

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

**The National Association against stroke
All-Russian Society of Neurologists
Union of Russian rehabilitators
Russian Psychological Society**

**КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ
С АПРАКСИЯМИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА**
Клинические рекомендации (2015)

**CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH
APRAXIA BRAIN DAMAGE**
Clinical practice guidelines (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. (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

ОГЛАВЛЕНИЕ:

Предисловие
Введение
Методология
Строение и мозговая организация высших психических функций
Определение апраксии
Нейропсихологическая диагностика пациентов с апраксиями
Нейропсихологическая реабилитация пациентов с апраксиями
Эффективность реабилитационных мероприятий больных с апраксиями
Недопустимые действия при апраксии
Профилактика
Психологическое консультирование и психологическая помощь родственникам пациентов с апраксиями
Литература
Приложения
Приложение 1
Приложение 2
Приложение 3
Приложение 4
Приложение 5

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; Ключко, 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; 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 мозга. Они могут наблюдаться при цереброваскулярных, нейродегенеративных, инфекционных и воспалительных заболеваниях, травматических повреждениях, нейроонкологических поражениях головного мозга, дисметаболических и токсических энцефалопатиях, эпилепсии.

Нарушения высших 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 состояния отдельных высших психических функций, определении зоны поражения мозга и описании психологического статуса больного. Кроме того, необходимо понимать наличие и степень выраженности эмоционально-личностных трудностей и нарушений, которые часто встречаются у пациентов с повреждениями головного мозга. Такая диагностика направлена на выявление дефекта, возникающего при органическом поражении мозга, степени его выраженности, на оценку ухудшения повседневной активности и является необходимым предварительным этапом для дальнейшего проведения реабилитационных мероприятий.

Оценка состояния высших психических функций осуществляется в ходе нейропсихологического обследования с помощью, позволяющего выявить нарушенные и сохраненные компоненты в структуре высших психических функций. Клинико-психологическая (патопсихологическая) оценка состояния эмоционально-личностной сферы осуществляется в ходе комплексного патопсихологического исследования. Использование психометрических тестов позволяет провести количественную оценку степени выраженности нарушения отдельных психических функций, описать динамику изменений в их состоянии в ходе 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).

Нарушения бытовой, профессиональной и социальной деятельности связаны со стойкими или преходящими нарушениями высших психических функций, эмоционально-личностной сферы. Эти нарушения могут быть полностью или частично устранены с помощью реабилитационных процедур и приемов, направленных на восстановление как отдельных психических функций, так и на улучшение повседневной активности и эмоционально-личностного статуса пациента.

Медицинский психолог проводит первичное общее 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 Минздрава России N 541н. Зарегистрирован в Минюсте РФ 25 августа 2010 г. Регистрационный N 18247).

Обследование медицинского психолога проводится с целью диагностики состояния высших психических функций и эмоционально-личностной сферы. После первичного обследования, в ходе которого используются клиническая беседа и пробы, адек-

ватные тяжести состояния пациента, медицинский психолог принимает решение о необходимости

- нейропсихологического обследования данного пациента
- 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 номенклатуры медицинских услуг по медицинской психологии видам деятельности медицинского психолога представлено в Приложении 2.

Категории пациентов, нуждающихся в клиничко-психологическом обследовании: больные с повреждениями головного мозга любой этиологии.

Клинические рекомендации представляют собой практическое руководство для медицинских психологов по реабилитации больных с нарушением регуляторных функций.

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 комиссии по медицинской реабилитации Экспертного Совета МЗ.

Соответствие наименования услуги из перечня номенклатуры медицинских услуг по медицинской психологии видам клиничко-психологического обследования и реабилитации представлено в Приложении 3.

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, 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 также регистрировались.

Консультации и экспертная оценка

Последние изменения в настоящих рекомендациях были представлены для дискуссии в предварительной версии на XI Международном конгрессе «Нейрореабилитация 2015» в июне 2015 г. Предварительная версия была выставлена для широкого обсуждения на сайте www.expdata.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.psyurus.ru/>

Проект рекомендаций был рецензирован также независимыми экспертами, которых просили прокомментировать, прежде всего, доходчивость, точность интерпретации доказательной базы, лежа-

щей 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 высшие 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 метода синдромного анализа, опирающийся 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, являющихся этапами нейропсихологической диагностики:

1. выявление симптомов нарушения разных психических функций;
2. квалификация симптомов;
3. определение первичного и вторичного дефектов, поиск нейропсихологического фактора, объединяющего выявленные симптомы в нейропсихологический синдром;
4. определение локализации мозгового повреждения в соответствии с обнаруженным фактором.

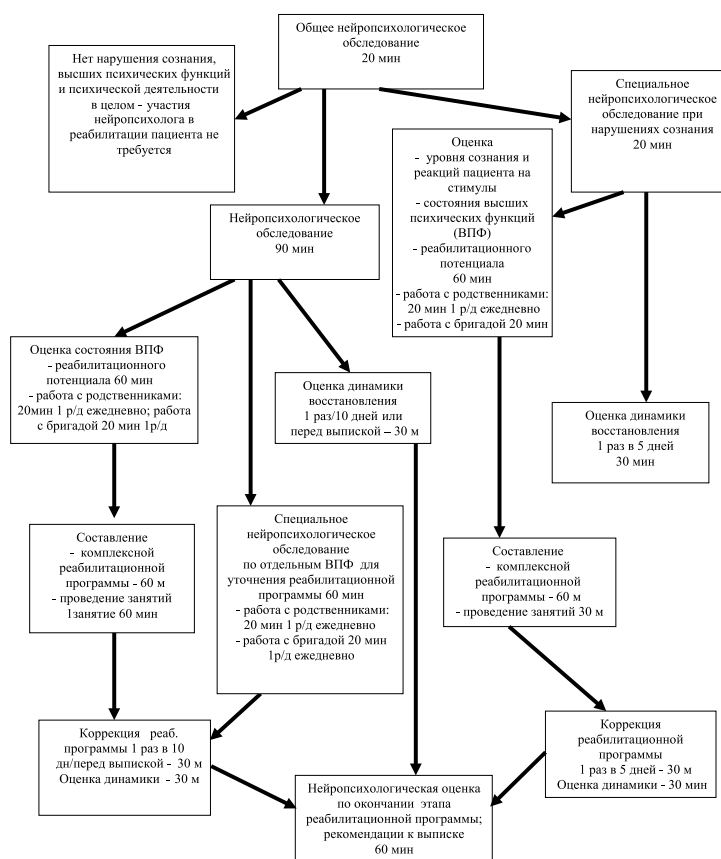
Системная организация психических процессов проявляется в том, что каждый раз нарушение функциональной системы носит специфический характер, оно зависит от того, какой дефект является первичным, какие системные следствия он вызвал. Эта специфика описывается с помощью понятий «первичные нарушения», «вторичные 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 (А.Р. Лурия, 1969, с. 76; Akhutina T., Glozman Zh., Moskvich L., 2004, p. 199).

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



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 ретикулярная формация, 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.

Третичные поля, или задняя ассоциативная область находятся на стыке теменной, височной и затылочной областей. В функцию этих полей 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, 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 АПРАКСИИ

В наиболее общем виде апраксию можно определить как вознившее вследствие заболевания или травмы нарушение возможности выполнения выученных произвольных движений, которое обусловлено поражением высшего уровня двигательных функциональных систем и не может быть объяснено элементарным двигательным или чувствительным дефицитом, либо непониманием сути двигательной задачи (Лурия А.Р., 2002).

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПАЦИЕНТОВ С АПРАКСИЯМИ

Диагностика апраксии может быть осуществлена преимущественно в двух аспектах Международной классификации функционального ограничения, ограниченной жизнедеятельности и здоровья (Международная классификация..., 2003):

- механизмов и функций
- жизнедеятельности

Нейропсихологическая диагностика праксиса в аспекте механизмов и функций

Исследование праксиса проводится в рамках комплексного нейропсихологического обследования по системе А.Р.Лурия (Лурия А.Р., 1969) и, следовательно, предполагает соблюдение основных принципов нейропсихологической диагностики, разработанных в рамках теории системно-динамической локализации высших психических функций:

- Качественный анализ дефекта и его количественная оценка
- Выделение первичного дефекта и его вторичных системных следствий
- Анализ как результата, так и особенностей процесса выполнения проб
- Выявление как нарушенных, так и сохранных звеньев
- Динамичность проведения обследования
- Синдромный характер анализа
- Учет текущего состояния больного
- Учет преморбидного состояния больного

В рамках теории системной динамической локализации высших психических функций (Лурия А.Р., 2002) выделяются такие 4 основные компонента праксиса, как кинетический, кинестетический, пространственный и регуляторный.

Для более точного описания результатов нейропсихологического обследования отдельные компоненты праксиса могут быть детализированы следующим образом:

- Кинетический (динамический) компонент
 - кинетический мануальный
 - кинетический мануальный графический
 - кинетический оральный
- Кинестетический компонент
 - Кинестетический мануальный
 - Кинестетический оральный
- Пространственный компонент
 - Пространственный мануальный
 - Пространственный графический
- Регуляторный компонент

Нарушениям указанных компонентов праксиса соответствуют 4 формы апраксии (Лурия А.Р., 1969; 2002):

1) *Кинетический компонент праксиса*, нарушению которого соответствует кинетическая (динамическая) апраксия. В зарубежных публикациях эта форма нарушений часто описывается как «лимбико-кинетическая» апраксия. Отличается нарушением плавности и дезавтоматизацией движений и действий, «застреванием» на отдельных фрагментах (персеверация), нарушением «кинетической мелодии» и «динамики двигательного акта». Возникает при повреждении премоторных областей коры головного мозга. Кинетическая апраксия может сочетаться с выделенной А.Р. Лурией (Лурия А.Р., 1969; 2002) эфферентной моторной афазией, в основе которой лежит нарушение сукцессивной организации речи. Подробное описание этой формы афазии, а также методов ее диагностики и реабилитации изложено в клинических рекомендациях по нарушениям речи.

2) *Кинестетическая апраксия* («эфферентная кинестетическая апраксия», «апраксия позы»). В зарубежных публикациях эта же форма нередко обозначается как «идеомоторная» апраксия. Она проявляется расстройством тонких дифференцированных

движений при действиях с реальными и воображаемыми предметами, а также при копировании этих действий. Рука не может найти нужное положение и приспособиться к свойствам используемого предмета. Характерен поиск необходимой позы и ошибки, особенно при отсутствии зрительного контроля. Происхождение этой формы апраксии связано преимущественно с повреждением теменных областей коры головного мозга. Однако после внедрения в клиническую практику методов нейровизуализации появились данные о возможности развития данной формы апраксии также и при очагах в лобной доле при прерывании межполушарных кортико-кортикальных связей или кортико-субкортикальных связей с базальными ганглиями и таламусом (Leiguarda R.C., Marsden C.D., 2000). Кинестетическая апраксия может сочетаться с выделенной А.Р. Лурией (Лурия А.Р., 1969, 2002) афферентной моторной афазией, в основе которой лежит нарушение обратной кинестетической обратной афферентации от органов артикуляции. Подробное описание этой формы афазии, а также методов ее диагностики и реабилитации изложено в клинических рекомендациях по нарушениям речи.

3) *Пространственная апраксия*. Характеризуется нарушением пространственно-ориентированных движений, координации совместных движений рук (больному становится трудно застелить постель, одеться и т.п.), хотя простые одиночные ранее заученные жесты руки воспроизводятся правильно. К этому типу расстройств относится и конструктивная апраксия, проявляющаяся в трудности конструирования, построения целого из отдельных элементов. Нет четкой разницы при выполнении движений с открытыми и закрытыми глазами, и зрительный контроль больному не помогает. Эта форма апраксии возникает при повреждении теменно-височно-затылочной области головного мозга.

4) *Регуляторная апраксия или «префронтальная апраксия»*. В зарубежных публикациях ближе всего ей соответствует «идеаторная» апраксия. Эта форма нарушения праксиса проявляется в том, что пациент не может распланировать последовательность шагов, необходимую для выполнения нового, ранее не заученного сложного действия, и не может контролировать его выполнение. Возникают трудности усвоения двигательных программ, эхопраксия, системные (затрагивающие не отдельные элементы движения, а всю его программу) персеверации. Элементарные и хорошо усвоенные простые действия с предметами (такие, как зажигание спички) могут осуществляться успешно, однако выполнение менее привычных манипуляций по инструкции вызывает сложности. Больной не осознает свои ошибки и не пытается их исправить. Развитие этой формы апраксии связывают, прежде всего, с поражением префронтальной коры лобных долей, хотя после внедрения в клиническую практику методов нейровизуализации представления о ее нейроанатомических коррелятах расширились.

Различные нейропсихологические тесты выявляют различные аспекты нарушений праксиса и имеют разную чувствительность к разным видам апраксии, однако ни одна проба в отдельности не позволяет выявлять это расстройство достаточно надежно. В этой связи при диагностике апраксии обычно применяется ряд заданий.

Наиболее чувствительными и специфичными для диагностики кинестетического мануального праксиса (Григорьева В.Н., Нестерова В.Н., 2013) являются пробы:

а) Тест «Воспроизведение позы пальцев руки» (Лурия А.Р., 2002). Испытуемого просят закрыть глаза. Медицинский психолог придает кисти и пальцам испытуемого определенную произвольную позу и просит его запомнить ее, затем устраняет эту позу и возвращает кисть и пальцы больного в нейтральное положение, после чего просит пациента самостоятельно воспроизвести ранее установленное положение руки. Задание выполняется каждой рукой по отдельности. Оценивается точность воспроизведения позы, временные характеристики выполнения задания, а также способность пациента исправлять ошибки самостоятельно или по подсказке.

б) Копирование положений кисти руки медицинского психолога (по Kimura D., Archibald Y., 1974). Испытуемый сидит напротив медицинского психолога за столом, рука опирается локтем на стол. Медицинский психолог демонстрирует определенное положение кисти, держит ее перед взором испытуемого в течение всего испытания и просит пациента выполнить такой же жест (время не ограничивается). Больному предлагается поочередно скопировать шесть статических поз кисти той же самой рукой (правой или

левой), как и медицинский психолог (Рис. 1). Задание выполняется каждой рукой по отдельности. При качественном анализе результатов теста оцениваются точность воспроизведения позы, временные характеристики выполнения задания, а также способность пациента исправлять ошибки самостоятельно или по подсказке. Количественная оценка для каждой из поз кисти осуществляется по 2-бальной системе: 1 балл: поза правильно скопирована; 0 баллов: поза скопирована неправильно. Максимальная оценка результатов теста при копировании 6 разных поз для каждой руки составляет 12 баллов.

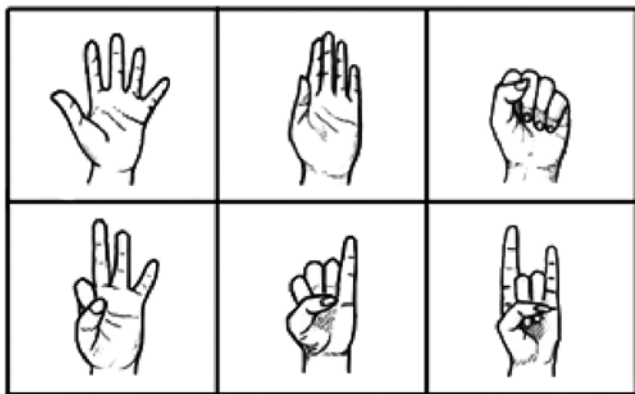


Рис. 1. Задания для копирования положений руки медицинского психолога (по Kimura D., Archibald Y., 1974).

Для диагностики кинестетического орального праксиса используются пробы:

- а) Построение отдельных оральных поз
- б) Выполнение оральных действий

Для диагностики кинетического мануального праксиса наиболее часто используются следующие пробы:

- а) Трехэтапная проба «Кулак-ладонь-ребро» (Лурия А.Р., 2002)

Перед началом теста медицинский психолог демонстрирует испытуемому образец выполнения задания: поочередно опускает на стол сжатую в кулак ладонь, затем раскрытую ладонь вертикально на ее медиальный край, затем раскрытую кисть горизонтально ладонью вниз, показывая правильную последовательность движений три раза.

Если больной не может самостоятельно воспроизвести двигательную программу после ее демонстрации, медицинский психолог вновь повторяет показ, обозначая каждое движение словами «кулак» – «ребро» – «ладонь». Задание выполняется для каждой руки по отдельности. Оценивается скорость формирования двигательного стереотипа, способность к переключению и удержанию двигательной программы, допускаемые ошибки. При качественном анализе результатов теста описываются возможные неточности и ошибки.

б) Варианты проб на графический мануальный праксис (например, проба «Забор», Рис. 2).

- в) Проба «Игра на рояле»

- г) Проба на реципрокную мануальную координацию

Для диагностики кинетического орального праксиса чаще всего применяются следующие пробы:

- а) Последовательность оральных поз
- б) Последовательность оральных действий

Весьма чувствительными пробами для диагностики пространственного мануального праксиса являются следующие тесты:

- а) Пробы Хеда
- б) Кубики Кооса
- в) Куб Линка
- г) Тест «Складывание геометрических фигур из спичек», вариант копирования (Benson D.F., Barton M.I., 1970).



Рис. 2. Проба «Забор»

Перед проведением теста медицинский психолог садится рядом с испытуемым. Он предоставляет испытуемому 4 спички, а из других двух спичек делает фигуру, которую просит точно скопировать (Рис. 3). Тест является бимануальным, однако испытуемому разрешается действовать лишь одной рукой, если ему так удобнее. Исследование продолжают лишь после того, как испытуемый понял задание и правильно скопировал фигуру из двух спичек. После того, как медицинский психолог удостоверится, что испытуемый понял суть задания, проводится сам тест, включающий десять испытаний. Во время каждого из них медицинский психолог конструирует определенную фигуру из двух, трех или четырех спичек и просит испытуемого скопировать эту фигуру. Сложность фигуры от испытания к испытанию возрастает. Пациенту предоставляют столько времени, сколько ему нужно для точного выполнения задания.

Качественная оценка результатов заключается в описании допускаемых пациентами временных (замедление действий или импульсивность) и пространственных ошибок, а также скорости выполнения задания, возможности самостоятельного исправления ошибок. Количественная оценка результатов соответствует числу правильно выполненных испытаний. Максимальное число баллов составляло 10. В случае пяти последовательно неправильно выполненных заданий исследование прекращают и выставляют общую оценку, равную «0».

Для диагностики **пространственного графического праксиса** чаще всего используются следующие пробы:

- Копирование куба, стола, домика
- Копирование плана
- Копирование фигуры Рея-Остеррица и Тейлора
- Копирование с перешифровкой

Обсуждая диагностику регуляторной апраксии, следует отметить, что регуляторный компонент является неспецифическим звеном при выполнении любых форм произвольной деятельности, поэтому, строго говоря, любое задание, в котором выполняется произвольное движение, может быть показательным при диагностике регуляторной апраксии. Тем не менее, для диагностики данного вида апраксии в качестве наиболее чувствительных могут быть использованы двигательные пробы, в которых регуляторный компонент играет одну из ведущих ролей:

- Выполнение одиночных движений по инструкции
- Кулак-ладонь-ребро (кулак-кольцо)
- Выполнение ассиметричных двигательных программ (ассиметричное постукивание и т.д.)
- Условные реакции
- Реакции выбора
- Конфликтные реакции выбора

Следует отметить, что пробы на регуляторный праксис отражают не только состояние регуляторного праксиса, но сохранность фактора программирования, регуляции и контроля деятельности в целом. Поэтому более подробное изложение диагностики данного вида нарушений изложено в клинических рекомендациях «Нейропсихологическая диагностика и нейропсихологическая реабилитация нарушений управляющих (регуляторных) функций и критичности при повреждениях головного мозга»

Кроме классических проб из батареи А.Р. Лурия при диагностике регуляторной апраксии могут быть использованы задания по выполнению мало привычной для пациента программы действий, включающей несколько последовательных этапов (например, зажечь спичкой свечу), поскольку такие задания представляют наибольшие трудности для пациентов с указанным расстройством.

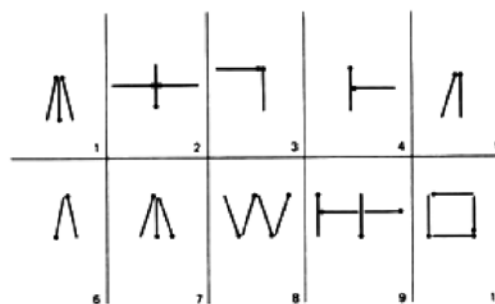


Рис. 3. Задания для теста «Складывание фигур из спичек»

Используются пробы на сложные действия с использованием серии (ряда) предметов по вербальной команде. Например, в соответствии с методикой E. De Renzi и F. Lucchelli (1988) больному предлагают выполнить по очереди три сложные последовательные действия: зажечь свечу (свеча, подсвечник и спичечный коробок лежат горизонтально на столе перед пациентом); выпить стакан воды (на столе перед ним находятся закрытая бутылка с водой и стакан); погладить белье (утюг, ткань и обесточенная розетка располагаются на столе перед пациентом). Медицинский психолог дает больному подсказки, побуждает его к действию, ободряет в случае затруднений и даже указывает на предмет, если больной стойко игнорирует его, но никогда специально не объясняет и не показывает, как использовать предмет. Он настаивает на том, чтобы действие было выполнено так, как оно выполняется в повседневной жизни. Задание выполняется двумя руками, хотя испытуемому и разрешается в большей степени вовлекать ту руку, которой ему удобнее действовать. Если двучленные движения затруднены из-за выраженных двигательных и (или) чувствительных нарушений в одной из рук, то медицинский психолог оказывает помощь пациенту в осуществлении действия, придерживая предмет или заканчивая начатое. Оценивается скорость и правильность выполнения задания, анализируется характер допускаемых ошибок и возможность самостоятельного исправления их больным.

Расширенный список методик, используемых для диагностики апраксий, а также подробное описание методического материала, инструкций, вариантов проведения и интерпретации результатов содержатся в ряде работ (Лурия А.Р., 1969, 2002; А.П. Бизюк, 2005).

В последние годы все большее применение в клинической практике стали находить стандартизированные скрининговые количественные методики диагностики апраксии. Так, например, Vanbellingen T. и соавт. (2011) представили детальное описание своего скринингового «Теста на апраксию в руках» (Test of Upper Limb Apraxia или TULIA, англ.). Тест включает 12 конкретных заданий: одно на выполнение бессмысленного жеста, три – на выполнение беспредметных коммуникативных жестов и восемь – на выполнение предметных действий. Из этих 12 заданий 7 жестов представляют собой воспроизведение (копирование) действий медицинского психолога, а 5 – пантомиму. Жесты должны быть воспроизведены испытуемым после того, как медицинский психолог продемонстрирует их и произнесет вслух инструкцию, то есть применяются и зрительная невербальная, и вербальная команды. Обследование проводится для правой и левой руки отдельно. Оценка за каждое задание проставляется в оценочном листе сразу после его завершения и составляет либо 1 (выполнил правильно), либо 0 (не выполнил правильно) баллов. Максимально возможная оценка составляет 12 баллов. Апраксия диагностируется при суммарном показателе теста менее 9 баллов. Оценки от 8 до 5 баллов соответствуют умеренной, а 4 и менее баллов – выраженной степени апраксии. В случае, если у больного имеются тяжелые речевые расстройства с нарушением понимания обращенной речи, при его обследовании допускается применение только тестов на копирование жестов, при этом апраксия диагностируется при суммарной оценке менее 5 баллов. Детальное описание этого теста приводится в статье указанных авторов на английском языке; русскоязычная версия теста в настоящее время не валидирована.

В целом за последние 40 лет опубликовано более 20 авторских способов диагностики апраксии. В то же время, до сих пор не существует общепринятых и хорошо стандартизированных методик, которые могли бы служить «золотым стандартом» диагностики отдельных видов апраксии (Vanbellingen T., Bohlhalter S., 2011; Dovern A. и соавт., 2012). Имеющиеся стандартизированные наборы тестов (такие, как вышеупомянутая методика TULIA) обладают хорошими психометрическими свойствами и удобны для использования в клинической практике, однако они направлены на диагностику апраксии в целом и не позволяют распознавать отдельные ее варианты.

Для количественной оценки праксиса и степени влияния его нарушений на моторные повседневные навыки пациента можно использовать также и тесты, разработанные для исследования функциональных возможностей руки в целом, такие как:

- Тест с колышками и отверстиями (Nine-Hole Peg Test)
- Тест для руки Френчай (Frenchay Arm Test)
- Тест исследования руки (Action Research Arm Test)

Описание указанных и других методик содержится в коллективной монографии под редакцией А.Н. Беловой и О.Н. Щепетовой (Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации, 2002). При интерпретации результатов выполнения такого рода заданий особенно важно анализировать не только количественные показатели, но и качественные особенности «рисунка» двигательной активности рук для того, чтобы выявить вклад, который вносят собственно нарушения праксиса в наблюдающиеся у больного затруднения выполнения заданий.

В целом необходимо отметить, что существующие на сегодняшний день методы количественной оценки нарушений праксиса позволяют определить лишь качественно неспецифический общий показатель расстройств. Этот показатель не отражает качественное своеобразие апраксии, т.е. не дает каких-либо указаний на форму апраксии, а указывает лишь общую степень ее выраженности. В связи с этим для диагностики определенных форм апраксии количественные методы диагностики необходимо сочетать с качественной оценкой выполнения больным действий и использовать наиболее чувствительные и специфичные для соответствующего вида апраксии пробы.

Нейропсихологическая диагностика праксиса в аспекте жизнедеятельности

В настоящее время разрабатываются методы диагностики апраксии, приближенные к повседневным проблемам пациентов, включая видеосъемку выполнения больным повседневных действий с последующей оценкой степени правильности жестов и движений группой обученных экспертов. Однако до настоящего времени широкого применения в практике эти методы не нашли из-за своей трудоемкости. Самым важным методом оценки влияния нарушений праксиса на повседневную активность пациента в настоящее время остается наблюдение специалиста за больным в его реальной жизни и правильностью выполнения им повседневных действий.

Для количественной оценки влияния праксиса на повседневную жизнедеятельность можно использовать Шкалу активностей повседневной жизни Ривермид (Rivermead Activities of Daily Living (ADL) Scales).

Описание этой и других методик содержится в коллективной монографии под редакцией А.Н. Беловой и О.Н. Щепетовой (Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации, 2002).

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

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С АПРАКСИЯМИ

Методологической основой отечественной реабилитации, 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), Фукалова Ю.А. и Шкловского В.М. (2014) и другими авторами.

На сегодняшний день в нейропсихологической реабилитации можно выделить две основные стратегии работы:

- Восстановление
- Замещение

Стратегия восстановления предполагает реконструкцию тех механизмов и навыков повседневной жизни, которые были присущи пациенту до болезни. Стратегия же замещения предполагает построение новых механизмов и навыков для осуществления прежних целей (Цветкова Л.С., 2001).

В случае более легких расстройств, как правило, имеет смысл восстанавливать пострадавший навык, а в случае более грубых нарушений праксиса – обучать больного самому использовать компенсаторные стратегии поведения, либо предоставлять ему внешние подсказки.

Нейропсихологическая реабилитация пациентов с апраксией в аспекте механизмов и функций

В рамках аспекта механизмов для преодоления апраксии используют следующие методы. Для преодоления регуляторной апраксии ведущим методом является:

- Создание развернутых программ деятельности и действий и их постепенное сворачивание

Подробное описание методов работы с регуляторной апраксией, как частью более широкого синдрома нарушения программирования, регуляции и контроля деятельности содержится в клинических рекомендациях «Клинико-психологическая реабилитация пациентов с нарушениями регуляторных функций при повреждении головного мозга»

Для преодоления кинестетической апраксии могут быть использованы следующие методы:

- пальчиковая гимнастика
- собирание мелких предметов со стола
- вкладывание маленьких предметов в большие
- лепка из пластилина
- вязание макраме
- определение структуры и формы предмета

Для преодоления кинетической апраксии могут быть использованы такие методы, как:

- обведение по контуру
- прописи
- одновременные движения двумя руками
- задания на реципронную координацию движений (не используемые в тестах и пробах)
- постепенное объединение отдельных поз в последовательность

Для преодоления пространственной апраксии могут быть использованы такие методы, как:

- восстановление представлений о схеме тела с помощью смыслового обыгрывания частей тела с использованием зрительных опор
- складывание фигуры человека (или лица) из элементов
- показ частей тела на себе, на рисунке, на другом человеке
- отработка ориентации в окружающем пространстве
- работа с географической картой, часами
- отработка пространственного расположения букв и фигур
- конструированию пространственно ориентированного объекта

В качестве общих рекомендаций, не отражающих специфику формы апраксии, зачастую указывают следующие приемы:

- привлечение дополнительных опор (картинки с изображением движения, реальный показ движения)
- анализ задач движений
- оречевление движений
- использование разнообразной обратной связи

Более подробное описание приведенных и других методов работы содержится в ряде работ (Шкловский В.М., Визель Т.Г., 2000; Емельянова М.А. и соавт., 2012; Григорьева В.Н., Нестерова В.Н., 2013).

Нейропсихологическая реабилитация пациентов с апраксией в аспекте жизнедеятельности

В работе с повседневными навыками можно выделить две стратегии:

- приспособление больного к окружающей среде
- приспособление окружающей среды к ограниченным возможностям пациента

Первая стратегия используется в случае относительно высокого реабилитационного потенциала пациента. Основной рекомендацией в данном случае является использование компенсаторных средств, как внутренних (самовербализация и т.д.), так и внешних (опора на картинку и др.).

Наиболее известными методами при работе по приспособлению пациента с апраксией к повседневным окружающим его условиям являются

- стратегический тренинг
- исследовательский тренинг
- метод безошибочного выполнения

Стратегия приспособления, реорганизации окружающей среды к возможностям пациента используется в случае низких реабилитационных возможностей пациента или в случае стагнации

положительной динамики. В рамках этой стратегии едва ли возможно предложить конкретные методики, т.к. окружающая пациентов среда уникальна. Однако, наиболее часто используются такие приемы, как:

- замена задач, предполагающих использование орудия, на задачи, при реализации которых орудие не требуется
- изменение планировки места пребывания

В процессе занятий руководствуются следующими принципами:

1) препятствуют закреплению неоптимальных двигательных стратегий и обучают больного новым и эффективным двигательным программам,

2) для компенсации расстройств праксиса в осуществление действия советуют вовлекать мышцы, которые до болезни в нем не участвовали. Так, например, в компенсаторных целях больным рекомендуется активнее задействовать проксимальные отделы рук, частично замещая этим дефекты движений кистей,

3) во время отработки двигательных навыков контролируют безошибочное завершение выполнения пациентом действия в целом. Для этого во время наиболее трудных этапов действия методист поддерживает больного и исправляет его ошибки. В то же время мелкие и не особо значимые ошибки больного игнорируются. Такая тактика позволяет привести пациента к завершению действия и не допустить его отказа от выполнения задания,

4) во время выполнения задания пациенту предлагают называть осуществляемое им действие или использовать вспомогательные картинки с изображением правильной последовательности движений,

5) внимание больного сознательно направляют на мышечно-суставные ощущения, возникающие у него при выполнении движения, для того, чтобы с их помощью анализировать правильные и неправильные двигательные фрагменты действия.

Проведение курса таких занятий позволяет улучшить те движения и бытовые навыки, которые подлежали тренировке. Однако эффект, достигнутый в отношении одного какого-либо навыка, не распространяется на другие. В этой связи рекомендуют выбирать для тренировок те действия, которые наиболее востребованы в повседневной жизни больного.

При восстановлении бытовых навыков важно также точно установить, является ли причиной их нарушений апраксия либо какое-то иное другое нейропсихологическое расстройство, и выбирать терапевтические воздействия, дифференцированные в зависимости от того, связано ли ухудшение навыка преимущественно с апраксией, пространственной дезориентацией, неглектом, дефицитом внимания или нарушением функции программирования и контроля.

В целом, основной стратегией реабилитации больного с апраксией является помощь в отработке значимого для него навыка в условиях, приближенных к реальной окружающей среде.

Более подробное описание приведенных и других методов работы содержится в ряде работ (Шкловский В.М., Визель Т.Г., 2000; Емельянова М.А. и соавт., 2012; Григорьева В.Н., Нестерова В.Н., 2013).

В целом важно еще раз отметить, что устранение апраксии само по себе не должно являться реабилитационной целью. Лечение должно фокусироваться на функциональной активности пациента, которую необходимо четко структурировать и при восстановлении которой важно использовать принцип безошибочного научения. Поскольку «перенос» эффекта тренировок достигается с трудом, то восстановительная терапия должна быть направлена, прежде всего, на важные для больного навыки повседневной активности и осуществляться в контексте, приближенном к условиям жизни пациента (Емельянова М.А. и соавт., 2012; Dovern A. и соавт., 2012).

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ И ПРОГНОЗ

Важной проблемой, возникающей в связи с вопросом об эффективности реабилитации пациентов с апраксией, является проблема распространения («переноса») успешного освоения одного навыка на другие, так называемая «генерализация» успеха (Емельянова М.А. и соавт., 2012). Для облегчения генерализации достигнутых результатов важно соблюдать условия:

- Навык должен быть отработан в максимальном количестве разнообразных ситуаций

- Перенос должен направляться медицинским психологом уже в течение самого обучения, так как автоматически он не происходит

На сегодняшний день наиболее распространенным методом повышения стойкости реабилитационного эффекта является регулярное повторение отработываемых навыков и закрепление усвоенных способов.

НЕДОПУСТИМЫЕ ДЕЙСТВИЯ ПРИ АПРАКСИИ

При апраксии не допускается:

- Разрешать самостоятельно пользоваться колющими, режущими, возгорающимися и другими опасными предметами до определения структуры и степени выраженности расстройств.
- Оставлять пациента без присмотра при выполнении какой-либо деятельности (например, в эргозоне).

ПРОФИЛАКТИКА

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

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ РОДСТВЕННИКАМ ПАЦИЕНТОВ С АПРАКСИЯМИ

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 расстройств при апраксии
- Помощь в выработке адекватных поведенческих стратегий во взаимодействии с больным
- Снятие психологического стресса, работа с эмоциональными реакциями родных и близких

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

Литература, используемая в рекомендациях

1. Ахутина Т.В., Пылаева Н.М. Работа с числовым рядом в восстановительном и коррекционном обучении. // Дефектология, 1993, N.2. – С. 47–50.
2. Ахутина Т.В., Пылаева Н.М. Система методов восстановительного обучения при грубой речевой патологии // Проблемы патологии речи. Отв. редактор В.В. Ковалев. М., 1989, с. 10–12.
3. Бизюк А.П. Компендиум методов нейропсихологического исследования. СПб.: Речь, 2005.
4. Гальперин П. Я. Психология мышления и учение о поэтапном формировании умственных действий // Исследование мышления в советской психологии. М., 1966.
5. 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.
6. Григорьева В.Н., Ковязина М.С., Тхостов А.Ш. Когнитивная нейрореабилитация больных с очаговыми поражениями головного мозга. М.: УМК «Психология» – МПСИ, 2006.
7. Григорьева В.Н., Нестерова В.Н. Апраксия рук в клинике ишемического инсульта: монография. - Нижний Новгород: Изд-во НижГМА, 2013. – 166 стр.
8. Емельянова М.А., Скворцов А. А., Зайкова А. В. Восстановление произвольных движений при апраксии: основные подходы, методы и существующие проблемы // В кн.: Наследие А.Р. Лурии в современном научном и культурно-историческом контексте: К 110-летию со дня рождения А.Р. Лурии / Сост.: Н. Корсакова, Ю. Микадзе. М.: Факультет психологии МГУ имени М.В. Ломоносова, 2012.
9. Зинченко Ю.П. Методологические проблемы фундаментальных и прикладных психологических исследований. Национальный психологический журнал; 2011; 5 (1): 42–49.
10. 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.
11. Зинченко Ю.П., Первичко Е.И. Постнеклассическая методология в клинической психологии: научная школа Л.С. Выготского – А.Р. Лурии. Национальный психологический журнал; 2012 (б); 8 (2): 32–45.
12. 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.
13. Зинченко Ю.П., Первичко Е.И., Тхостов А.Ш. Методологические основы и задачи психологической реабилитации онкологических больных // Вестник восстановительной медицины. – 2014. – №5 (63).
14. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. М.: Медицина, 1983.
15. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М.: ИЦ «Академия», 2002.
16. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. М.: 2-е Изд., 1969.
17. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. Краткая версия. 2003.
18. Микадзе Ю.В. Некоторые методологические вопросы качественного и количественного анализа в нейропсихологической диагностике. Вестник МГУ. Сер. 14. Психология. 2012. № 2, с. 96–103.
19. 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.
20. Проблемы афазии и восстановительного обучения. / Л.С. Цветкова (ред.) М.: Изд-во МГУ, 1979, с. 162.
21. 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.
22. Цветкова Л.С. Афазия и восстановительное обучение: Учеб.пособие для студентов психологических и дефектологических факультетов вузов. М.; Воронеж, 2001 (Сер. «Библиотека педагога-практика»).
23. Цветкова Л.С., Глоzman Ж.М., Калита Н.Г., Максименко М.Ю., Цыганок А.А. Социально-психологический аспект реабилитации больных с афазией. М.: Изд-во МГУ, 1980, 82 с.
24. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации / Под ред. А.Н. Беловой, О.Н. Щепетовой. М., 2002
25. Шкловский В.М., Визель Т.Г. Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии. М., 2000.
26. 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.
27. Akhutina T.V., Ghozman J.M., Moskvich L.I. Short glossary of Lurian terminology. In: A.R. Luria and Contemporary Psychology: Festschrift celebrating the centennial of his birth. Akhutina T.V., Ghozman J.M., Moskvich L.I., Robbins D. (Eds.) N.Y.: Nova Publishers, 2004, p. 199–200.
28. Benson D.F, Barton M.I. Disturbances in constructional ability // Cortex. – 1970. – Vol.6, Issue 1. – P. 19–46.
29. De Renzi E., Lucchelli F. Ideational apraxia // Brain. – 1988. – Vol. 111. – P. 1173–1185.
30. Dovern A., Fink G.R., Weiss P.H. Diagnosis and treatment of upper limb apraxia // J Neurol. – 2012. - Vol. 259, Issue 7. - P. 1269–1283.
31. Kimura D., Archibald Y. Motor functions of the left hemisphere // Brain. – 1974. – Vol. 97. – P. 337–350.
32. Leiguarda R.C., Marsden C.D. Limb apraxias. Higher-order disorders of sensorimotor integration // Brain. -2000. - Vol. 123, Issue 5. -P. 860-879
33. Pazzaglia M., Smania N., Corato E., Aglioti S.M. Neural underpinnings of gesture discrimination in patients with limb apraxia // The Journal of Neuroscience. - 2008. - Vol.28, Issue 12. – P. 3030–3041.
34. Vanbellingen T., Kersten B., Van de Winckel A., Bellini M., Baronti F., Müri R., Bohlhalter S. A new bedside test of gestures in stroke: the apraxia screen of TULIA (AST) // J Neurol Neurosurg Psychiatry. - 2011. - Vol. 82. – P. 389–392.
35. 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.
36. 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.
37. 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.
38. 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.

**Приложение
Приложение 1**

ТЕСТ С КОЛЫШКАМИ И ДЕВЯТЬЮ ОТВЕРСТИЯМИ – «NINE-HOLE PEG TEST»

(Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации, 2002)

Инструкция

Больной, сидящий за столом, должен вставить колышки в отверстия. Регистрируется время от начала выполнения этого задания до его завершения; Возможно также остановить больного через 50 сек и подсчитать число вставленных к этому времени колышков. Оценкой выполнения теста служит время в секундах, затрачиваемое на вставление одного колышка. В среднем здоровому человеку на это требуется около 2 секунд (18 секунд на выполнение теста).

Оборудование

1. 9 деревянных колышков (штифтов) длиной 32 мм и диаметром 9 мм;
2. Деревянная пластина-база с девятью отверстиями диаметром 10 мм и глубиной 15 мм, расположенных в три ряда по три отверстия в каждом, на расстоянии 15 мм друг от друга;
3. Крышка для базы, которая имеет хранилище для колышков глубиной 100 мм.

Приложение 2

ТЕСТ ДЛЯ РУКИ ФРЕНЧЕЙ – «FRENCHAY ARM TEST»

(Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации, 2002)

Испытуемый сидит за столом, руки лежат на коленях. Это положение является исходным для каждого задания. Задания должны выполняться пораженной рукой. За каждое успешно выполненное задание больной получает оценку в 1 балл, за невыполненное задание – 0 баллов.

1. Удерживать линейку и с ее помощью начертить линию, держа карандаш в другой (непораженной) руке. Задание считается выполненным успешно, если линейка удерживается стабильно.
2. Взять в руку цилиндр диаметром 12 мм и длиной 5 см, поставленный вертикально на расстоянии 15–30 см от края стола, поднять на высоту около 30 см и затем опустить на место, не уронив при этом.
3. Взять стакан, наполовину наполненный водой и поставленный на расстоянии 15–30 см от края стола, отпить воды и поставить стакан на место, не расгласкав при этом воду.
4. Снять, а затем установить на прежнее место бельевую прищепку, укрепленную на вертикальном колышке длиной 15 см и диаметром 10 мм. Колышек укреплен на квадратной дощечке (длина стороны 10 см), расположенной на расстоянии 15–30 см от края стола. Больной не должен уронить прищепку или колышек.
5. Причесать волосы (или имитировать причесывание). Больной должен расчесать волосы на макушке, на затылке, с правой и левой сторон.
3. Крышка для базы, которая имеет хранилище для колышков глубиной 100 мм.

Приложение 3

**Основные правовые вопросы деятельности клинического психолога
 («медицинского психолога» в соответствии со штатным расписанием учреждений
 Министерства здравоохранения)**

- 1) Клинический (медицинский) психолог (в т. ч. нейропсихолог), 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 гармоническое 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 организационных внутренних 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 неразглашения личной информации пациента, полученной в ходе консультации.
- 5) Медицинский психолог в своей работе несет личную ответственность за содержание заключения, приобретенного к истории болезни пациента
- 6) Медицинский психолог, имея психологическое образование, не осуществляет медикаментозной коррекции в диагностике, реабилитации и лечении пациента.

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 клинического психолога зависит от нозологической группы пациента.

Приложение 4

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 нейро-психологическая коррекционно-восстановительная процедура при афазии | A13.23.009 Индивидуальная нейро-психологическая коррекционно-восстановительная процедура у пациентов с афазией | Индивидуальные занятия по нейропсихологической реабилитации у пациентов с афазией | 30–45 мин |
| 2 | A13.23.010 Групповая нейро-психологическая коррекционно-восстановительная процедура при афазии | A13.23.010 Групповая нейро-психологическая 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 | изменения не вносятся | Индивидуальное занятие по нейропсихологической реабилитации ВПФ | 30–45 мин |
| 4 | A13.23.012 Общее нейропсихологическое обследование | изменения не вносятся | Краткое обследование с использованием отдельных нейропсихологических проб | 20 мин |
| 5 | A13.23.013 Специализированное нейропсихологическое обследование | изменения не вносятся | Узко специализированное нейропсихологическое обследование, направленное на исследование отдельных высших психических функций | 30–45 мин |
| 6 | Услуга ранее не включалась | A13.29.001.XXX Сбор психологического анамнеза и жалоб пациентов | Беседа и клиническое интервью с пациентом | 30 мин |
| 7 | Услуга ранее не включалась | 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, профессиональной сферах и самообслуживания | 45–60 мин |
| 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 | изменения не вносятся | 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 | изменения не вносятся | Составление индивидуальной программы нейропсихологической реабилитации | 90 мин |
| 17 | A21.23.005 Нейропсихологическая реабилитация | изменения не вносятся | Занятие по нейропсихологической реабилитации | 30–45 мин |
| 18 | A21.23.006 Обучение родственников пациента тактике и методам восстановления когнитивных функций больных | изменения не вносятся | Работа медицинского психолога с родственниками пациента, связанная с обучением тактике и методам восстановления высших психических функций больных | 60 мин |
| 19 | V02.069.001 Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога первичный | изменения не вносятся | | 90 мин |
| 20 | V02.069.002 Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога повторный | изменения не вносятся | | 60 мин |
| 21 | V04.069.001 Школа психологической профилактики для пациентов и родственников | изменения не вносятся | | 90 мин |
| 22 | Услуга ранее не включалась | V04.069.XXX Школа психологической реабилитации для пациентов и родственников | | 90 мин |
| 23 | Услуга ранее не включалась | V03.069.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 | Услуга ранее не включалась | V03.069.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 5

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 | V02.069.001; V02.069.002; | Общее нейропсихологическое обследование |
| A13.23.013 | V04.069.001; V04.069.XXX; V03.069.XXX (1); V03.069.XXX (2); | 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 | V03.069.XXX (1); V03.069.XXX (2); | Составление комплексной реабилитационной программы |
| A21.23.004 | V03.069.XXX (1); V03.069.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 | V02.069.002; V04.069.001 | Проведение занятий (по клинико-психологической реабилитации) |
| A13.29.006; A13.29.006.001; A13.29.006.002; A13.29.006.003; A21.23.004 | V03.069.XXX (1); V03.069.XXX (2) | Составление рекомендаций к выписке |