

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

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

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

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

Москва 2016

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

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

Рабочая группа по подготовке текста рекомендаций

Ахутина Т. В., д. психол. н., профессор (Москва)

Варако Н. А., к. психол. н. (Москва)

Григорьева В. Н., д. мед. н., профессор (Нижний Новгород)

Зинченко Ю.П., д. психол. н., профессор, академик РАО (Москва)

Ковязина М.С., д. психол. н., доцент, профессор РАО (Москва)

Микадзе Ю.В., д. психол. н., профессор (Москва)

Скворцов А. А., к. психол. н. (Москва)

Фуфаева Е. В., клинический психолог (Москва)

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|--|----|
| СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ | 3 |
| ВВЕДЕНИЕ | 4 |
| МЕТОДОЛОГИЯ | 5 |
| СВЯЗАННЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ СООБЩЕСТВ РФ | 6 |
| МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА | 7 |
| МАРШРУТНАЯ КАРТА НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА | 8 |
| ОПРЕДЕЛЕНИЕ | 9 |
| КЛИНИЧЕСКАЯ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ СО СНИЖЕНИЕМ УРОВНЯ СОЗНАНИЯ | 14 |
| ИНСТРУМЕНТАРИЙ ДИАГНОСТИКИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ОГРАНИЧЕННЫМ ВЕРБАЛЬНЫМ КОНТАКТОМ/С НИЗКИМ УРОВНЕМ ПРОИЗВОЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ИЛИ МНОЖЕСТВЕННЫМИ ПЕРВИЧНЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ СИСТЕМ ОРГАНИЗМА | 16 |
| ОЦЕНКА ПАЦИЕНТОВ В СОСТОЯНИИ АМНЕСТИЧЕСКОЙ СПУТАННОСТИ | 19 |
| КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ В СНИЖЕННЫХ СОСТОЯНИЯХ СОЗНАНИЯ | 21 |
| ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА В МДБ. | 24 |
| РАСЧЕТ СТОИМОСТИ УСЛУГ ПО ДИАГНОСТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ СОЗНАНИЯ | 25 |
| ЛИТЕРАТУРА | 27 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ 1 | 32 |

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

| | |
|--------|--|
| ВПФ | – высшие психические функции |
| МДБ | – мультидисциплинарная реабилитационная бригада |
| МКФ | – международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья |
| МКБ 10 | – международная классификация болезней |

ВВЕДЕНИЕ

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

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

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

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

МЕТОДОЛОГИЯ

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

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

Методы, использованные для оценки качества доказательств:

- консенсус экспертов

Методы, использованные для формулировки рекомендаций:

консенсус экспертов.

Экономический анализ:

Анализ стоимости не проводился.

Описание методов валидации рекомендаций

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами.

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

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

Консультации и экспертная оценка

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

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

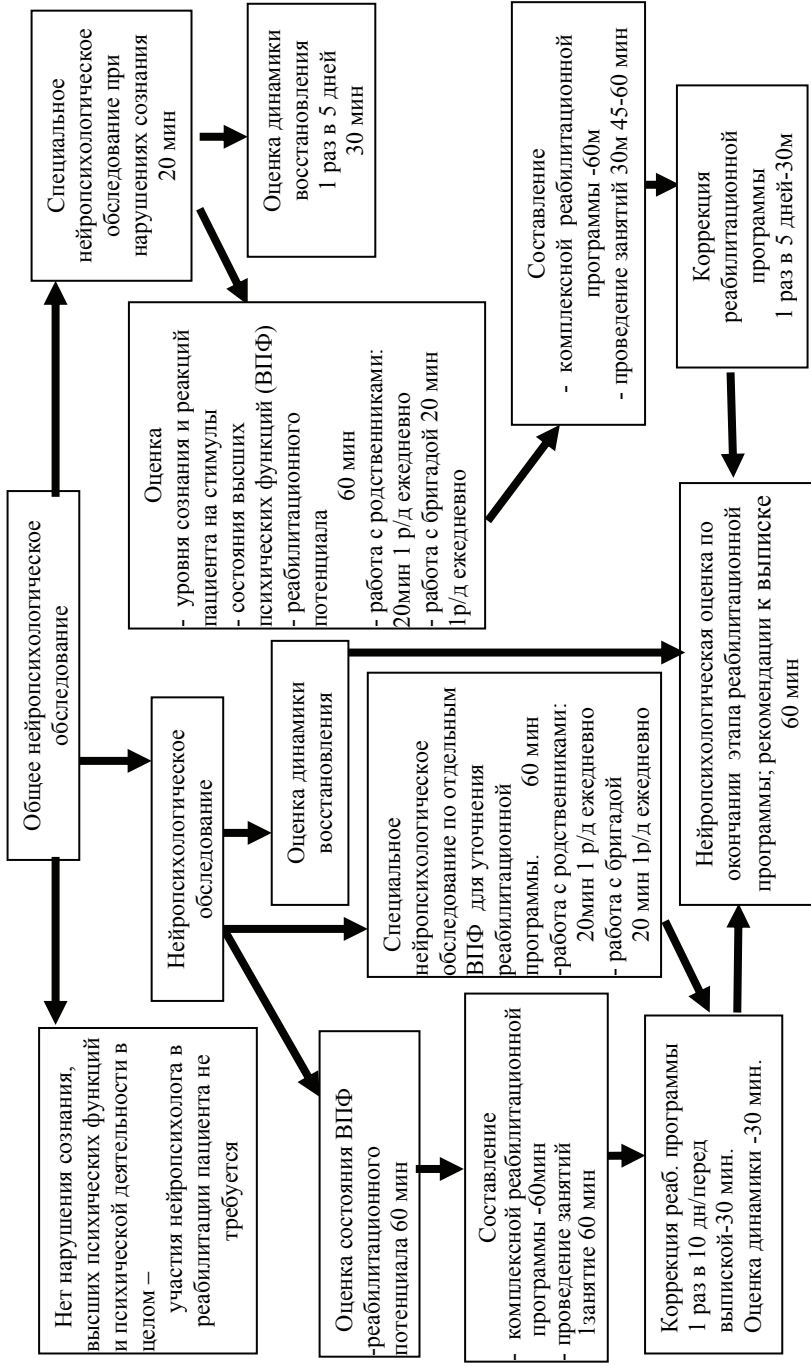
СВЯЗАННЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ СООБЩЕСТВ РФ

1. Клинико-психологическая диагностика и реабилитация пациентов с грубыми нарушениями памяти при повреждениях головного мозга. http://psyrus.ru/med_psy/klinicheskie-rekomendatsii/
2. Клинико-психологическая диагностика и реабилитация пациентов с нарушениями регуляторных функций при повреждениях головного мозга. http://psyrus.ru/med_psy/klinicheskie-rekomendatsii/
3. Клинико-психологическая диагностика и реабилитация пациентов с нарушениями мышления при повреждениях головного мозга. http://psyrus.ru/med_psy/klinicheskie-rekomendatsii/
4. Клинико-психологическая диагностика и реабилитация пациентов апраксиями после повреждения головного мозга. http://psyrus.ru/med_psy/klinicheskie-rekomendatsii/
5. Клинические рекомендации «Реабилитация в интенсивной терапии» [<http://rehabrus.ru/materialyi/normativnaya-baza-i-klinicheskie-rekomendaczii/>]
6. Клинические рекомендации «Нейрореабилитация в нейрохирургии» [<http://ruans.org/Documents>]

МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

| Обязательная составляющая модели | Описание составляющей |
|--|--|
| Клиническая ситуация | Состояния после повреждения головного мозга различной этиологии |
| МКБ-10 | C69-C72; D32, D33; G00-G09; G20-G26; S00-S09; T36-T50 |
| Исключаются группы заболеваний согласно МКБ-10 | Нет |
| Домены МКФ, связанные с диагностикой сознания | b110 Функции сознания b114 Функции ориентированности Все домены d (1-9) |
| Домены МКФ, связанные с реабилитацией пациентов нарушениями сознания | b110 Функции сознания b114 Функции ориентированности Все домены d (1-9) |
| Определитель кода МКФ, отмечающий величину уровня здоровья | xxx.1 – легкие проблемы xxx.2 - умеренные проблемы xxx.3 – тяжелые проблемы xxx.4 – абсолютные проблемы |
| Этапы реабилитации (Приказ МЗ РФ № 1705н от 29.12.2012) | 1,2,3 |
| Возраст пациента | От 18 лет |

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



ОПРЕДЕЛЕНИЕ

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).

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 (Laughey S., Tononi G., 2009). Особое значение придается таламо-кортикальному пути и корково-корковым внутрислобным 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).

Признаком выхода их 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 непроизвольные 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, преходящее) 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 (Giardino 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, локализируют 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.

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 опущенная, 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 Варолиева 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.

Цели клинико-психологической и нейропсихологической диагностики пациентов с нарушениями сознания:

- Проведение специального нейропсихологического обследования, направленного на углубленное исследование состояния сознания.
- Выявление структуры и степени выраженности нарушений сознания
- Количественная оценка (по возможности) степени нарушения сознания
- Оценка компенсаторного ресурса в виде сохранных звеньев высших психических функций

Критерии качества клинико-психологической и нейропсихологической диагностики:

- Наличие клинико-психологического заключения, содержащего анализ состояния эмоциональной, мотивационной сфер в процессе обследования, критичности к своему заболеванию и допускаемым ошибкам, наличии жалоб и оценка адекватности их предъявления¹.
- Наличие нейропсихологического заключения, содержащего качественный и, по-возможности, количественный, анализ выполнения больным различных нейропсихологических проб и тестов, направленных на оценку состояния сознания.
- Использование соответствующей психологической и нейропсихологической терминологии для описания сознания.
- Наличие психологически обоснованного вывода о состоянии сознания.
- Наличие (в случае необходимости) психологически обоснованного вывода о дисфункции соответствующих мозговых зон.

Цели клинико-психологической и нейропсихологической реабилитации пациентов с нарушениями сознания:

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

- Поддержание и раннее восстановление когнитивного и эмоционального статуса
- Минимизация структуры и степени выраженности нарушений сознания, когнитивных, эмоциональных и поведенческих нарушений.

Критерии качества клинико-психологической и нейропсихологической реабилитации²:

- Повышение уровня сознания, оцениваемое качественным и/или количественным методом
- Появление невербального/вербального контакта для пациентов в вегетативном состоянии, появление реакций на внешние стимулы³
- Увеличение времени удержания внимания и/или контакта
- Улучшение ориентировки в месте, времени и собственной личности для пациентов в состоянии амнестической спутанности
- Снижение проявлений нарушений в когнитивной, эмоциональной, либо поведенческой сферах
- Обучение действиям или операциям⁴ (в зависимости от поставленных реабилитационных целей).

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)

² Достаточным для положительной оценки качества считается выполнение одного пункта. Отсутствие положительной динамики не может являться основанием для негативной оценки качества оказываемых услуг.

³ При их отсутствии к началу реабилитационного процесса

⁴ Здесь и далее термины деятельность, действие и операция употребляются с позиций психологической теории деятельности А.Н.Леонтьева.

- шкала уровней когнитивных функций (медицинский центр Ранчо Лос Амигос (Hagen С., 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. Уroveň произвольности движений и действий:

- непровольные 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

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).

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 Н.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: <ul style="list-style-type: none"> • Coma Recovery Scale (CRS) • Шкала уровней когнитивных функций (LCFS) Шкала стадий восстановления психической деятельности (Т. А. Доброхотова) | Проведение 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 | Нейропсихологическая диагностика с применением классических методик (батарея А. Р. Лурии) и количественных тестов (см. Приложение 3) |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | симптоматики при спонтанном восстановлении | |
| | 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:

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

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

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

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ В СНИЖЕННЫХ СОСТОЯНИЯХ 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.

Предлагаемые подходы и методы клинико-психологической реабилитации могут быть использованы на всех этапах реабилитации пациентов (Приказ Минздрава России 1705н).

В современной когнитивной (клинико-психологической) 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 большим знанием, 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 клинико-психологической 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

Эффективность реабилитационных мероприятий и прогноз

Важной проблемой, возникающей в связи с вопросом об эффективности реабилитации пациентов в сниженных состояниях сознания, является проблема длительности качественного перехода от одной стадии восстановления сознания к последующей. Для такой наиболее тяжелой категории пациентов расширение возможностей пациента, проявление минимальных изменений в рамках одной стадии восстановления сознания является одним из главных критериев эффективности проводимых мероприятий.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА В МДБ.

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

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

Наиболее частые ошибки окружения больного:

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

Необходимые действия психолога:

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

РАСЧЕТ СТОИМОСТИ УСЛУГ ПО ДИАГНОСТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ СОЗНАНИЯ

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

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

| Код | Наименование | Частота | Оптимальное число занятий ⁵ |
|----------------|--|------------|--|
| A13.23.013 | Специальное нейропсихологическое обследование | 1р/нед. | - |
| A13.23.012 | Общее нейропсихологическое обследование | 1р за курс | |
| A13.29.005 | Нейропсихологическое обследование | 1р за курс | - |
| A13.29.001.001 | Сбор анамнеза и жалоб больного с нарушениями психической сферы | 1р за курс | - |
| A21.23.004 | Составление индивидуальной программы нейропсихологической реабилитации. | 1р/нед. | - |
| A13.23.011 | Нейропсихологическая коррекционно-восстановительная процедура при нарушениях психических функций | 3-5р/нед. | 12 |
| A21.23.005 | Нейропсихологическая реабилитация | 3-5р/нед. | 12 |

⁵ Число занятий, необходимое для достижения одной узкоспециализированной цели при реабилитации больного с нарушениями сознания, либо для вынесения предварительного заключения о сниженном реабилитационном потенциале

| | | | |
|-------------|--|----------------|---|
| A13.29.013 | Процедуры по адаптации к условиям микросреды | 1р/нед | 5 |
| A21.23.006 | Обучение родственников пациента тактике и методам восстановления когнитивных функций больных | 1р/нед | 5 |
| B04.069.001 | Школа психологической профилактики для пациентов и родственников | 2р за курс | - |
| B05.023.001 | Услуги по реабилитации пациента, перенесшего острое нарушение мозгового кровообращения | 20 за 2 недели | - |
| B05.024.002 | Услуги по реабилитации пациента, перенесшего нейрохирургическую операцию | 20 за 2 недели | - |

ЛИТЕРАТУРА

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. Приказ Минздрава России от 29.12.2012 N 1705н "О порядке организации медицинской реабилитации" (Зарегистрировано в Минюсте России 22 февраля 2013 г. N 27276).
34. Психология сознания / Сост. и общая редакция Л. В. Куликова. — СПб.: Питер, 2001. — 480 с.
35. Райх В. Анализ личности. // СПб.: <Ювента>, 1999. - С 333
36. Сергеев Д. В. Структурные комы: диагностика и исходы. Материалы лекции//Научный центр неврологии РАМН – доклад 22 мая 2014 г.
37. 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.
38. 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

39. Хомская Е. Д. Нейропсихология: 4-е издание. — СПб.: Питер, 2005. — 496 с
40. 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.
41. 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
42. 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.
43. Aspen Neurobehavioral Conference Workgroup. Assessment, prognosis and treatment of the vegetative and minimally conscious states: the Aspen Neurobehavioral Conference Consensus Statement.
44. Boadella D. Lifestreams an introduction to biosynthesis//London; New York: Routledge & Kegan Paul - 1987- p 173.
45. 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.
46. 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.
47. Giacino J. T., Ashwal S., Childs N., et al. The minimally conscious state: Definition and diagnostic criteria// Neurology — 2002 — 58(3) — P. 34 —53
48. 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.
49. 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.
50. 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
51. Laureys S., Tononi G. The Neurology of Consciousness: Cognitive Neuroscience and Neuropathology. // Academic Press – 2009 – P. 423

52. 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.
53. Marcher L, Fich S. Body Encyclopedia: A Guide to the Psychological Functions of the Muscular System// North Atlantic Books - 2010- p.528
54. 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.
55. 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.
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 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.
58. 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.
59. 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.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

| ФИ пациента | | Диагноз: | | | | Возраст: |
|---|--|----------|---|---------------------------|---|----------|
| Дата поступления: | ШКГ при поступлении: | Диагноз: | | Дата начала обследования: | | |
| Стадии восстановления психической деятельности после длительной комы по Т. А. Доброхотовой | | | | | | |
| | Недели | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| | Дата | | | | | |
| Стадия | Описание состояния пациента | | | | | |
| 1 | психическая деятельность отсутствует | | | | | |
| 2 | психическая деятельность отсутствует. | | | | | |
| 2.1 | 1. <i>Стадия разрозненных реакций</i> с краткими периодами бодрствования. Глазные яблоки неподвижны или совершают плавающие движения. Возможны экстрапирамидные 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. Стадия реинтеграции простейших психо моторных и психосенсорных реакций. 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 | <i>1. Стадия восстановления понимания речи.</i> Больные лежат с открытыми глазами, поворачивают голову в сторону звука или света. У них постоянны и устойчивы фиксации взора и слежение. Возможно выполнение простых инструкций. (возможно проведение неполного адаптированного нейропсихологического обследования) | | | | |
| 5.2 | <i>2. 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 | | | | |
| <i>Составлено по Дордохотова Т.А. Нейропсихиатрия // Новосибирск. - 2006. - С. 304.</i> | | | | | |

