

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

**НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ
ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ СОЗНАНИЯ ПОСЛЕ
ПОВРЕЖДЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

Москва 2015

Рабочая группа по подготовке текста рекомендаций

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

Научное редактирование: Ахутина Т.В., Микадзе Ю.В.

Утверждено:

Главный внештатный специалист по медицинской психологии МЗ РФ
Ю.П.Зинченко

Профильная комиссия по медицинской реабилитации Экспертного
Совета МЗ РФ

Председатель Г.Е. Иванова

ПРЕДИСЛОВИЕ	4 – 5
ВВЕДЕНИЕ	5-8
МАРШРУТНАЯ КАРТА НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА	9
МЕТОДОЛОГИЯ	10 -11
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ. АНАТОМИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ (ВПФ)	11 - 14
ОПРЕДЕЛЕНИЕ, КЛАССИФИКАЦИЯ И ВИДЫ НАРУШЕНИЙ СОЗНАНИЯ. ПРИЧИНЫ СНИЖЕНИЯ УРОВНЯ СОЗНАНИЯ	14 - 19
КЛИНИЧЕСКАЯ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ СО СНИЖЕНИЕМ УРОВНЯ СОЗНАНИЯ	19 - 22
ИНСТРУМЕНТАРИЙ ДИАГНОСТИКИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ НЕДОСТУПНЫХ ВЕРБАЛЬНОМУ КОНТАКТУ/С НИЗКИМ УРОВНЕМ ПРОИЗВОЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ/МНОЖЕСТВЕННЫМИ ПЕРВИЧНЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ СИСТЕМ ОРГАНИЗМА	22 - 24
ОЦЕНКА ПАЦИЕНТОВ В СОСТОЯНИИ АМНЕСТИЧЕСКОЙ СПУТАННОСТИ	24
РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ В СНИЖЕННЫХ СОСТОЯНИЯХ СОЗНАНИЯ	25 - 27
НЕДОПУСТИМЫЕ ДЕЙСТВИЯ ПРИ НАРУШЕНИИ СОЗНАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ МОЗГА	27 - 28
ПРОФИЛАКТИКА	28
ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ И ИХ РОДСТВЕННИКОВ	28-29
ЛИТЕРАТУРА	29 - 34
ПРИЛОЖЕНИЕ 1	35
ПРИЛОЖЕНИЕ 2	36 - 37
ПРИЛОЖЕНИЕ 3	38 - 44
ПРИЛОЖЕНИЕ 4 ОСНОВНЫЕ ПРАВОВЫЕ ВОПРОСЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПСИХОЛОГА В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ	45 - 49
ПРИЛОЖЕНИЕ 5 ТАБЛИЦА СООТВЕТСТВИЯ НОМЕНКЛАТУРЫ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПО МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ ВИДАМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ИЗБРАННЫЕ ПОЗИЦИИ)	50-52
ПРИЛОЖЕНИЕ 6 ТАБЛИЦА СООТВЕТСТВИЯ НАИМЕНОВАНИЯ УСЛУГИ ИЗ ПЕРЕЧНЯ НОМЕНКЛАТУРЫ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ВИДАМ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ, ОБОЗНАЧЕННЫМ В МАРШРУТНОЙ КАРТЕ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА	53

ПРЕДИСЛОВИЕ

Участие в реабилитационной работе и оценка различных параметров психической деятельности в связи с проводимым лечением и восстановительными мероприятиями относятся к числу основополагающих практических задач, которые призваны решать медицинские психологи в клинике, в соответствии с действующими не только в нашей стране, но и во всем мире профессиональными стандартами. Участие в решении этих задач отвечает запросам, формулируемым со стороны практической медицины.

Готовность к участию в решении практических задач, которые ставит перед психологией медицина, обусловлено *методологической зрелостью* психологии как науки на современном этапе развития научного знания. Применительно к анализу психологического знания, речь идет о методологической готовности психологических моделей и концепций к рассмотрению системы психического в качестве *открытой саморазвивающейся системы* (Асмолов, 2002; Клочко, 2007; Зинченко, 2011). В случае реабилитации больных с неврологической и соматической патологией – это *представление о пациенте в его психосоматическом единстве как об открытой саморазвивающейся системе*, а также *представление о самом реабилитационном процессе как об открытой саморазвивающейся системе* (Зинченко, Первичко, 2012 а, б, 2014; Zinchenko et al., 2013; Zinchenko, Pervichko, 2012, 2013; Zinchenko, Pervichko, Martynov, 2013).

Процесс реабилитации, направленный на возможно полное и раннее возвращение больного к труду и полноценной жизни, преодоление последствий болезни, функциональных нарушений и послеоперационных осложнений понимается как *системная деятельность, направленная на восстановление личного и социального статуса больного особым методом, главное содержание которого состоит в опосредовании через личность больного лечебно-восстановительных воздействий и мероприятий; создание психологически обоснованных условий для развития личности с учетом вносимых болезнью ограничений*. Иными словами, реабилитация – это активный процесс, в котором больной выступает не просто «потребителем» лечения, а партнером и активным участником лечебно-восстановительных мероприятий (Кабанов, Личко, Смирнов, 1983; Герасименко, Тхостов, 1988; Зинченко, Первичко, Тхостов, 2014).

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

Достижение целей реабилитации и решение поставленных задач предполагает необходимость учета ряда методологических принципов, соблюдение которых и обеспечивает возможность удерживать в фокусе внимания как когнитивную сферу пациента, так и его личность, его

индивидуально-типологические особенности, ценностно-смысловые образования и комплекс отношений: к себе, болезни, окружающему миру.

Одним из ключевых в этом случае является **принцип субъектности**, т.е. максимального учета «внутреннего пространства» личности, нужд и потребностей пациента, особенностей его самосознания, авторства собственного развития (в данном случае – развития в условиях болезни) - то, что реализуется в клинической практике в индивидуальном подходе и отказе от конвейерных технологий.

Следование **принципу системности** подразумевает рассмотрение больного человека во всем многообразии и взаимосвязи его проявлений, единстве телесного и психического, с учетом социального контекста, что находит воплощение в известной установке: «лечить не болезнь, а больного». Понимание системности предполагает необходимость учета **принципа детерминизма**, но при этом необходимым признается «отход» от линейной детерминации и переход к «вероятностной» и «многофакторной» детерминации, что крайне важно в обсуждаемом контексте.

Принцип развития (открытые системы существуют только в развитии), следование которому позволяет рассматривать личность пациента в динамике и с учетом адаптационно-компенсаторных возможностей и внутренних ресурсов.

Принцип партнерства, предполагающий полипрофессиональное сотрудничество специалистов, взаимодействие с самим пациентом и его окружением для обеспечения полноты терапевтического эффекта при осуществлении реабилитационных мероприятий.

Все сказанное с необходимостью предполагает разработку системы реабилитации, соответствующей требованиям, выдвигаемым современной наукой и направленной на формирование у пациентов сознательного и активного участия в реабилитационных мероприятиях.

ВВЕДЕНИЕ

Расстройства когнитивных функций и эмоционально личностные нарушения являются одним из признаков диффузных и очаговых поражений головного мозга. Они могут наблюдаться при цереброваскулярных, нейродегенеративных, инфекционных и воспалительных заболеваниях, травматических повреждениях, нейроонкологических поражениях мозга, дисметаболических и токсических энцефалопатиях, эпилепсии.

Нарушения психических функций, когнитивные расстройства отличаются значительным многообразием, частота встречаемости и степень их выраженности при различных по этиологии и патогенезу поражениях мозга зависит от ряда факторов: локализации и характера патологического процесса, степени его злокачественности, величины травматического повреждения мозга, возраста пациента, уровня образования и др.

При наличии поражений головного мозга возникает необходимость в оценке уровня сознания пациента, состояния отдельных психических функций, определение зоны поражения мозга, и описание функционального статуса больного. Такая диагностика направлена на выявление дефекта, возникающего при органическом поражении мозга, степени его выраженности, на оценку ухудшения повседневной активности, степени независимости пациента от окружающих и является необходимым предварительным этапом для дальнейшего проведения нейрореабилитационных мероприятий.

Оценка состояния психических функций осуществляется в ходе синдромного анализа (см. ниже), с помощью нейропсихологических проб, позволяющих выявить нарушенные компоненты в структуре психических функций. Использование психометрических тестов позволяет провести количественную оценку степени выраженности нарушения отдельных психических функций, описать динамику изменений в их состоянии при проведении лечения и реабилитации, а также дать обобщенную оценку функционального статуса пациента. Функциональный статус определяет возможность пациента осуществлять повседневную активность: обучаться и выполнять свою профессиональную деятельность, осуществлять социальное взаимодействие, навыки по самообслуживанию, инструментальную деятельность (Микадзе Ю.В., 2012; Григорьева В.Н., Ковязина М.С., Тхостов А.Ш., 2006).

Современные концепции нейрореабилитации с акцентом на раннее вмешательство предъявляют совершенно новые требования, как к инструментарию нейропсихологической диагностики, так и к методикам нейропсихологического восстановительного обучения. Классическое нейропсихологическое обследование, направленное на выявление механизмов нарушения тех или иных психических процессов, предполагает вербальный контакт с пациентами. Длительное пребывание пациента в сниженном состоянии сознания приводит к изменению целей нейропсихологической работы. На первый план выходит оценка динамики восстановления сознания с проведением ранней нейропсихологической диагностики, а также раннее выявление особенностей нарушений психических процессов и сознательной деятельности в целом для разработки приемов направленного нейропсихологического восстановительного обучения.

Медицинский психолог проводит первичное общее нейропсихологическое обследование пациентов.

Требования к квалификации медицинского психолога: высшее профессиональное образование по специальности "Клиническая психология" без предъявления требований к стажу работы либо высшее профессиональное (психологическое) образование и профессиональная переподготовка по специальности "Клиническая психология" без предъявления требований к стажу работы (Приказ Минздравсоцразвития

России N 541н. Зарегистрирован в Минюсте РФ 25 августа 2010 г. Регистрационный N 18247).

Обследование проводится с целью диагностики состояния высших психических функций и эмоционально-личностной сферы. После первичного обследования, в ходе которого используются клиническая беседа и пробы, адекватные тяжести состояния пациента, медицинский психолог принимает решение о необходимости

- комплексного нейропсихологического обследования данного пациента (см. Приложение 3),
- специального нейропсихологического обследования при сниженном состоянии уровня сознания пациента,
- специального нейропсихологического обследования по отдельным высшим психическим функциям,
- патопсихологического обследования данного пациента
- необходимости, видах, сроках и количестве реабилитационных занятий для данного пациента
- необходимости, видах, сроках и количестве психологических консультаций и/или специализированной психологической помощи для родственников пациента

Соответствие видов клинико-психологического обследования и реабилитации представлено в Приложении 5-6.

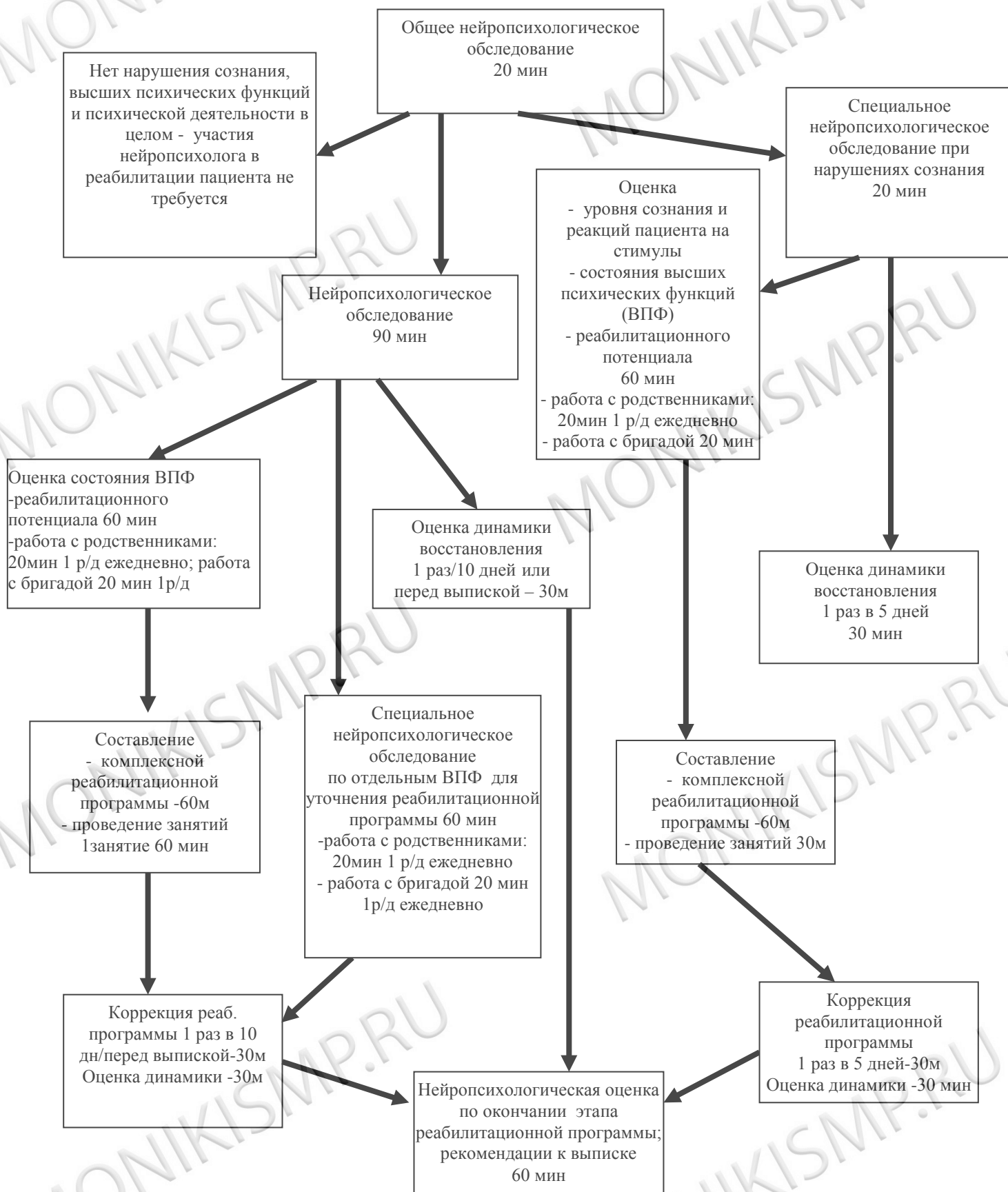
Категории пациентов, требующих нейропсихологического обследования: больные с повреждениями головного мозга различной этиологии.

Клинические рекомендации представляют собой практическое руководство для медицинских психологов по диагностике и психологическому сопровождению пациентов, находящихся в сниженных состояниях сознания после повреждения головного мозга.

Задача разработчиков клинических рекомендаций заключается в разработке наиболее общих правил и стандартов, используемых в диагностике и реабилитации пациентов, находящихся в сниженном состоянии сознания для использования медицинскими психологами в клинической практике.

Рекомендации прошли процессы авторской разработки, редактирования и рецензирования под руководством Главного внештатного специалиста по медицинской психологии МЗ РФ (утвержден приказом Минздрава России от 21 июня 2013 года N 400). При участии председателя профильной комиссией по медицинской реабилитации Экспертного Совета МЗ РФ.

Маршрутная карта нейропсихологического обследования и реабилитации для пациентов с повреждениями головного мозга



МЕТОДОЛОГИЯ

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

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

Методы, использованные для формулировки рекомендаций:
консенсус экспертов.

Экономический анализ:

Анализ стоимости не проводился.

Описание методов валидации рекомендаций

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, доступность для понимания изложенных интерпретаций приведенных в рекомендациях доказательств.

Получены комментарии со стороны психологов, клинических психологов, врачей-неврологов, реаниматологов отделений /палат интенсивной терапии и реанимации, логопедов, специалистов по лечебной физкультуре в отношении доходчивости изложения материала и его важности, как рабочего инструмента повседневной практики.

Предварительная версия была так же направлена рецензенту, не имеющему медицинского образования, для получения комментариев с точки зрения пациента.

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

Консультации и экспертная оценка

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

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

Проект рекомендаций был рецензирован также независимыми экспертами, которых просили прокомментировать, прежде всего,

доходчивость, точность интерпретации доказательной базы, лежащей в основе рекомендаций, исполнимость положений и рекомендаций.

Рабочая группа:

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

СТРОЕНИЕ И МОЗГОВАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ (ВПФ)

В отечественной нейропсихологии *психические функции*, рассматриваются как функциональные системы, которые не могут локализоваться в узких ограниченных участках мозга. Для их осуществления необходимы “сложные системы совместно работающих зон, каждая из которых вносит свой вклад в осуществление сложных психических процессов и которые могут располагаться в совершенно различных, иногда далеко отстоящих друг от друга участках мозга” (А.Р.Лурия, 2002, с.77).

Таким образом, вывод, касающийся *локализации* психических функций можно сформулировать следующим образом. Материальной основой для любой психической функции является ***“весь мозг в целом, но мозг как высокодифференцированная система, обеспечивающая различные стороны целого”*** (А.Р. Лурия, 1969,с.34).

Поскольку каждый участок мозга вносит дифференцированный вклад в работу функциональной системы, то вопрос о локализации превращается в вопрос не о том, где локализуется психическая функция, а о том, как локализуются отдельные части, звенья целой функциональной системы и каков вклад каждого звена в осуществление психической функции. В нейропсихологии «собственная функция» каждой зоны мозга и вклад, вносимый ею в обеспечение психических функций, описывается с помощью термина *«нейропсихологический фактор»*.

Нарушение работы каждой зоны мозга (разная локализация мозгового повреждения) будет приводить к страданию разных компонентов психической функции, и проявляться в разных симптомах ее нарушения.

Для установления соотношения симптома и локализации А.Р. Лурия разработал процедуру *синдромного анализа*, опирающуюся на *качественную квалификацию симптома*, т.е. “детальный анализ психологической структуры возникающего нарушения”, позволяющую выявить те ближайшие причины и тот нейропсихологический фактор, которые лежат в основе распада функциональной системы (А.Р. Лурия, 2002, с.77).

Нейропсихологический синдромный анализ состоит из ряда этапов:

1. выявление симптомов нарушения разных психических функций;

2. квалификация симптомов, то есть анализ психологической картины наблюдаемых симптомов, выявление их первичного или вторичного характера;

3. определение первичного дефекта, поиск нейропсихологического фактора, объединяющего выявленные симптомы в нейропсихологический синдром;

4. определение локализации мозгового повреждения в соответствии с обнаруженным фактором.

Системная организация психических процессов проявляется в том, что каждый раз нарушение функциональной системы носит специфический характер, оно зависит от того, какой дефект является первичным, какие системные следствия он вызвал. Эта специфика описывается с помощью понятий «первичные нарушения», «вторичные или системные следствия нарушения», «функциональные перестройки или третичные следствия нарушения».

«Первичный симптом» – нарушение психической функции, непосредственно связанное с поражением определенного участка мозга, вносящего определенный вклад в работу *функциональной системы*, иными словами, нарушение психической функции, связанное с выпадением определенного *фактора*.

«Вторичный симптом» – нарушение психической функции, возникающее как системное следствие первичного дефекта по законам их системных связей.

«Третичный (или компенсаторный) симптом» – изменение в работе психической функции, связанное с функциональной перестройкой патологически работающей системы (Лурия А. Р., 1969).

Основные виды нейропсихологических факторов можно классифицировать в соответствии с концепцией трех функциональных блоков мозга (А.Р.Лурия, 2002).

1 блок – *регуляции общей и избирательной неспецифической активации мозга* выполняет функцию общей, генерализованной и избирательной, специфической активации всего мозга и отдельных мозговых структур. Материальным субстратом этого блока мозга выступают структуры ретикулярной формации подкорковые образования и медиальные отделы лобной и височных областей мозга.

Работа различных структур этого блока мозга отражается в *нейродинамических характеристиках* психических процессов.

2 блок - *приема, переработки и хранения информации* выполняет функцию приема и сохранения информации, поступающей от разных анализаторных систем, и занимает задние отделы мозга. На уровне коры представительство каждой модально-специфической системы включает в свой состав первичные, вторичные и третичные поля. Функцией первичных

(ядерных, проекционных) полей, в которые по проводящим путям поступает информации от рецепторов, является отображение физических параметров стимулов.

Функция вторичных (гностических) полей заключается в синтезе поступающей из первичных полей информации в целостный, перцептивный образ соответствующей анализаторной системе модальности.

Третичное поле или задняя ассоциативная область находится на стыке теменной, височной и затылочной областей. В функцию этого поля входит синтез информации, идущей от разных анализаторных систем, результатом которого становится полное отображение и речевое опосредование окружающей субъекта действительности во всех ее связях и отношениях.

Работа различных структур этого блока мозга связана с нейропсихологическими факторами, обеспечивающими *модально-специфические, пространственно-временные и символические (речевые) синтезы* поступающей информации.

3 блок - программирования, регуляции психической деятельности и контроля ее протекания выполняет функцию организации и регуляции поведения человека. Префронтальные отделы (передняя ассоциативная область) связаны с формированием программ психической деятельности.

Премоторная и моторная области обеспечивают координированные и целенаправленные действия в окружающем мире в ответ на поступающую информацию. Премоторная область выполняет функцию вторичной моторной коры, отвечая за правильную последовательную реализацию целостных действий в соответствии с общей программой деятельности.

Моторная область (первичная моторная кора) работает по соматотопическому принципу и адресует нервные импульсы конкретным группам мышц для выполнения тех или иных операций.

Осуществление деятельности контролируется на основе обратных афферентаций, которые сопоставляются с исходной программой и при необходимости регулируется за счет внесения изменений в эту программу.

Работа различных структур этого блока мозга связана с нейропсихологическими факторами, обеспечивающими *программирование, контроль, регуляцию выполняемой психической деятельности, включая серийную организацию движений и действий.*

Для осуществления любого вида психической деятельности необходима совместная работа всех трех блоков мозга, каждый из которых вносит свой вклад в целостное поведение. Нарушения психических функций могут возникать, таким образом, при поражении структур каждого из трех блоков мозга и проявляться в виде симптомов, отражающих «собственные функции» этих блоков.

В неврологической и нейропсихологической литературе также получил широкое распространение термин «*когнитивные расстройства*», применяемый как зонтичное понятие, указывающее на общее снижение

познавательных способностей при различных поражениях головного мозга, приводящее к изменению функционального статуса пациента.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ, КЛАССИФИКАЦИЯ И ВИДЫ НАРУШЕНИЙ СОЗНАНИЯ. ПРИЧИНЫ СНИЖЕНИЯ УРОВНЯ СОЗНАНИЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Сознание – это состояние психической жизни индивида, выражающееся в субъективных переживаниях событий внешнего мира и жизни самого индивида, в отчете об этих событиях (Новая философская энциклопедия, 2010). Современная отечественная нейропсихология рассматривает сознание как высшую форму отражения человеком внешнего (объективного) и внутреннего (субъективного) мира в виде символов (слов, знаков) и образов, как интегративный обобщенный «образ мира» и «образ своего Я», как продукт деятельности мозга (Хомская Е.Д., 2005).

Сознание, являясь свойством функционирующей нервной системы, включает в себя такие процессы как поддержание бодрствования, активности, внимания, памяти, речи, интеллекта, самосознания и т.д.

Исходя из этого определения, в структуре сознания выделяют две основные составляющие: 1) уровень активации (уровень бодрствования) и 2) содержание сознания (собственно психические функции, их интеграция и сознательная деятельность в целом).

Следуя этому определению, необходимо выделить ряд процессов, Исходя из этого определения, в структуре сознания выделяют две основные составляющие: 1) уровень активации (уровень бодрствования) и 2) содержание сознания (собственно психические функции, их интеграция и сознательная деятельность в целом).

Уровень бодрствования в физиологическом плане в основном ассоциируется с работой структур ретикулярной формации ствола мозга и диэнцефальных (гипофизарно-гипоталамических) структур.

За содержание сознания отвечают сложнейшие нейрональные ансамбли, формирующиеся с участием многих корковых (горизонтальных) и корково-подкорковых (вертикальных) связей в центральной нервной системе, при этом важнейшая роль придается структурам лимбической системы (поясная кора, мозолистое тело, гиппокамп, миндалина и др.) и коре головного мозга. Так, повреждение структур лимбической системы и медиобазальных отделов коры лобных и височных долей может приводить к спутанности сознания, трудностям ориентировки во времени, месте и в собственном состоянии, сочетающимся с нарушениями памяти. Повреждение коры головного мозга влечет дезинтеграцию в работе высших психических функций и нарушает сознательную деятельность (Куликов Л.В., 2001; Хомская Е.Д., 2005).

В медицине сознание принято считать ясным (сохранным), если человек способен адекватно реагировать на внешние стимулы и

ориентироваться в окружающей ситуации, месте, времени и собственной личности (Плам Ф., Познер Дж.Б., 1986).

Длительные состояния нарушения сознания, как свидетельствуют нейровизуализационные и нейрофизиологические исследования, обусловлены изменениями подкорково-корковых взаимодействий (Laureys S., Tononi G., 2009). Особое значение придается таламо-кортикальному пути и корково-корковым внутрислоушарным связям, в особенности связям между лобными и теменными зонами. Таким образом, в случае повреждения мозга имеет место ситуация, когда в структурно-функциональной модели работы мозга в различной степени повреждены все 3 функциональных блока мозга согласно теории А. Р. Лурии (Лурия А. Р., 2008).

Нарушения сознания подразделяют на следующие группы: 1) синдромы угнетения/выключения сознания (иногда обозначаемые как «количественные нарушения сознания»); 2) синдромы спутанности и помрачения сознания (иногда обозначаемые как «качественные нарушения сознания»); 3) посткоматозное бессознательное (вегетативное) состояние; 4) синдромы реинтеграции сознания после выхода из вегетативного состояния (Доброхотова Т.А. и соавт., 2006).

Синдромы спутанности и помрачения сознания характеризуются некоторым изменением уровня бодрствования при значительном нарушении содержания сознания. Отечественные авторы к состояниям спутанности сознания относят амнестическую спутанность, Корсаковский синдром, речевую спутанность, синдром речедвигательного возбуждения, а к синдромам помрачения сознания - онейроид, дереализационно-деперсонализационные состояния, сумеречное состояние сознания, делирий (Доброхотова Т.А. и соавт., 2006).

Синдромы угнетения/выключения сознания характеризуются снижением уровня активации сознания с исчезновением всех элементов его содержания. К этим синдромам относятся оглушение, сопор, кома, вегетативное состояние, акинетический мутизм, состояние минимального сознания (Доброхотова Т.А. и соавт., 2006).

Состояние оглушения - это угнетение сознания, характеризующееся снижением уровня внимания, нарушением способности отбирать необходимую информацию и продуцировать в ответ связанные, логически последовательные мысли и действия. Словесный контакт с больным сохранен, однако имеется повышение порога всех внешних раздражителей и снижения его собственной активности: больной открывает глаза в ответ на обращение к нему, отвечает на простые вопросы и выполняет простые инструкции, однако все его реакции односложны и замедленны. При умеренном оглушении имеется обеднение мимики, некоторая замедленность движений и речи и повышенная истощаемость внимания при сохранной ориентировке в собственной личности и месте. Глубокое оглушение характеризуется нарастающей сонливостью, вялостью, выраженным

замедлением речи и движений, дезориентировкой в месте и времени при сохранности ориентировки в собственной личности.

Сопор – это угнетение сознания, характеризующееся прекращением словесного контакта при сохранении реакции в виде открывания глаз на сильные внешние раздражители и наличии защитной координированной двигательной реакции на боль.

Кома - наиболее глубокое выключение сознания, при котором невозможен словесный контакт с больным, отсутствует открывание глаз на афферентную стимуляцию, защитные реакции на болевые раздражители являются некоординированными. Принято деление на умеренную (кома I), глубокую (кома II) и терминальную (кома III) степени комы. При коме всех степеней отмечается полное выключение сознания: больной не проявляет никаких признаков психической активности и не открывает глаза даже на сильные раздражители (Доброхотова Т. А. , 2006).

Признаком выхода из комы является открывание глаз, спонтанное или в ответ на раздражители. В дальнейшем восстановление психической деятельности может проходить по разным направлениям. Одним из них является выход в ясное сознание, другим - выход в вегетативное состояние.

Согласно отечественной классификации Т.А.Доброхотовой (2006), восстановление психической деятельности после вызванной повреждением головного мозга комы проходит последовательно несколько этапов:

- Вегетативное состояние
- Акинетический мутизм
- Акинетический мутизм с эмоциональными реакциями
- Мутизм с пониманием речи
- Дезинтеграция (реинтеграция) речи
- Амнестическая спутанность
- Интеллектуально-мнестическая недостаточность
- Психопатоподобный синдром
- Неврозоподобный синдром (Приложение 1).

Вегетативное состояние (ВС) характеризуется стабилизацией вегетативных функций (спонтанное дыхание, адекватная гемодинамика); открыванием глаз, появлением циклов «сон-бодрствование», проявляющихся в периодических пробуждениях, то есть в открывании глаз. Однако при этом нет никаких признаков психической жизни: отсутствуют фиксация взора, произвольные движения, собственная речь и понимание речи, эмоциональные реакции на внешние стимулы. Возможны физиологические реакции на боль (потоотделение, изменение позы тела), но нет движений, направленных на устранение или локализацию раздражителя. Возможны блуждающие движения глазных яблок и произвольные движения головы и конечностей, однако нет признаков целенаправленных поведенческих ответов на зрительные, слуховые, тактильные или болевые стимулы. В ряде случаев отмечаются вокализации и эмоциональные реакции (плач), но

возникают они не в ответ на внешнюю стимуляцию. Произвольный контроль за работой кишечника и мочевого пузыря отсутствует.

Выделяют персистирующее (обратимое, проходящее) и перманентное (необратимое, стойкое, хроническое) вегетативное состояние. Персистирующее вегетативное состояние диагностируют не ранее, чем через месяц после травматического или нетравматического поражения головного мозга. Диагноз перманентного вегетативного состояния может быть установлен через 12 месяцев после черепно-мозговой травмы или через 3 месяца после нетравматического повреждения головного мозга. Первым признаком выхода из вегетативного состояния является фиксация взора и попытка слежения за предметом.

Акинетический мутизм характеризуется отсутствием произвольных движений и собственной речи при сохранности открывания глаз, фиксации взора, слежения, понимания речи и рефлекторного отдергивания конечностей в ответ на боль. Больной фиксирует взор на производящем обследовании враче, реагирует движениями глаз на звуковой сигнал, или не реагирует, или реагирует с длительной задержкой, выполняя самые простые инструкции после повторных команд.

Состоянию акинетического мутизма в зарубежных классификациях во многом соответствует «состояние минимального сознания» или «минимальный уровень сознания» (minimally conscious state, англ.). Этот термин предложен международной группой экспертов (Giacino J.T., 2002). Состояние минимального сознания диагностируют у больных с повреждениями головного мозга в случае их неспособности к длительному осознанному контакту с окружающими, при условии исключения афазии, агнозии, апраксии и сенсомоторного дефицита как причины недостаточной коммуникации. Отличием данного состояния от вегетативного является то, что больной способен хотя бы к одному из следующих действий: выполнение простых команд, позный или словесный ответ «да/нет» (вне зависимости от правильности этого ответа), осмысленные двигательные, поведенческие и/или эмоциональные реакции на внешние стимулы. В последнее время в рамках «состояния минимального сознания» (Minimally Conscious State) дополнительно выделяют «состояние минимального сознания со знаком минус» (Minimally Conscious State, MCS-) для описания группы пациентов, которые отчетливо фиксируют взор, локализуют болевой раздражитель, но еще не выполняют инструкции.

Для этапа *акинетического мутизма с эмоциональными реакциями* характерна отчетливая фиксация взора и слежение, дифференцированная реакция на стимул в любой модальности (вербальный, невербальный эмоциональный).

Стадия *мутизма с пониманием речи* в рамках отечественной классификации характеризуется постепенным восстановлением понимания речи и восстановлением собственной речи.

В дальнейшем пациенты могут проходить этапы реинтеграции речи, амнестической спутанности, превалирования симптоматики интеллектуально-мнестических или психопатоподобных нарушений.

Причинами стойких расстройств сознания могут быть следующие заболевания и патологические состояния:

А. Патологические процессы и воздействия, приводящие к первичному повреждению головного мозга

1. Черепно-мозговая травма
2. Сосудистые заболевания
3. Инфекции (менингиты, энцефалиты, абсцессы)
4. Новообразования
5. Эпилептический статус

Б. Патологические процессы и воздействия, приводящие к вторичному поражению головного мозга

1. Дисфункция внутренних органов и нарушения обмена веществ (гипогликемия; диабетический кетоацидоз; уремия; печеночная недостаточность; гипонатриемия и др.)

2. Гипоксические состояния (сердечная или легочная недостаточность, падение напряжения кислорода во вдыхаемом воздухе)

3. Экзогенные интоксикации (тяжелыми металлами; угарным газом; лекарственными препаратами; алкоголем, метанолом и др.)

4. Термические повреждения и электротравма

Дифференциальная диагностика истинно (первично) сниженных состояний сознания (кома, вегетативное состояние) с «псевдокомой»:

1) *Психогенная ареактивность* - состояние, при котором больной не реагирует ни на осмотр, ни на обращенную к нему речь, хотя находится в состоянии бодрствования. Может наблюдаться в рамках ряда психических заболеваний: конверсионное расстройство, кататонический ступор, диссоциативное расстройство, фуга, симуляция (Сергеев Д.В., 2014).

Некоторые дифференциальные признаки:

- сохранность реакций зрачков на свет
- отсутствие плавающих движений глаз
- отсутствие нарушений при неврологическом обследовании
- активное сопротивление больного при попытке открыть ему глаза
- моргание (в случае, когда глаза пациента открыты) в ответ на быстрое движение руки другого человека по направлению к глазам больного)
- рука больного, пассивно поднятая над его глазами и затем отпущенная, не падает на лицо больного (проба «рука не падает на лицо»), проба «движение руки» (быстрое движение рукой к глазам больного)
- ЭЭГ, характерное для бодрствования

2) синдром *locked-in* («запертого человека») – состояние при котором, больной находится в ясном сознании, но у него отсутствует речь, глотание и движения в мышцах лица и конечностей из-за их паралича. Сохранены лишь вертикальные движения глаз и моргание. Сознание и когнитивные функции также сохранены, что можно выявить по глазодвигательным сигналам больного при контакте с ним при помощи азбуки. Синдром обусловлен прерыванием кортико-спинальных и кортико-нуклеарных путей на уровне Варолиевого моста при интактности ретикулярной формации в области среднего мозга. Он может возникнуть при обширном инфаркте или кровоизлиянии с вовлечением вентральных отделов Варолиевого моста и при стволовом энцефалите.

• При этом синдроме больной может общаться с окружающими путем моргания и вертикального движения глаз, отвечая таким образом на вопросы «да» или «нет».

• Больной может общаться также и с помощью индивидуально сконструированных электронных устройств. При наличии адекватного ухода такие больные могут долгие годы сохранять социальную активность.

Сходное с данным синдромом и напоминающее кому состояние обездвиженности у бодрствующего больного возможно в тяжелых случаях острой воспалительной демиелинизирующей полирадикулоневропатии (синдром Гийена-Барре) и при миастении. Однако в таких случаях, в отличие от синдрома «запертого человека», у больного не отмечается избирательной сохранности вертикальных движений глаз.

КЛИНИЧЕСКАЯ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ СО СНИЖЕНИЕМ УРОВНЯ СОЗНАНИЯ

Клинический метод включает клиническое обследование, результаты которого важно дополнять указанием стадии восстановления сознания и когнитивных функций больного. Для этого целесообразно применение качественных (номинальных, описательных) шкал, а также проведение количественной оценки степени восстановления произвольных психических и поведенческих реакций с помощью количественных (порядковых и числовых) шкал.

1) Качественные, описательные:

- шкала стадий восстановления психической деятельности Т. А. Доброхотовой (Приложение 1)

- шкала уровней когнитивных функций (медицинский центр Ранчо Лос Амигос (Hagen C., Malkmus D., 1989). Текст шкалы представлен в книге: Кондратьева Е.А., Яковенко И.В. Вегетативное состояние (этиология, патогенез, диагностика и лечение). СПб ФГБУ «РНХИ им. проф. А.Л. Поленова» Минздрава России, 2014 - стр. 356-361.

2) Количественные шкалы, измеряющие функциональные возможности пациента. Одной из наиболее распространенных шкал является «Шкала восстановления после комы» или «Coma Recovery Scale, CRS, англ. (Giacino J.T., Kalmar K., 2004). Текст шкалы и инструкции по ее использованию можно посмотреть в книге: Кондратьевой Е.А., Яковенко И.В. Вегетативное состояние (этиология, патогенез, диагностика и лечение). СПб ФГБУ «РНХИ им. проф. А.Л. Поленова» Минздрава России, 2014 - стр. 341-355.

Шкала включает в себя 23 параметра оценки в баллах, которые образуют 6 субшкал:

- 1) Шкала слуховой функции (0-4 балла);
- 2) Шкала зрительной функции (0-5 баллов);
- 3) Шкала моторной (двигательной) функции (0-6 баллов);
- 4) Шкала вербальной функции (0-3 балла);
- 5) Шкала коммуникативной функции (0-2 балла);
- 6) Шкала активации (0-3 балла)

Для оценки динамики течения реабилитационного процесса на основе изменений реакций пациента на различные раздражители можно выделить некоторые компоненты, которые могут быть отражены в заключении нейропсихолога (см. Приложение 2):

1.Нейродинамические параметры психической деятельности:

- состояния активности – пробуждения (самостоятельное – спонтанное или только при стимуляции)
- восстановление цикла сна-бодрствования
- возможность привлечения непроизвольного внимания больного к окружающей обстановке и длительность удержания внимания
- возможность привлечения произвольного внимания больного к стимулу и время удержания внимания к стимулу
- длительность латентного времени ответа при выполнении инструкций.

2.Степень сохранности анализаторных функций и восстановления восприятия (зрительного, слухового, тактильного):

- генерализованная недифференцированная реакция на любой вид раздражителя (нет дифференцировки модальностей)
- четкая локализация в зависимости от модальности (зрительная, тактильная, слуховая, болевая) стимула (ориентировочные реакции).

3.Уровень произвольности движений и действий:

- непроизвольные ориентировочные реакции — учитывается любая ориентировочная реакция, вне зависимости от модальности ее проявления
- целенаправленные спонтанные реакции без направленной стимуляции извне
- целенаправленные движения и действия в ответ на инструкцию.

4.Способность к коммуникации:

- отсутствие коммуникативных попыток
- неадекватные характеристики контакта (негативизм, избирательность контакта и т. п.);
- невербальная коммуникация
- вербальная коммуникация со снижением инициативы
- адекватная вербальная коммуникация.

5.Уровень выполнения инструкций:

- выполнение инструкций по подражанию
- выполнение инструкций с подкреплением и опорой на другие модальности
- выполнение речевой (или письменной) инструкции.

В заключении также должно быть отражена оценка по шкалам. По результатам специального нейропсихологического заключения должен быть сделан краткий вывод о необходимости:

- ✓ Реабилитационных занятий с нейропсихологом, клиническим психологом, эрготерапевтом
- ✓ Повторного обследования для оценки динамики восстановительного процесса с указанием сроков, в которые необходимо провести повторное обследование

Инструментальный метод оценки пациентов в сниженных состояниях сознания заключается в оценке результатов дополнительных исследований, косвенно указывающих на наличие/отсутствие осознания и реализуется специалистами соответствующего профиля по специализированным протоколам. Например, могут быть использованы данные функционально магнитно-резонансной томографии (фМРТ), данные позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ), данные электроэнцефалографии (ЭЭГ), вызванных потенциалов (ВП): слуховых, зрительных, моторных, соматосенсорных, когнитивных в зависимости от технического оснащения медицинских учреждений. Медицинский психолог не может самостоятельно проводить инструментальную оценку, но может быть включен в рабочую группу (например, для разработки парадигм при проведении фМРТ) после обращения специалистов соответствующего профиля или врача-реабилитолога.

ИНСТРУМЕНТАРИЙ ДИАГНОСТИКИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ОГРАНИЧЕННЫМ ВЕРБАЛЬНЫМ КОНТАКТОМ/С НИЗКИМ УРОВНЕМ ПРОИЗВОЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ИЛИ МНОЖЕСТВЕННЫМИ ПЕРВИЧНЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ СИСТЕМ ОРГАНИЗМА

Переход больного на уровень состояния минимального сознания с возможностью выполнения инструкций позволяет проводить раннее

нейропсихологическое обследование. Следует учесть, однако, что полная нейропсихологическая диагностика на данном этапе ограничена как вследствие неполного восстановления сознания, так и сопутствующих нарушений (первичные поражения анализаторных систем, двигательные расстройства различного генеза). В этот период пациенты не доступны полному вербальному контакту. Сохранным может быть лишь понимание речи и выполнение простых инструкций. Это в свою очередь требует адаптации классических методик нейропсихологического обследования. Таким образом, нейропсихологические методики первичного обследования должны быть:

- индивидуально подобранными в зависимости от возможностей пациента;
- мультиинформативными с позиций дальнейшего анализа;
- кратковременными по предъявлению и простыми по своей структуре;
- ориентированными на получение результатов, которые могут быть использованы для постановки реабилитационных целей при командной форме работы.

Таким образом, основной задачей проведения нейропсихологического обследования является выявление первичных и вторичных нарушений высших психических функций.

Приводим пример адаптации материала для исследования нарушений высших психических функций детей с тяжелой черепно-мозговой травмой (Фуфаева Е. В., 2012):

1. Для оценки зрительного восприятия:

Стимульный материал: 1) реальные предметы (зубная щетка, фломастер, ложка, расческа и т. п.); 2) изображения реальных предметов (отдельные карточки с перцептивно-близкими и перцептивно-отдаленными изображениями реальных предметов).

Инструкция: «Покажи (название предмета)»; «Покажи, как пользоваться этим предметом» (функциональное значение предмета).

Процедура проведения: сначала предметы (картинки) предъявляются по одному, в дальнейшем по два (слева и справа в поле зрения пациента) с обязательной сменой места предъявления.

Отслеживаются первичные и вторичные нарушения в процессе выполнения задания:

- неузнавание предметов и их изображений;
- отсутствие зрительного поиска с одной стороны зрительного поля (оптико-пространственное игнорирование);
- отчуждение смысла слова при правильном использовании предмета;
- большая длительность привлечения зрительного внимания к задаче;
- патологическая инертность психических процессов (выбор одного и того же предмета).

2. Для оценки импрессивной речи и слухоречевого восприятия:

Инструкция: 1) «Покажи на себе: НОС (РОТ, УХО, ЛОБ); 2) «Покажи на себе в том же порядке, как я называю: НОС — РОТ — ЩЕКА»

Процедура проведения: предъявляется сначала по одному слову, потом по два, потом по три слова.

Отслеживаются первичные и вторичные нарушения в процессе выполнения задания:

- отчуждение смысла слова;
- снижение объема слухоречевого восприятия;
- патологическая инертность психических процессов;

3. Для оценки чтения:

Инструкция: 1) «Прочитай и выполни: ЗАКРОЙ ГЛАЗА (ОТКРОЙ РОТ, ПОКАЖИ НОС)»; 2) «Найти картинку к этому слову».

Процедура проведения: карточки с написанной фразой. Набор карточек для оценки зрительного восприятия.

Отслеживаются первичные и вторичные нарушения в процессе выполнения задания:

- привлечение внимания к задаче;
- отсутствие выполнения как показатель непонимания прочитанного;

4. Для оценки счетных операций:

Инструкция: «Сколько будет 2+2, 7-5, 12-8»

Процедура проведения: результаты написаны на карточках и предъявляются по 2 результата (правильный и неправильный) слева и справа; обязательная смена места предъявления.

5. Для оценки зрительной памяти (при сохранности зрительного восприятия):

Инструкция: «Я покажу Вам сейчас картинку, посмотрите на неё и запомните. Потом Вам надо будет найти её среди других картинок».

Процедура проведения: предъявляется одна картинка из набора картинок для оценки зрительного восприятия; потом предъявляется 3 картинки — 1 стимул, 2 дистрактора (неиспользованные ранее картинки).

По мере восстановления возможностей пациента пробы для нейропсихологической диагностики начинают подбираться все в большем соответствии с классической схемой проведения нейропсихологического исследования (см. Приложение 3), как для детей, так и для взрослых.

ОЦЕНКА ПАЦИЕНТОВ В СОСТОЯНИИ АМНЕСТИЧЕСКОЙ СПУТАННОСТИ

В состоянии амнестической спутанности проведение нейропсихологической оценки осуществляется с акцентом на диагностику нарушений памяти на текущие события и модально-неспецифические нарушения памяти по классической батарее методик А. Р. Лурии.

Количественная оценка может осуществляться по разработанному H.S.Levin и соавт. (1979) опроснику Galveston Orientation and Amnesia Test (Белова А. Н., 2000) во взрослом возрасте и Children's Orientation and Amnesia Test (Ewing-Cobbs L., 1990) в детском возрасте.

Таблица 1

Задачи нейропсихологического сопровождения в зависимости от уровня восстановления психической деятельности

Первичная оценка состояния сознания после комы			
Вегетативное состояние	Состояние минимального сознания	Состояние спутанного сознания	Состояние ясного сознания
Мониторинг восстановления сознания с применением шкал:	Состояние раннего нейропсихологического обследования с применением адаптированных методик	1) Нейропсихологическая диагностика с акцентом на оценку: <ul style="list-style-type: none"> - длительности и степени выраженности посттравматической амнезии (ПТА); - модально-неспецифические нарушения памяти, -неспецифическое снижение психической активности, нарушения нейродинамики психической деятельности; -нарушения функций программирования, регуляции и контроля деятельности. 2) Мониторинг регресса выраженности нейропсихологической симптоматики при спонтанном восстановлении	Нейропсихологическая диагностика с применением классических методик (батарея А. Р. Лурии) и количественных тестов (см. Приложение 3)
Как можно более раннее выявление нарушений высших психических функций с последующим направленным восстановительным обучением			

Ресурсы для клинической практики по работе с пациентами в сниженных состояниях сознания:

1) <http://www.sh-tbi.org/>- рекомендации для работы с пациентами, находящимися в сниженных состояниях сознания.

2) American Congress of Rehabilitation Medicine, Brain Injury-Interdisciplinary Special Interest Group, Disorders of Consciousness Task Force, Seel RT, Sherer M, Whyte J, Katz DI, Giacino JT, Rosenbaum AM, Hammond FM, Kalmar K, Pape TL, Zafonte R, Biester RC, Kaelin D, Kean J, Zasler N. Assessment scales for disorders of consciousness: evidence-based recommendations for clinical practice and research. Arch Phys Med Rehabil.

2010 Dec;91(12):1795-813. Рекомендации по использованию шкал для оценки пациентов, находящихся в сниженных состояниях сознания.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ СО СНИЖЕНИЕМ УРОВНЯ СОЗНАНИЯ

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

В современной когнитивной (психолого-педагогической) реабилитации пациентов, находящихся в сниженном состоянии сознания, можно выделить два направления:

1) Психологическая реабилитация психотерапевтическими методами (Maksakova O., Gusarova S., 2010; Гусарова С.Б. и др., 2011, 2014; Быкова В. И. и др., 2012). С учетом отсутствия вербального контакта с пациентами, методы работы основаны на нескольких психотерапевтических подходах, основными из которых являются:

- Процессуально-ориентированный подход (Минделл Э., 1999)
- Телесно-ориентированный подход (Райх В., 1999),
- Соматическая терапия биосинтез (Д.Боаделла, 1987), бодинамический подход (Л.Марчер, 2010), элементы танатотерапии (В. Ю. Баскаков, 2007);

Основными задачами психологической работы с пациентом в рамках данных подходов могут быть:

- ✓ расширение и углубление уровня контакта пациента с внешним миром, расширение количества и вариативности невербальных сигналов пациента для коммуникации с внешним миром;
- ✓ диагностика возможностей невербальной коммуникации ;
- ✓ нахождение внутренних телесных ресурсов для преодоления трудной ситуации

Медицинский психолог, работающий в данном направлении должен пройти дополнительное образование в том или ином психотерапевтическом направлении.

2) Психостимулотерапия

Данный метод основан на представлениях, сложившихся в процессе психиатрических исследований больных, перенесших длительную кому вследствие тяжелого поражения головного мозга (Доброхотова Т. А., 2006; Зайцев О. С., 2012). Путем активной внешней стимуляции, направленной на

изменение содержания психической деятельности, возможна активизация функций полушарий мозга.

Психостимуляция должна отражать трехвременную структуру психической деятельности, которая осуществляется в настоящее время; отражает прошлый опыт и предопределяет свое будущее содержание.

Задачи психостимуляции:

- восстановление навыков осуществления психической деятельности;
- оживление накопленных больным знаний, в том числе чувственных (о близких людях, привычных ситуациях, событиях и т.п.) и абстрактных, полученных в процессе учебы и общения с окружающими;
- восстановление произвольной психической деятельности, инициативы, активного стремления к завершению действий, поступков, сложной познавательной и психомоторной деятельности значимым результатом в будущем.

Все применяющиеся стимулы можно разделить на две группы. Первая — неречевые воздействия, среди которых выделяют тактильные, слуховые, зрительные, эмоциональные и другие стимулы, в качестве которых может выступать и вся окружающая ситуация в целом. Во вторую группу объединены речевые воздействия: обращения к больному, инструкции (просьбы), вопросы, информационные сообщения, разъяснительные и коррекционные беседы.

Приводим пример особенностей психолого-педагогической реабилитации в зависимости от этапов восстановления психической деятельности.

На этапе вегетативного состояния возможно только пассивное взаимодействие пациента и ухаживающего/специалиста (Закрепина А. В., 2012). Основными задачами на этом этапе являются:

- ✓ формирование элементарной аффективной связи,
- ✓ активизация генерализованных ответов непроизвольного характера, их упорядочивание в процессе систематических зрительных, слуховых, тактильных воздействий.

Основная цель реабилитации на данном этапе – вызвать ориентировочные реакции, которые могут быть реализованы в рамках основных модальностей:

- зрительной (слежение за предметом, фигурами и лицами людей и т.д.);
- слуховой (поворот головы/глаз/рук в сторону звука);
- двигательной (ощупывание, хватание предметов, находящихся в пределах кровати и т.д.).

По мере восстановления уровня сознания осуществляется переход к активно-пассивному взаимодействию ухаживающего/специалиста и больного.

Задачами реабилитационных воздействий являются:

- ✓ активизация сенсомоторной координации,
- ✓ увеличение частоты и объема ориентировочных реакций и произвольных движений в процессе эмоционально-положительного взаимодействия ухаживающего/специалиста.

Общей целью работы на этом этапе служит появление четких сенсомоторных координаций в ответ на коррекционные воздействия.

После того, как достигается активное, хотя и непродолжительное взаимодействие с пациентом, осуществляется решение следующих задач:

- ✓ закрепление сенсомоторных координаций,
- ✓ формирование четких перцептивных действий и комплексов; восстановление потребности к общению с родственниками, интереса к окружающей среде
- ✓ включение пациента бытовую ситуацию,
- ✓ постепенное восстановление социально бытовых навыков.

Программа психостимулотерапии должна подбираться индивидуально для каждого пациента, проводиться в зависимости от состояния пациента и поставленных междисциплинарной командой реабилитационных целей

НЕДОПУСТИМЫЕ ДЕЙСТВИЯ ПРИ НАРУШЕНИИ СОЗНАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ МОЗГА

При работе с больными, находящимися в вегетативном состоянии или состоянии минимального сознания, не допускается:

- Оставлять пациентов одних без присмотра
- Осуществлять уход за пациентом с нарушениями этических норм и прав личности
- Осуществлять болезненные процедуры без применения обезболивающих средств

При работе с больными, находящимися в состоянии спутанного сознания не допускается:

- Разрешать самостоятельный прием лекарственных препаратов до определения структуры и степени выраженности психических расстройств.
- Разрешать самостоятельно пользоваться колющими, режущими, возгорающимися и другими опасными предметами до определения медицинским психологом структуры и степени выраженности расстройств.
- Разрешать самостоятельно выходить из отделения до определения структуры и степени выраженности расстройств.
- Оставлять пациента без присмотра при выполнении какой-либо деятельности (например, в эргозоне).
- Перемещать пациента из одной палаты в другую

- Допускать одновременное и /или последовательное на протяжении дня присутствие многочисленных родственников.

ПРОФИЛАКТИКА

Профилактика нарушений сознания связана с первичной и вторичной профилактикой заболевания, послужившего причиной развития этих нарушений.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ РОДСТВЕННИКАМ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ РЕГУЛЯТОРНЫХ ФУНКЦИЙ

Часто возникающей проблемой в работе с такими больными является неполное понимание родными и близкими пациента имеющихся расстройств и путей их преодоления. Медицинский психолог обеспечивает информацией пациентов и людей, ухаживающих за ними (Варако, Куликова, Даминов, 2009). Для помощи родным и близким пациента организуются школы психологической реабилитации для пациентов и родственников, в которых медицинский психолог может проводить индивидуальное, групповое и семейное клинико-психологическое консультирование.

В работе с пациентами со сниженным уровнем сознания частой проблемой является недостаточно полное понимание родными и близкими особенностей состояния пациента. Достаточно часто родственники находятся в состоянии эмоционального «шока» (Быкова В. И. и др., 2013). В этой связи рекомендуется обеспечивать родственников пациентов адекватной информацией и оказывать им психологическое сопровождение.

Наиболее частые ошибки, допускаемые людьми из близкого окружения больного:

1. Ограничение общения родственников с пациентом, находящимся в сниженном состоянии сознания, связанное с прекращением привычного вербального контакта с ним
2. Гиперопека родственниками постепенно восстанавливающегося больного, что значительно тормозит восстановление пациента

Необходимые действия психолога:

- ✓ Разъяснение специфики нарушений сознания, имеющихся у близкого им человека
- ✓ Помощь в выработке адекватных поведенческих стратегий во взаимодействии с больным
- ✓ Работа по профилактике посттравматического стрессового расстройства, работа с эмоциональными переживаниями родных и близких

ЛИТЕРАТУРА

Литература, цитируемая в рекомендациях

1. Асмолов А.Г. По ту сторону сознания: методологические проблемы неклассической психологии. М.: Смысл; 2002
2. Баскаков В.Ю. Танатотерапия: Теоретические основы и практическое применение: Учебное пособие// Ин-т Общегуманитарных исследований - 2007 –С. 176
3. Белова А.Н. Нейрореабилитация: Руководство для врачей // М. – 2000. - С. 566
4. Быкова В.И., Семенова Ж.Б., Фуфаева Е.В., Львова Е.А., Валиуллина С.А.. Психологическая реабилитация детей после тяжелой черепно-мозговой травмы //«Нейрохирургия и неврология детского возраста» - 2012 - № 2–3 (32–33) – С. 161-167
5. Быкова В.И., Лукьянов В.И., Фуфаева Е.В., Семенова Ж.Б., Валиуллина С.А. Особенности характерологических черт, тревожности и копинг-поведения родителей детей с тяжелой черепно-мозговой травмой// Детская и подростковая реабилитация – 2013 - № 2 (21) - С. 46-52.
6. Герасименко В.Н., Тхостов А.Ш. Психологические и деонтологические аспекты реабилитации онкологических больных. В кн.: Герасименко В.Н. (ред.), Реабилитация онкологических больных. М.: Медицина; 1988. С. 65-75.
7. Григорьева В.Н., Ковязина М.С., Тхостов А.Ш. Когнитивная реабилитация больных с инсультом и черепно-мозговой травмой: монография.// Издательство НижГМА. - 2012 – С. 324.
8. Гусарова С.Б., Игнатьева Н.С., Максакова О.А., Максаков В.Ю. Пятнадцатилетний опыт психологической нейрореабилитации// Актуальные проблемы психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья. Материалы международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья» – М.: 2011- С.
9. Гусарова С. Б. Восстановление сознания: процессуально-ориентированный подход. Журнал «Вопросы нейрохирургии» имени Н.Н. Бурденко» - 2014 - 1 – С. 69-76
10. Доброхотова Т. А. Нейропсихиатрия // – М.: БИНОМ, 2006.-304 с.
11. Зайцев О. С., Царенко С. В. Нейрореаниматология. Выход из комы (терапия посткоматозных состояний)// М.: Литасс — 2012 — С. 120
12. Закрепина А. В. Педагогические технологии в комплексной реабилитации детей с тяжелой черепно-мозговой травмой// «Парадигма» — 2012 — С. 302

13. Зинченко Ю.П. Методологические проблемы фундаментальных и прикладных психологических исследований. Национальный психологический журнал; 2011; 5(1): 42-49.
14. Зинченко Ю.П., Первичко Е.И. Методология синдромного анализа Л.С. Выготского – А.Р. Лурии и постнеклассическая рациональность. Корсакова Н.К., Микадзе Ю.В. (ред.), Наследие А.Р. Лурии в современном научном и культурно-историческом контексте: К 110-летию со дня рождения А.Р. Лурии. М.: Факультет психологии МГУ имени М.В. Ломоносова; 2012 (а). С. 37-69.
15. Зинченко Ю.П., Первичко Е.И. Постнеклассическая методология в клинической психологии: научная школа Л.С. Выготского – А.Р. Лурия. Национальный психологический журнал; 2012 (б); 8(2): 32-45.
16. Зинченко Ю.П., Первичко Е.И. Эвристическая ценность постнеклассических моделей в психосоматике (на примере синдромного подхода Л.С. Выготского – А.Р. Лурии). Вопросы психологии; 2014; 1: 14-27.
17. Зинченко Ю.П., Первичко Е.И., Тхостов А.Ш. Методологические основы и задачи психологической реабилитации онкологических больных // Вестник восстановительной медицины. – 2014. - №5 (63).
18. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. М.: Медицина, 1983.
19. Корсакова Н.К., Московичюте Л.И. Клиническая нейропсихология. М., Академия, 2003
20. Ключко В.Е. Закономерности движения психологического познания и проблема метода науки. Методология и история психологии; 2007; 2(1): 5-19.
21. Кондратьева Е.А., Яковенко И.В. Вегетативное состояние (этиология, патогенез, диагностика и лечение). СПб ФГБУ «РНХИ им. проф. А.Л. Поленова» Минздрава России, 2014. - 363 с.
22. Лурия А. Р. Восстановление функций мозга после военной травмы. – Изд-во АМН СССР, 1948.
23. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М., Академия, 2002
24. Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека // СПб.: Питер – 2008 - С. 624.
25. Лурия А.Р. Этапы пройденного пути. М., МГУ, 2001.
26. Лурия А.Р., Мельникова Т.В. О вторичном лобном синдроме при поражениях задней черепной ямки: (К вопросу об использовании регулирующей роли речи для возможностей дифференциального диагноза псевдолобного и лобного синдромов) // Вопр. нейрохирургии. 1974. № 4, с. 56—60.
27. Микадзе Ю.В. Некоторые методологические вопросы качественного и количественного анализа в нейропсихологической диагностике. Вестн. Моск. ун-та. Сер.14. Психология. 2012. № 2, с. 96-103.

28. Новая философская энциклопедия: в 4 т. / Ин-т философии РАН; Нац. обществ.-науч. фонд; Предс. научно-ред. совета В.С. Степин. — М.: Мысль, 2000—2001. - 2-е изд., испр. и допол. — М.: Мысль, 2010.
29. Минделл А., Минделл Э. Вскать, задом наперед: Процессуальная работа в теории и практике//Пер. с англ. Л. Масловой и В. Самойлова. — М.: Независимая фирма «Класс». Издательство Трансперсонального института, 1999 – С. 224
30. Плам Ф., Познер Дж.Б. . Диагностика ступора и комы. Пер. с англ.- М.: Медицина, 1986 - 544 с.
31. Плотников Д.М. Расстройства сознания, симптомы вклинения, смерть мозга, варианты выхода из ком с позиций невролога // Материалы лекции с портала <http://nsicu.ru/>
32. 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.
33. Психология сознания / Сост. и общая редакция Л. В. Куликова. — СПб.: Питер, 2001. — 480 с.
34. Райх В. Анализ личности. // СПб.: <Ювента>, 1999. - С 333
35. Сергеев Д. В. Структурные комы: диагностика и исходы. Материалы лекции//Научный центр неврологии РАМН – доклад 22 мая 2014 г.
36. Фукалов Ю.А., Скипетрова Л.А., Шкловский В.М. Организация специализированной помощи больным с последствиями инсульта и черепно-мозговой травмы в Центре патологии речи и нейрореабилитации //Социальная и клиническая психиатрия, 2009. Т 19, №. 2, с.32-34.
37. Фуфаева Е.В., Лукьянов В. И., Быкова В. И., Семенова Ж.Б., Валиуллина С. А. Раннее нейропсихологическое сопровождение детей с тяжелой черепно-мозговой травмой.// "Нейрохирургия и неврология детского возраста" – 2012 - № 4 (34) - Р.61-75
38. Хомская Е. Д. Нейропсихология: 4-е издание. — СПб.: Питер, 2005. — 496 с
39. Шкловский В.М., Лукашевич И.П., Орлов И.Ю., Малин Д.И. Роль структурно-функциональных изменений головного мозга в формировании психопатологических расстройств у больных инсультом //Социальная и клиническая психиатрия, 2014. Т. 24, №. 1, с.34-39.
40. 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

41. Ansell, B. J. and J. E. Keenan. The Western Neuro Sensory Stimulation Profile: a tool for assessing slow-to-recover head-injured patients // Arch Phys Med Rehabilitation – 1989 -70(2) - P. 104-108.
42. Aspen Neurobehavioral Conference Workgroup. Assessment, prognosis and treatment of the vegetative and minimally conscious states: the Aspen Neurobehavioral Conference Consensus Statement.
43. Boadella D. Lifestreams an introduction to biosynthesis//London; New York: Routledge & Kegan Paul - 1987- p 173.
44. Cicerone, K., Levin, H., Malec, J., Stuss, D., & Whyte, J. Cognitive rehabilitation interventions for executive function: moving from bench to bedside in patients with traumatic brain injury. Journal of Cognitive Neuroscience, 18(7), 2006, p.1212-1222.
45. Ewing-Cobbs L., Levin H.S., Fletcher J.M., Miner M.E., Eisenberg H.M. The Children's Orientation and Amnesia Test: relationship to Severity of Acute head injury and to recovery of memory. // Neurosurgery.– 1990 - 27(5). – P. 683-691.
46. Giacino J. T., Ashwal S., Childs N., et al. The minimally conscious state: Definition and diagnostic criteria// Neurology — 2002 — 58(3) — P. 34 — 53
47. Giacino J.T., Kalmar K., Whyte J. The JFK Coma Recovery Scale- Revised: Measurement Characteristics and Diagnostic Utility.// Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. - 2004 - 85(12) - P. 2020-2029.
48. Gill-Thwaites, H. The Sensory Modality Assessment Rehabilitation Technique--a tool for assessment and treatment of patients with severe brain injury in a vegetative state.// Brain Injury –1997 - 11(10) - P. 723-734.
49. Hagen C., Malkmus D. and P. Durham. Levels of cognitive functioning. - Professional Staff Association of Rancho Los Amigos Hospital eds. Rehabilitation of the head injured adult: comprehensive physical management. C. A. Downey, Rancho Los Amigos Hospital Inc. - 1987
50. Laureys S., Tononi G. The Neurology of Consciousness: Cognitive Neuroscience and Neuropathology. // Academic Press – 2009 – P. 423
51. Maksakova O., Gusarova S., Ignatieva N., Maksakov V., Bykova V., Boyko S., Yashkova I., Lukianov V. Rehabilitation Team and Consciousness Restoration. 6th World Congress for Neurorehabilitation. Vienna, Austria, March 21-25, 2010.
52. Marcher L, Fich S. Body Encyclopedia: A Guide to the Psychological Functions of the Muscular System// North Atlantic Books - 2010- p.528
53. Shiel, A., Horn, S., Wilson, B.A., McLellan, D.L., Watson, M., Campbell, M. The Wessex Head Injury Matrix scale: a preliminary report on a scale to assess and monitor patients recovery after severe head injury. Clin. Rehabil., - 2000 – 14 - P. 408–416.
54. Rappaport M., Hall K.M., Hopkins H.K., et al. Disability rating scale for severe head trauma: coma to community. //Arch Phys Med Rehabil - 1982 – 63. – P. 118-123.

55. Zinchenko Y.P., Pervichko E.I. Nonclassical and Postnonclassical epistemology in Lev Vygotsky's cultural-historical approach to clinical psychology // Psychology in Russia: State of the Art. - 2013. - Vol. 6. - N. 1. - P. 43-56.
56. Zinchenko Y.P., Pervichko E.I. Nonclassical and Postnonclassical epistemology in Lev Vygotsky's cultural-historical approach to clinical psychology // Psychology in Russia: State of the Art. - 2013. - Vol. 6. - N. 1. - P. 43-56.
57. Zinchenko Yu.P., Pervichko E.I., Martynov A.I. Psychological underpinning of personalized approaches in modern medicine: syndrome analysis of mitral valve prolapsed patients // Psychology in Russia: State of the Art. - 2013. - Vol. 6. - N. 2. - P. 89-102.
58. Zinchenko Yu.P., Pervichko E.I. The methodology of syndrome analysis within the paradigm of "qualitative research" in clinical psychology // Psychology in Russia: State of the Art. - 2012. - Vol. 5. - P. 157-184.

Литература, использованная при подготовке рекомендаций

1. Выготский Л.С. Психология. М., Апрель-Пресс, 2000
2. Камаева О.В., Полина Монро, Буракова З.Ф. и др. Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных: Методическое пособие. Часть 1. Организация Инсультного Блока / Под ред. А.А. Скоромца. – СПб., 2003
3. Камаева О.В., Полина Монро, Буракова З.Ф., Зычкова О.Б., Иванова А.А., Сорокоумов В.А., Тищенко М.Е. Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных. Методическое пособие. Часть 6. Эрготерапия.— Санкт-Петербург, 2003.
4. Корсакова Н.К., Московичюте Л.И. Клиническая нейропсихология. М., Академия, 2003
5. Лурия А. Р. Восстановление функций мозга после военной травмы. – Изд-во АМН СССР, 1948.
6. Лурия А.Р.. Основы нейропсихологии. М., Академия, 2002
7. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. М., МГУ, 1969
8. Цветкова Л.С. Нейропсихологическая реабилитация больных. Москва-Воронеж, 2004
9. 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.

10. Haarbauer-Krupa J., Henry K., Szekeres S. F. fit Ylvisaker, M. (1985). Cognitive rehabilitation therapy: Late stages of recovery // Head injury rehabilitation: Children and adolescents. – С. 311-346.
11. Cicerone, K., Levin, H., Malec, J., Stuss, D., & Whyte, J. Cognitive rehabilitation interventions for executive function: moving from bench to bedside in patients with traumatic brain injury. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 18(7), 2006, p.1212-1222.
12. Lezak M. D. *Neuropsychological assessment*, 1983.
13. Prigatano G. P. *Principles of neuropsychological rehabilitation*. – Oxford University Press, 1999.
14. Wesolowski M. D., Zencius A. H. *A practical guide to head injury rehabilitation: A focus on postacute residential treatment*. – Springer, 1994
15. Wilson B. A. Towards a comprehensive model of cognitive rehabilitation // *Neuropsychological rehabilitation*. – 2002. – Т. 12. – №. 2. – С. 97-110.
16. Wilson B. A. *Neuropsychological rehabilitation* // *Annual Review of Clinical Psychology*. – 2008. – Т. 4. – №. 1. – С. 141-162.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

ФИ пациента			Возраст:																	
Дата поступления:		ШКГ при поступлении:			Диагноз:			Дата начала обследования:												
Стадии восстановления психической деятельности после длительной комы по Т. А. Доброхотовой.																				
		Недели:																		
		Дата:																		
стадия	синдром	Описание состояния пациента																		
1	Кома	психическая деятельность отсутствует																		
2	Вегетативное состояние	психическая деятельность отсутствует.																		
2.1	1. <i>Стадия разрозненных реакций</i> с краткими периодами бодрствования. Глазные яблоки неподвижны или совершают плавающие движения. Возможны экстрапиримидные явления, жевательные, сосательные, глотательные движения. Реагируют на боль сначала хаотических движений, затем — направленных к месту боли. Это означает, что больные ощущают боль, формируется простейший сенсомоторный акт.																			
2.2	2. <i>Стадия реинтеграции простейших сенсорных и моторных реакций</i> характеризуется удлинением периодов бодрствования. Более отчетливо соответствие ритма сон — бодрствование к дневному и ночному времени суток. Становятся постоянными направленные к месту боли движения. Возможна элементарная вокализация. Условным признаком завершения этой стадии можно считать мимические, двигательные реакции больных на голос и тактильные стимуляции близких больному людей, а также появление спонтанных движений.																			
2.3	3. <i>Стадия реинтеграции простейших психомоторных и психосенсорных реакций.</i> Становятся более разнообразными спонтанные движения, постепенно приобретающие свойство произвольности. Завершением последней стадии вегетативного статуса можно считать первую фиксацию взора. Позднее восстанавливается слежение взором.																			
3	Акинетический мутизм	Есть акинезия и мутизм при возможности фиксации взора и слежения																		
4	Акинетический мутизм с эмоциональными реакциями																			
5	Мутизм с пониманием речи																			
5.1	1. <i>Стадия восстановления понимания речи.</i> Больные лежат с открытыми глазами, поворачивают голову в сторону звука или света. У них постоянны и устойчивы фиксация взора и слежение. Возможно выполнение простых инструкций. (возможно проведение неполного адаптированного нейропсихологического обследования)																			
5.2	2. <i>Стадия восстановления собственной речи.</i> Спонтанные движения разнообразны. Завершается стадия первым произнесением слов – фразовая речь (возможно проведение полного нейропсихологического обследования)																			
6	Дезинтеграция (реинтеграция) речи	Синдромы дезинтеграции и реинтеграции (начинается с состояния спутанности) сознания.																		
7	Амнестическая спутанность. Амнестико-конфабуляторный синдром. Корсаковский синдром																			
8	Интеллектуально-мнестическая недостаточность																			
9	Психопатоподобный синдром																			
10	Неврозоподобный синдром																			

Составлено по Доброхотова Т.А. Нейропсихиатрия // Новосибирск. - 2006. - С. 304.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2. Пример заключения нейропсихолога
ОТДЕЛЕНИЕ РЕАБИЛИТАЦИИ
КОНСУЛЬТАЦИЯ НЕЙРОПСИХОЛОГА

ФИО: Дмитрий, 17 лет

При первичной оценке 16.07.2013 через 3 недели после ТЧМТ.

1) *Уровень активности/бодрствования/непроизвольного внимания* – в общем наблюдаемом поведении характерно самостоятельное пробуждение без дополнительной стимуляции, но большую часть при обследовании бодрствование с дополнительной стимуляцией на пробуждение. *Сосредоточение на стимуле любой модальности* – проявляет непродолжительно, в большей степени в тактильной сфере, не продуктивно. *Внимание к задаче* – нет. *Общая характеристика нейродинамики в поведении* – самостоятельное пробуждение, удержание состояния бодрствования в основном с дополнительной стимуляцией, а также быстрая истощаемость поведенческих реакций.

2) *Эмоциональная сфера* – самостоятельных мимических проявлений не отмечено, при реакции на боль попытки изменения мимики.

3) *Когнитивные сферы:*

- *Двигательная сфера* – спонтанная двигательная активность в основном наблюдается в правой ноге, носит нецеленаправленный характер. *Праксис* (предметные движения) – в настоящее время недоступно для исследования.

- *Тактильная сфера и восприятие боли* – характерна частично дифференцированная реакция на боль справа, слева мимические реакции на болевой раздражитель. *Тактильное сосредоточение*.

- *Слуховая сфера* – ориентировочных реакций на звуковой стимул не выявлено, открывания глаз при обращении по имени не выявлено; *В понимании речи (импрессивная речь)* – в настоящее время недоступно для исследования. *Экспрессивная речь* – в настоящее время недоступно для исследования.

- *Зрительная сфера* – проявляется реакция на зрительную угрозу, в процессе обследования при определенных расположениях предмета проявлялись попытки фиксации и слежения с быстрой истощаемостью; проявление данных реакций неустойчиво и требует последующих наблюдений в динамике. *Зрительное восприятие (гнозис)* – в настоящее время недоступно для исследования.

4) *Уровень произвольной регуляции сознательной деятельности:* непроизвольная нецеленаправленная активность в двигательной сфере, в слуховой и зрительной сфере произвольных форм поведения не выявлено.

Оценка когнитивного статуса по шкалам:

по шкале восстановления сознания: CRS: 7 (MC-);

по шкале уровня когнитивных функций: RLAS: 2-3 уровень,

по шкале восстановления психической деятельности Т. А. Доброхотовой: 2.3-3

При повторном обследовании 27.08.2013 через 8 недель после ТЧМТ: пациент доступен непродолжительному невербальному контакту. В беседе иногда использует ответ ДА/НЕТ кивками головы, отвечает не на все вопросы, наблюдается снижение адекватности ответов и персевераторные тенденции. При этом пациент смог правильно определить свой возраст (следует учитывать, что день рождения (17-летие) наступило после травмы), смог правильно указать, где он учится.

1) *Уровень бодрствования.* В настоящее время в общей картине восстановления превалирует нарушение фоновых компонентов психической деятельности – стереотипии, персеверации, однотипные символические движения (вытирание носа); также наблюдаются грубые нарушения нейродинамики психической деятельности в виде быстрой истощаемости психических процессов, длительным латентным временем ответа при выполнении инструкций, за время обследования отмечались флуктуации состояния активности и

контактности с единичной остановкой взора без отведения глазных яблок, без реакции на зрительную угрозу, с выраженными трудностями пробуждения и восстановления контакта при стимуляции.

2) *В эмоционально-личностной сфере:* наблюдается выраженная амимичность, за время обследования активного, самостоятельного взаимодействия с внешней предметной средой не выявлено, пациент не проявляет самостоятельного интереса к окружающим людям, к предметам, достаточно часто может находиться в неудобном положении без стремления изменить его, также при снижении контроля за физиологическими процессами, активной реакции на неприятные ощущения не проявляет (только двигательное беспокойство), что во многом говорит о нарушениях мотивационно-потребностной сферы.

3) *В двигательной сфере:* несмотря на то, что в общей картине двигательной активности сохраняются стереотипные нецеленаправленные движения, увеличился объем целенаправленных движений – как самостоятельных – символических (потирание носа), позиционных, так и по инструкции с длительным латентным временем ответа. Выполнение заданий, направленных на исследование кинестетического праксиса доступно частично, в основном выполнимы закрепленные символические позы пальцев рук.

В зрительной сфере: несмотря на наличие фиксации взора, активное слежение возможно только на эмоционально-значимые стимулы (зеркало). В повседневной жизни, продуктивность зрительного восприятия низкая – пациент может дотягиваться до предмета, но с выраженными трудностями зрительно-моторных координаций, выбор предмета из двух в настоящий момент недоступен, активный зрительный поиск в обследовании не наблюдается. Это не исключает как первичные нарушения в зрительной сфере, так и комплекс нарушений зрительно-предметного восприятия (требуется дальнейшее наблюдение в динамике).

В слуховой сфере: с длительным латентным временем ответа, ребенок реагирует на обращение по имени поворотом головы, выполняет устные инструкции («Покажи нос, глаз, ухо», «Возьми»), что говорит о частичном понимании обращенной ситуативной речи. Экспрессивной речи нет.

4) *Уровень произвольной психической деятельности:* реализуется выборочно, в основном на стимуляцию извне (выполнение простых одноступенчатых инструкций) с редукцией самостоятельных побуждений и активного взаимодействия с окружающими людьми и предметами обстановки.

Таким образом, в ходе динамического наблюдения выявляется положительная динамика восстановления сознания, при этом анализ поведенческих реакций ребенка показывает расстройство мотивационно-потребностной сферы, проявляющееся в выраженной аспонтанности пациента и в нарушениях целенаправленной деятельности, нарушениях фоновых компонентов психической деятельности.

В остальном, нейропсихологический статус требует уточнения при дальнейшем динамическом наблюдении.

Оценка когнитивного статуса по шкалам:

по шкале восстановления сознания: CRS: 19 (MC+);

по шкале уровня когнитивных функций: RLAS: 3-4 уровень,

по шкале восстановления психической деятельности Т. А. Доброхотовой: 5.1. (мутизм с пониманием речи).

Рекомендации:

- для преодоления имеющихся нарушений пациент нуждается в когнитивной реабилитации (логопедической, нейропсихологической, психологической) в домашних условиях и/или в условиях специализированного реабилитационного центра/отделений реабилитации.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Протокол комплексного нейропсихологического обследования

Ф.И.О. _____ дата

обследования _____

Дата заболевания _____ № истории болезни _____

Клинический

диагноз _____

Беседа

Автобиографические

данные

Возраст

Дата рождения (собств., детей, родителей.)

Адрес

Биография (окончание школы, ВУЗ, последняя специальность)

Ориентировка: время (дата, время года, суток, продолжительность обследования)

Место: (больница, город)

Жалобы (психосенсорные расстройства, ВПФ (память, речь, праксис), эмоционально-личностная сфера, степень активности)

Критичность в обследовании (к болезни, к ошибкам)

ПЛО (Предпочитаемая рука, левшество в роду; слух, глаз, нога)

Гнозис

I. Зрительный гнозис

1. Предметный гнозис: узнавание изображений предметов:

(петух гребешок шпору ; ножницы ;

велосипед руль спицы ; гриб ;

ремень пряжка

Называние серий (дерево-велосипед-мяч; шуба-змея-очки)

Показ предметов по названию: (чайник ; очки , лампа , змея , фуражка)

Фигуры Поппельрейтера (ведро,)

2. Буквенный и цифровой гнозис: (ш т ; зеркальн.: Е , 3 , 6, 9, IV ,VI . □□□

наложенные: 1. 2. 3. 4. 5.) число 2659

3. Лицевой гнозис: (называние персон: 1- 4,

□

показ повторов: 1. 2. 3.)

4 а, б. Цветовой гнозис

(называние цветов 1-4; желтый круг , синий квадрат , зеленый треугольник.).

II. Слуховой гнозис

Слухо-моторные координации

а. оценка: II II II III III III II II Пбыстр. III III IIIБ
□□□

б. выполнение по образцу: II II II III III III II II II II III
□□□

в. выполнение по инструкции II II II III III III

Узнавание предметных звуков (скрип, шуршание, звон ключей ...)
□□□

III. Соматосенсорный гнозис:

1.Тактильный гнозис

Чувство Ферстера: левая рука: крест , треугольник ,3 .
□□□

правая рука: квадрат , круг , 5 .
□□□

2.Пальцевой гнозис:

Узнавание пальцев. левая рука: 1 , 2 , 3 , 4 , 5
□□□

□□□ правая рука: 1 , 2 , 3 , 4 , 5

IV. Зрительно-пространственный гнозис, праксис

1. Часы 1. I 2. 3. II 4. 5. 6. 7.

□□□ III 8. 9.

2. Рисунок.

а. Куб, дом

Самостоятельный

рисунок,

копирование

□□□

б. Копирование с перешифровкой. Человечек, треугольник _____

3. Пробы Хэда

а) **одноручные:** прав. тыл к подбородку лев. рука - прав. бровь

□□□

правый тыл-левая щека - лев. рука-прав. ухо прав. ладонь - лев. щека лев. тыл - лев. щека

б) **двуручные:** лев. р. пр. щека - пр. тыл лев. локоть лев. тыл на пр. вертикальный кулак

□□□

лев. рука пр. ухо - пр. тыл лев. щека

4. Кинестетический гнозис

Проба на праксис позы пальцев рук с переносом позы.

Правая рука: 2-5 → 1+3 → 3 на 2 → 4-5 → 1+4 →

□□□

Левая рука: 2-3 → 4-5 → 1+3 → 2 на 3 → 1+4 →

□□□

5. Оральный

праксис

□□□

Подуть , Показать зубы , Поцокать , Язык за лев. щеку , Высунуть язык

V. Память

1. Зрительная память

□□□

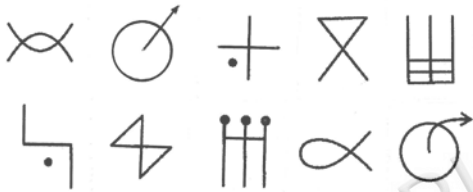


Воспроизведение

Узнавание:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

□□□



Оценка выполнения: прав.узнав. _____; ложное узнав. _____; отсутств. узнав _____;

2. Слухоречевая память

Слова. 2 группы по три слова;

□□□

- а) 1. холод рама клин 2. гость риск дождь;
- б) 1. дом лес ночь 2. кот стол мост
- в) 1.рана пена тина 2. мина сено шина

Интерференция счетом 100-7=

Отсроченно: 1?

2?

Оценка выполнения: объем воспр. _____; контамин. _____; персевер _____; порядок _____;

парафазии _____; тормож. ретроакт _____; проактивн _____.

Узнавание

□□□

- а) гость клон риск окно дождь тепло холод снег рама кость клин рост
- б) день кот роща стол ком мост рот дом пост лес стул ночь
- в) мина нить сено мыло шина рама рана шило пена трава тина бомба

Оценка выполнения: прав.узнав. _____; ложное узнав. _____; отсутств. узнав _____;

Слова. 5 слов: дом лес кот ночь стол

Оценка выполнения – кривая запоминания после 3 предъявлений

Предложения

□□□

1. В саду за высоким забором росли яблоны 2. На опушке леса охотники убили волка

Оценка выполнения: объем воспр. _____; контамин. _____; персевер _____; потеря лексем _____;

парафазии _____; тормож. ретроакт _____; проактивн _____.

Рассказы

□□□

Для произвольного запоминания чтение, затем пересказ

Хитрая лиса, Умная ворона

Муравей и голубка. Муравей спустился к ручью, чтобы напиться. Волна захлестнула его и он стал тонуть. Летела мимо голубка, бросила муравью веточку. Он взобрался на нее и спасся.

Охотник расставил сети и поймал голубку. Когда он вынимал голубку из сетей, муравей подполз и укусил охотника за руку. Охотник выпустил сеть и голубка улетела

Галка и голуби. Галка услышала, что голубей хорошо кормят, побелилась в белый цвет и влетела в голубятню. Голуби ее не узнали и приняли, но она не выдержала и закричала по-галочьи, тогда голуби ее узнали и выгнали. И она полетела к своим, но свои ее не узнали и тоже выгнали.

Оценка выполнения: мораль _____; объем воспр. _____; контамин. _____; персевер _____; потеря лексем _____; парафазии _____; тормож. ретроакт _____; проактивн _____.

VI. Речь

1. Слухоречевой гнозис

1. Фонематический слух:

□□□

Повторение звуков, слов

П- Б, С- З, Д-Т . Коса –коза, половник- полковник

Бочка-почка-мочка-дочка

2. акустико мнестическая афазия (см. слухоречевая память)

3. амнестическая афазия (см. зрительный гнозис, название предметов)

4. Семантическая афазия

Понимание предложений с предлогами (ящик и бочка): на, под, перед, за, в. □□□

Понимание _____ логико-грамматических _____ конструкций:

□□□

1. клеенка покрыта скатертью;
2. девочкой спасен мальчик;
3. машиной перевозится трактор;
4. дотронуться левой рукой до правого уха;
5. дотронуться правой рукой до правой брови;
6. показать ручку карандашом.

6. Афферентная моторная афазия

Повторение близких артикулем: м-б-п; д-н-л; с-ш-ж; к-х-г

Повторение слогов, слов и фраз, содержащих сложную артикуляционную структуру: тпру, стро, кораблекрушение, министерство внутренних дел, из-под топота копыт пыль по полю летит.

Прямой ряд + обратный ряд (месяцы, неделя) (отсутствие трудностей переключения при наличии артикуляционных ошибок указывает на наличие афферентной моторной афазии)

7.Эфферентная моторная афазия

Повторение слогов, слов и фраз: натуральный ряд чисел, четные числа,

□□□

Повторная речь би-ба-бо, ба-би-бо, бо-би-ба

8.Динамическая афазия

Рассказ по сюжетной картинке или по серии сюжетных картинок (например «Разбитое окно»)

Рассказ на заданную тему (например, «Север») □□□

Называние глаголов: копать, гладить, рисовать, вязать, рубить.

□□□

VII.Мышление

Решение арифметических задач.

Оценка выполнения: понимание инструк.; операциональная сторона; удержание промеж.рез-тов, контроль

Исключение предметов или понятий (4-й лишний из нейропсихол.альбома)

1. 2. 3. 4.

Понимание переносного смысла пословиц и метафор

Также см. Счет.

Понимание смысла сюжетной картинки

Решение матриц Равена, вариант А.

Ошибки: пространственные, регуляторные.

VIII.Практика

1.Графическая

проба

□□□

Оценка выполнения: ошибки, в т.ч. персевер.

2.Реципрокная координация.

□□□

Оценка выполнения: нормальное, со сбоями, поочередное, с уподоблением, Асимметрия рук: лев/прав: отставание/сбой, передвижение, недоведение.

Также см. Проба на праксис позы пальцев рук с переносом позы, оральный праксис.

3.Письмо

«Мишкины шишки», «кораблекрушение», «из-под топыта копыт пыль по полю летит» и др.
Оценка выполнения: ошибки, в т.ч. perseverации, зрительно-пространственные и др.

IX. Вниманиe

Таблицы Шульте 3-5 шт.

Встречные ряды (1,12) 1.

2.

Оценка выполнения: ошибки , в т.ч. persever. ; простр.ош. ;

X. Управляющие функции и критичность

1. Динамический праксис.

1. правая рука - ЛКР ;

2. левая рука - КЛР

усвоение прогр.: с 1 показа , со 2 показа , совместно с психологом , совместно
+ речевая инструкц . *Выполнение:* плавно , пачками , поэлементно

Ошибки: сбой , perseverации , расширение программы , инертный стереотип .

Нарушение порядка элементов , Пространственно-кинестетические ошибки

2. Реакция выбора. 1 2 1 2 1 2 2 2 1 2 1 2 1

1

Простая.

Конфликтная.

Усвоение программы: самостоятельно , со зрительной опорой , недоступно .

Переключение: без ошибок , с самокоррекцией , уподобление .

Темп: быстрый , нормальный , замедленный , медл. с пропусками стимулов

См. также Мышление, отношение больного к своим ошибкам и процедуре обследования, выполнение серийного счета.

Заключение.

Образец схемы нейропсихологического заключения см. в книге Хомская Е. Д.
Нейропсихология: 4-е издание. - СПб.: Питер, 2007. – с. 466

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Основные правовые вопросы деятельности медицинского психолога в соответствии со штатным расписанием учреждений Министерства здравоохранения

1) Медицинский психолог, это специалист с высшим психологическим образованием по специальности «Клиническая психология», в соответствии с Государственным образовательным стандартом высшего профессионального образования: специальность 022700 — «Клиническая психология», с квалификацией: Психолог. Клинический психолог. Преподаватель психологии, утвержденным приказом Министерства образования РФ от 2.03.2000. № 686; либо специалист с другим высшим психологическим образованием по специальности "Психология" и получивший профессиональную переподготовку на факультете последипломного образования по клинической психологии в образовательных учреждениях, имеющих соответствующую государственную лицензию и государственную аккредитацию.

2) Согласно приказу 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" были обозначены должностные обязанности и требования к компетенциям медицинского психолога.

Должностные обязанности. Медицинский психолог проводит работу, направленную на восстановление психического здоровья и коррекцию отклонений в развитии личности больных. Выявляет условия, препятствующие или затрудняющие гармоничное развитие личности больного. Осуществляет работу по психопрофилактике, психокоррекции, психологическому консультированию больных, вследствие чего оказывает помощь больным и их родственникам в решении личностных, профессиональных и бытовых психологических проблем. Проводит психодиагностические исследования и длительные диагностические наблюдения за больными, уделяя особое внимание лицам, имеющим факторы риска психических расстройств. Совместно с лечащим врачом разрабатывает развивающие и психокоррекционные программы с учетом индивидуальных, половых и возрастных факторов больных. Выполняет работу по профориентации больных с учетом их пожеланий, способностей и ситуационных возможностей. Проводит работу по обучению медицинского персонала вопросам медицинской, социальной психологии и деонтологии. Оценивает по состоянию здоровья больного эффективность проводимых психологических, лечебных и профилактических мероприятий. Проводит санитарно-просветительную работу среди больных и их родственников по укреплению здоровья и профилактике заболеваний, пропаганде здорового образа жизни.

Медицинский психолог должен знать: законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, оказания психиатрической помощи и гарантии прав граждан; Декларацию прав и свобод человека; медицинскую психологию (нейропсихологию, патопсихологию, психологию личности, общую и дифференциальную психологию, возрастную психологию, психотерапию, психогигиену, психодиагностику, психопрофилактику); методы психологического консультирования; методы активного обучения, социально-психологического тренинга общения; методы диагностики и коррекции нормального и аномального развития личности; психологию труда; деонтологию; психологию профессионального общения; основы трудового законодательства; правила внутреннего трудового распорядка; правила по охране труда и пожарной безопасности.

Требования к квалификации. Высшее профессиональное образование по специальности "Клиническая психология" без предъявления требований к стажу работы либо высшее профессиональное (психологическое) образование и профессиональная переподготовка по специальности "Клиническая психология" без предъявления требований к стажу работы.

3) Медицинский психолог при работе в реабилитационной команде получает запрос на консультацию пациента от врача-реабилитолога, врача-невролога, врача-реаниматолога, врача-психиатра в зависимости от специализации учреждения и организации внутреннего распорядка согласно должностным инструкциям

4) Медицинский психолог обязан соблюдать этические принципы, изложение которых представлено в изданиях «Этические принципы психологов» (Ethical principles of psychologists) и «Этические принципы проведения исследований с людьми» (Ethical principles in the conduct of research with human participants) Американской психол. ассоц. (APA), в т. ч. соблюдать принцип неразглашение личной информации пациента, полученной в ходе консультации.

5) Медицинский психолог в своей работе несет личную ответственность за содержание заключения, приобщенного к истории болезни пациента

6) Медицинский психолог, имея психологическое образование, не осуществляет медикаментозной коррекции в диагностике, реабилитации и лечении пациента.

Пример документа для внутреннего приказа учреждения.

Функциональные обязанности медицинского психолога (нейропсихолога) на разных этапах реабилитации с приобретенными поражениями центральной нервной системы.

1. Общие положения

1.1. Нейропсихолог – медицинский психолог, специалист с высшим психологическим образованием по специальности «Клиническая психология», в соответствии с Государственным образовательным стандартом высшего профессионального образования: специальность 022700 — «Клиническая психология», с квалификацией: Психолог. Клинический психолог. Преподаватель психологии, утвержденным приказом Министерства образования РФ от 2.03.2000. № 686; либо специалист с другим высшим психологическим образованием по специальности "Психология" и получивший профессиональную переподготовку на факультете последиplomного образования по клинической психологии в образовательных учреждениях, имеющих соответствующую государственную лицензию и государственную аккредитацию.

1.2. В соответствии с приказом 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»

1.2.1. В своей работе руководствуется:

- Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 19.08.1993, № 33, ст. 1318),

- приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 Декабря 1998 г. N 383 "О специализированной помощи больным при нарушениях речи и других высших психических функций";

- Законом Российской Федерации "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" от 2 июля 1992 года № 3185-1.

1.2.2. Медицинский психолог - нейропсихолог, работающий в системе здравоохранения и занимающийся реабилитацией, должен знать:

- клиническую психологию (нейропсихологию, патопсихологию, психотерапию, психодиагностику, психологическое консультирование), а также возрастную психологию;
- методы нейропсихологической диагностики, коррекции, восстановительного обучения;
- а также основы неврологии, анатомии, нейрохирургии.

2. Функциональные обязанности медицинского психолога – нейропсихолога в острый период течения заболевания (на этапе ранней реабилитации в условиях отделений реанимации и интенсивной терапии, профильных отделений стационара (нейрохирургических, неврологических)):

Медицинский психолог - нейропсихолог в медицинской реабилитации участвует в командной работе, наряду с другими специалистами участвует в:

- определении реабилитационного потенциала пациента и прогноза восстановления психической деятельности и высших психических функций; определении необходимости дальнейшей когнитивной реабилитации.
- постановке реабилитационных целей при командной форме работы.

Также проводит:

- 1) первичную оценку состояния высших психических функций в зависимости от степени нарушения сознания:
 - а) оценку уровня сознания и мониторинг восстановления сознания с помощью нейроповеденческих шкал;
 - б) первичную нейропсихологическую диагностику нарушений высших психических функций (праксиса, гнозиса, речи в т. ч. письма и чтения, памяти, мышления в т.ч. счетных операций) при возможности невербального/вербального контакта с пациентом;
- 2) мониторинг динамики регресса/прогресса выявленной нейропсихологической симптоматики нарушений высших психических функций.
- 3) индивидуальные занятия нейропсихологического восстановительного обучения
- 4) повторную нейропсихологическую диагностику с оценкой динамики восстановления высших психических функций;
- 5) нейропсихологическую диагностику перед и после нейрохирургических вмешательств.
- 6) нейропсихологическую диагностику с оценкой влияния медикаментозной терапии в лечебном процессе.
- 7) мониторинг с оценкой эффективности проводимых реабилитационных мероприятий (когнитивных).

Медицинский психолог-нейропсихолог составляет заключение по результатам нейропсихологической диагностики с отражением динамики при восстановительном обучении и рекомендациями родственникам

3. Функциональные обязанности медицинского психолога – нейропсихолога в промежуточный период течения заболевания (в промежуточном, позднем восстановительном периоде в условиях реабилитационных отделений/центров):

Медицинский психолог - нейропсихолог в медицинской реабилитации участвует в командной работе, наряду с другими специалистами участвует в:

- определении реабилитационного потенциала пациента и прогноза восстановления психической деятельности и высших психических функций; определении необходимости дальнейшей когнитивной реабилитации.
- постановке реабилитационных целей при командной форме работы

Также проводит:

- 1) первичную оценку состояния высших психических функций (праксиса, гнозиса, речи в т. ч. письма и чтения, памяти, мышления в т.ч. счетных операций) и мотивационной сферы;
- 2) индивидуальные занятия нейропсихологического восстановительного обучения;
- 3) групповые занятия нейропсихологического восстановительного обучения (мини-группы);
- 4) повторную нейропсихологическую диагностику в конце цикла когнитивной реабилитации
- 5) нейропсихологическую диагностику с оценкой влияния медикаментозной терапии в лечебном процессе.

Медицинский психолог-нейропсихолог консультируют родственников пациента по вопросам дальнейшего реабилитационного маршрута, по проблемам адаптации в быту в зависимости от степени нарушений высших психических функций;

Медицинский психолог-нейропсихолог составляет заключение по результатам нейропсихологической диагностики с отражением динамики при восстановительном обучении и рекомендациями родственникам и специалистам сферы образования.

4. Функциональные обязанности медицинского психолога – нейропсихолога в отдаленный период течения заболевания (в позднем восстановительном периоде в условиях дневного стационара, амбулаторно-поликлинической службы и помощи с выездом на дом):

Медицинский психолог-нейропсихолог проводит:

- 1) первичную оценку состояния высших психических функций пациентов (праксиса, гнозиса, речи в т. ч. письма и чтения, памяти, мышления в т.ч. счетных операций) иногда с дифференциальной диагностикой установочных тенденций (симуляция, диссимуляция, аггравация, сюрсимуляция, метасимуляция);
- 2) индивидуальные и групповые занятия нейропсихологического восстановительного обучения;
- 3) индивидуальные и групповые занятия, направленные на компенсацию когнитивного дефекта с обучением использованию вспомогательных средств (в т.ч. технических)

Медицинский психолог-нейропсихолог осуществляет самостоятельно или совместно с другими специалистами (социальными работниками, педагогами, эрготерапевтами) работу по восстановлению социальных навыков или их компенсации с учетом когнитивного дефекта.

Медицинский психолог-нейропсихолог определяет возможности и ограничения процесса обучения, трудоспособности пациента, консультируют родственников по вопросам дальнейшего реабилитационного маршрута пациента, по проблемам адаптации в быту в зависимости от степени нарушений высших психических функций;

Медицинский психолог-нейропсихолог составляет заключение по результатам нейропсихологической диагностики с отражением динамики восстановления.

5. Нагрузка и продолжительность рабочего времени медицинского психолога – нейропсихолога при работе с пациентами неврологического и нейрохирургического профиля.

4.1. В соответствии с приказом МЗ РФ от 13.02.95 г. № 27 «О штатных нормативах учреждений, оказывающих психиатрическую помощь», положением об организации деятельности медицинского психолога, участвующего в оказании психотерапевтической помощи (утв. приказом Минздрава РФ от 16 сентября 2003 г. №438) и рекомендациями Федерального Научно-Методического Центра по психотерапии и медицинской психологии, утвержденными приказом Минздрава РФ от 26.11.1996 № 391 «о подготовке медицинских психологов для учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь» нагрузка и продолжительность рабочего времени медицинского психолога зависит от нозологической группы пациента.

4.2. Основными видами работы медицинского психолога с пациентами с нейрохирургической (неврологической) патологией в отделении реанимации, отделении нейрохирургии, отделении реабилитации являются:

- Полное первичное нейропсихологическое обследование пациентов с нейрохирургической патологией. Продолжительность обследования, включая планирование исследования, заполнение протокола обследования, анализ и оформление результатов, составление заключения и запись в историю болезни, составляет 4,5 – 5 часов с учетом быстрой утомляемости больного может проводиться в течение 2 - 3 дней (или приемов);
- Консультация родственников по проблемам дальнейшего реабилитационного маршрута и по проблемам адаптации в быту в зависимости от степени нарушений высших психических функций. Продолжительность консультации - 30-45 минут;
- Повторное нейропсихологическое обследование, динамическое наблюдение пациентов в течение реабилитационного цикла или по назначению лечащего врача и/или врача-реабилитолога. Продолжительность обследования 1,5-2 часа;
- Занятия нейропсихологического восстановительного обучения в форме индивидуальных и групповых занятий. Продолжительность индивидуального и группового занятия - 45 - 60 минут;
- Медицинский психолог, занимаясь в течение рабочей недели только экспериментально-диагностической и экспертной работой по типу нейропсихологической диагностики может провести 5-7 первичных обследований с написанием заключения.

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

ТАБЛИЦА СООТВЕТСТВИЯ НОМЕНКЛАТУРЫ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПО МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ ВИДАМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ИЗБРАННЫЕ ПОЗИЦИИ)

№ п/п	Наименование услуги по медицинской психологии в номенклатуре медицинских услуг		Виды деятельности медицинского психолога	Время выполнения услуги
	в действующей	во вступающей в действие		
1	A13.23.009 Индивидуальная нейропсихологическая коррекционно-восстановительная процедура при афазии	A13.23.009 Индивидуальная нейропсихологическая коррекционно-восстановительная процедура у пациентов с афазией	Индивидуальные занятия по нейропсихологической реабилитации у пациентов с афазией	30-45 мин
2	A13.23.010 Групповая нейропсихологическая коррекционно-восстановительная процедура при афазии	A13.23.010 Групповая нейропсихологическая коррекционно-восстановительная процедура у пациентов с афазией	Групповые занятия по нейропсихологической реабилитации у пациентов с афазией	30-45 мин
3	A13.23.011 Нейро-психологическая коррекционно-восстановительная процедура при нарушениях психических функций	<i>изменения не вносятся</i>	Индивидуальное занятие по нейропсихологической реабилитации ВПФ	30-45 мин
4	A13.23.012 Общее нейропсихологическое обследование	<i>изменения не вносятся</i>	Краткое обследование с использованием отдельных нейропсихологических проб	20 мин
5	A13.23.013 Специализированное нейропсихологическое обследование	<i>изменения не вносятся</i>	Узко специализированное нейропсихологическое обследование, направленное на исследование отдельных высших психических функций	30-45 мин
6	<i>Услуга ранее не включалась</i>	A13.29.001.XXX Сбор психологического анамнеза и жалоб пациентов	Беседа и клиническое интервью с пациентом	30 мин
7	<i>Услуга ранее не включалась</i>	A13.29.XXX Клинико-психологический тренинг	Групповые занятия с по психологической реабилитации, направленные на осознание и принятие имеющихся трудностей	60 мин
8	A13.29.002.001 Функциональная трудотерапия	A13.29.002.001 Клинико-социальная функциональная трудотерапия	Занятие по нейропсихологической реабилитации, направленное на повышение возможностей функционирования в бытовой,	45-60 мин

			профессиональной сферах и самообслуживания	
9	A13.29.004 Терапия средой	A13.29.004 Клинико-психологическая терапия средой		
10	A13.29.005 Нейропсихологическое обследование	A13.29.005 Клинико-психологическое нейропсихологическое обследование	Комплексное нейропсихологическое обследование по системе А.Р.Лурия	60-90 мин
11	A13.29.005.001 Арттерапия	<i>изменения не вносятся</i>	Вид психологической помощи с использованием средств искусства и творчества	30-60 мин
12	A13.29.006 Психологическое консультирование	A13.29.006 Клинико-психологическое консультирование	Психологическое консультирование пациента по вопросам здоровья и болезни	30-60 мин
13	A13.29.006.001 Индивидуальное психологическое консультирование	A13.29.006.001 Индивидуальное клинико-психологическое консультирование	Психологическое консультирование пациента в связи с наличием эмоционально-личностных проблем, обусловленных заболеванием	60-90 мин
14	A13.29.006.002 Групповое психологическое консультирование	A13.29.006.002 Групповое клинико-психологическое консультирование	Психологическое консультирование группы пациентов в связи с наличием эмоционально-личностных проблем, обусловленных заболеванием	60-90 мин
15	A13.29.006.003 Семейное психологическое консультирование	A13.29.006.003 Семейное клинико-психологическое консультирование	Психологическое консультирование пациента и членов его семьи в связи с наличием эмоционально-личностных проблем, обусловленных заболеванием	60-90 мин
16	A21.23.004 Составление индивидуальной программы нейропсихологической реабилитации	<i>изменения не вносятся</i>	Составление индивидуальной программы нейропсихологической реабилитации	90 мин
17	A21.23.005 Нейропсихологическая реабилитация	<i>изменения не вносятся</i>	Занятие по нейропсихологической реабилитации	30-45 мин
18	A21.23.006 Обучение родственников пациента тактике и методам восстановления когнитивных функций	<i>изменения не вносятся</i>	Работа медицинского психолога с родственниками пациента, связанная с обучением тактике и	60 мин

	больных		методам восстановления высших психических функций больных	
19	В02.069.001 Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога первичный	<i>изменения не вносятся</i>		90 мин
20	В02.069.002 Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога повторный	<i>изменения не вносятся</i>		60 мин
21	В04.069.001 Школа психологической профилактики для пациентов и родственников	<i>изменения не вносятся</i>		90 мин
22	<i>Услуга ранее не включалась</i>	В04.069.XXX Школа психологической реабилитации для пациентов и родственников		90 мин
23	<i>Услуга ранее не включалась</i>	В03.069.XXX Комплекс клинико-психологических исследований для оценки факторов риска и адаптивных ресурсов психики больного	Диагностическое нейро- и патопсихологическое обследование для оценки реабилитационного потенциала и возможностей бытовой, социальной и профессиональной адаптации	120 мин
24	<i>Услуга ранее не включалась</i>	В03.069.XXX Комплекс клинико-психологических исследований для определения характера нарушения высших психических функций, эмоций, личности	Диагностическое нейро- и патопсихологическое обследование для оценки состояния высших психических функций и эмоционально-личностной сферы	120 мин

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

ТАБЛИЦА СООТВЕТСТВИЯ НАИМЕНОВАНИЯ УСЛУГИ ИЗ ПЕРЕЧНЯ НОМЕНКЛАТУРЫ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ВИДАМ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ, ОБОЗНАЧЕННЫМ В МАРШРУТНОЙ КАРТЕ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Код услуги по медицинской психологии в номенклатуре медицинских услуг		Виды клинико-психологического обследования и реабилитации, обозначенные в маршрутной карте
Раздел А	Раздел В	
A13.23.012; A13.29.001.XXX	B02.069.001; B02.069.002; B04.069.001; B04.069.XXX; B03.069.XXX (1); B03.069.XXX (2);	Общее нейропсихологическое обследование
A13.23.013		Специальное нейропсихологическое обследование при нарушениях сознания
A13.23.013		Специальное нейропсихологическое обследование по отдельным высшим психическим функциям
A13.29.005		Нейропсихологическое обследование
A21.23.004	B03.069.XXX (1); B03.069.XXX (2);	Составление комплексной реабилитационной программы
A21.23.004	B03.069.XXX (1); B03.069.XXX (2);	Коррекция реабилитационной программы
A13.29.009; A13.23.010; A13.23.011; A13.29.002.001; A13.29.004; A21.23.005; A21.23.006	B02.069.002; B04.069.001	Проведение занятий (по клинико-психологической реабилитации)
A13.29.006; A13.29.006.001; A13.29.006.002; A13.29.006.003; A21.23.004	B03.069.XXX (1); B03.069.XXX (2)	Составление рекомендаций к выписке