19. Лурия А.Р. Травматическая афазия. – М.: Издательство Академии Медицинских Наук СССР, 1947. 367 с.
20. Лурия А.Р. Восстановление функций мозга после военной травмы. – М.: Издательство Академии Медицинских Наук СССР, 1948. 236 с.
21. Бернштейн Н.А. О построении движений. – Москва, 1947. 253 с.
22. Гальперин П.Я. Введение в психологию. – М.: Университет, 2000. 336 с.
23. Леонтьев А. Н., Запорожец А. В. Восстановление движений. Исследование восстановления функций руки после ранения. – М., 1945. 231 с.
24. Лурия А.Р., Цветкова Л.С. Нейропсихологический анализ решения задач. – М.: МПСИ, Модэк, 2010. 368 с.
25. Ахутина Т.В. Нейролингвистический анализ динамической афазии. – М.: Изд-во МГУ, 1975. 143 с.
26. Шкловский В.М., Визель Т.Г. Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии. – М.: «Ассоциация дефектологов», 2000. 96 с.
27. Goldstein K. The organism: A holistic approach to biology derived from pathological data in man. New York: Zone Books /MIT Press, 1934 /1995.
28. 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.
29. Zangwill O.L. Psychological aspects of rehabilitation in cases of brain injury. British Journal of Psychology. 1947. V. 37, No. 2. P. 60-69.
30. Prigatano G.P. Principles of neuropsychological rehabilitation. New York, NY: Oxford University Press, 1999. 356 p.

31. 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.
32. 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.
33. 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.
34. Neuropsychological Rehabilitation. The International Handbook/ Ed. by Barbara A. Wilson J., Winegardner C.M., van Heugten and Tamara Ownsworth. London and New York: Routledge, 2017. 604 p.
35. Haarbauer-Krupa J., Henry K., Szekeres S.F., Ylvisaker M. Cognitive rehabilitation therapy: Late stages of recovery. In M. Ylvisaker (Ed.). Head injury rehabilitation: Children and adolescents. San-Diego, CA: College – Hill Press, 1985. P. 311-346.
36. 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. Казымаев С.А., клинический психолог ФГАУ Лечебно-реабилитационного центра Минздрава РФ. Не является представителем профессиональных ассоциаций.

7. 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".

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.

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. 6 и табл. 7.

Табл. 6. Рейтинговая схема для оценки уровня достоверности доказательств [36].

| 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. 7. Рейтинговая схема для оценки уровня убедительности рекомендаций [36].

| 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.expodata.ru для того, чтобы лица, не участвующие в конгрессе, имели возможность принять участие в обсуждении и их дальнейшем совершенствовании.

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

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

Приложение А3. Связанные документы

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

Нейропсихологическая диагностика и реабилитация пациентов с грубыми нарушениями памяти при повреждениях головного мозга:

http://psyrus.ru/med_psy/klinicheskie-rekomendatsii/

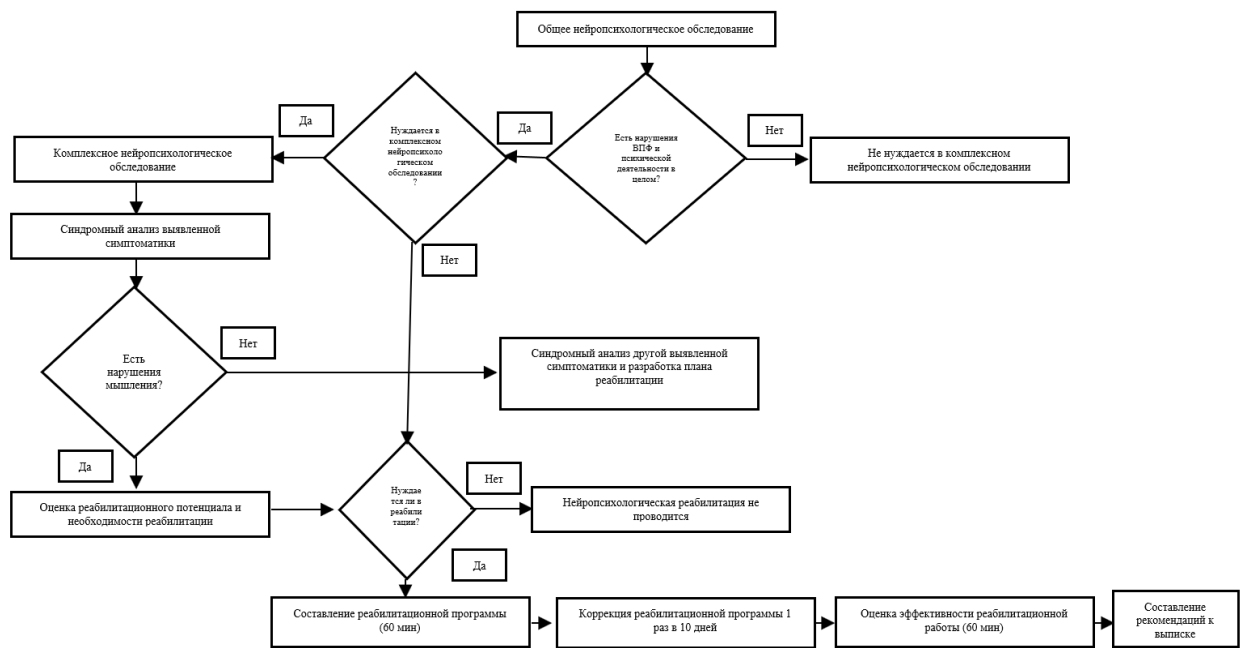
Нейропсихологическая диагностика и реабилитация пациентов с нарушениями регуляторных функций при повреждениях головного мозга:

http://psyrus.ru/med_psy/klinicheskie-rekomendatsii/

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

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).