

# ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ПРОЦЕССЕ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ

УДК 616.8: – 08.–851

Иванова Г.Е.<sup>1</sup>, Зайцев О.С.<sup>2</sup>, Максакова О.А.<sup>2</sup>, Прокопенко С.В.<sup>3</sup>, Иванова Н.Е.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

<sup>2</sup>МНИЦ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Москва, Россия

<sup>3</sup>Центр нейрореабилитации СКЦ ФМБА России, Красноярск, Россия

<sup>4</sup>«РНХИ им. А.Л. Поленова», филиал НМИЦ им. В.А. Алмазова, Санкт-Петербург, Россия

## ORGANIZATIONAL ASPECTS OF ENSURING THE RESTORATION OF MENTAL ACTIVITY IN THE PROCESS OF NEUROREHABILITATION

Ivanova G.E.<sup>1</sup>, Zaitsev O.S.<sup>2</sup>, Maksakova O.A.<sup>2</sup>, Prokopenko S.V.<sup>3</sup>, Ivanova N.E.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>RNIMU him. N.I. Pirogova of the Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia

<sup>2</sup>Crysis Neurosurgery Center. N.N. Burdenko of the Ministry of Health of Russia, Moscow

<sup>3</sup>Center for Neurorehabilitation SKA FMBA of Russia, Krasnoyarsk, Russia

<sup>4</sup>"Russian Polenov Neurosurgical Institute", a branch of NMIC V.A. Almazova, St. Petersburg, Russia

### Введение

Концепция реабилитации возникла в двадцатых годах прошлого столетия. Важнейшую роль в формировании этой области знания и практики сыграли исследования в области психологии, медицинской психологии и социологии. В настоящее время проблема нейрореабилитации – одна из важнейших проблем медицинской реабилитации в целом.

В основе системного подхода к реабилитации необходимо учитывать взаимосвязь биологических и социальных факторов. А. Р. Лурия по поводу этой проблемы писал, что «социальное не просто взаимодействует с биологическим; оно образует новые функциональные системы, используя биологические механизмы, обеспечивая их новые формы работы, и именно в формировании таких «функциональных новообразований» и лежит факт появления высших форм сознательной деятельности, которые появляются на границе естественного и общественного.»

Нарушения психической деятельности в виде дефицита различных видов активности и/или появления продуктивных психопатологических феноменов отмечаются у всех пациентов с патологией нервной системы. Направленные воздействия необходимы не только для восстановления/переобучения выпавших или сниженных психических (в том числе когнитивных) функций, особого внимания требует коррекция так называемых «продуктивных» психических расстройств (психотических, эмоциональных и невротических), значительно усложняющих процесс восстановления и взаимодействие с пациентами. Как правило, они обусловлены сочетанием органических (связанных с поражением нервной системы), реактивных (обусловленных реакцией личности на болезнь, имеющиеся ограничения жизнедеятельности и проводимые медицинские мероприятия) и преморбидных (в частности, эндогенных) факторов.

Однако, диагностика состояния психической деятельности в процессе нейро-реабилитации должна касаться не только нарушений, но и сохранных (восстановленных) психических процессов. На этом, например, основан подход, основанный на представлениях о стадиях восстановления психической деятельности после длительной комы (Доброхотова Т.А. и соавт., 1985, Зайцев О.С., 1993, Зайцев О.С., Царенко С.В., 2012).

### Основная часть

В соответствии с принципами антропоцентрического подхода (Франкл В., 2000), восстановление и коррекция всех проявлений нарушения активности пациента, в том числе, психической деятельности, требуют совместных усилий представителей разных дисциплин, ориентированных как на психопатологические последствия заболеваний мозга (которыми занимаются психиатры, психотерапевты, нейропсихологи, клинические психологи), так и на нарушение контроля жизненно важных функций (находящихся в центре внимания реаниматологов), и, конечно, различные дефициты двигательных функций (восстанавливаемых специалистами в области физической реабилитации).

Специалисты в области психической реабилитации могут осуществлять мероприятия по улучшению психического состояния пациентов в автономном режиме; в то же время они должны быть встроены в реабилитационную команду (Максакова О.А., 2016), иметь общие цели в восстановлении (интеграции) сознания, движений, речи, поведения, по определенным правилам сотрудничая с реаниматологами, неврологами, логопедами, специалистами по физической реабилитации. Участие в команде подразумевает, что далеко не все психопатологические феномены подлежат на-

правленному приведению к «норме», но только те, которые мешают активному участию пациента в восстановительном процессе. Более того, необходимо иметь в виду, что попытки немедленного устранения лекарственными средствами продуктивной симптоматики (например, возбуждения, агрессивного поведения, дисфории, депрессии) могут привести к затягиванию процесса восстановления психической деятельности или даже возвращению на предыдущие его стадии.

### Пути решения

Для обеспечения восстановления и коррекции психического состояния в процессе нейрореабилитации необходимыми представляются:

1. Разработка и внедрение новых учебных программ для специалистов, осуществляющих нейрореабилитационные мероприятия на всех уровнях (1, 2, 3). В частности, целесообразным представляется прохождение разработанной и функционирующей в НМИЦ нейрохирургии имени Н.Н. Бурденко образовательной программы повышения квалификации «Введение в нейропсихиатрию» (Введение в нейропсихиатрию. Учебный курс, 2017).
2. Создание групп (служб) психолого-психиатрической реабилитации в учреждениях высшего уровня (например, НМИЦ нейрохирургии им.Н.Н. Бурденко и НИПНИ им.В.М. Бехтерева). Эти группы, возглавляемые нейропсихиатром, должны включать психиатров, психотерапевтов, нейропсихологов, клинических психологов, логопедов. Такие группы экспертного уровня будут разрабатывать методические рекомендации и учебные программы, готовить специалистов в области восстановления и коррекции психического состояния (неврологов, психиатров, медицинских психологов, логопедов). Команды, создаваемые из специалистов группы, а также специалистов из подразделений физической и реабилитационной медицины (ФРМ) будут участвовать в создании и выполнении индивидуальных реабилитационных программ.
3. Усиление работы по восстановлению психической деятельности пациентов в федеральных, межрегиональных и региональных реабилитационных учреждениях, в частности путем направления на обучение в учреждения высшего уровня неврологов, психиатров, клинических психологов и нейропсихологов. Формирование навыков командной работы у специалистов, проходящих подготовку. Обучение специалистов из сосудистых центров, отделений второго этапа реабилитации и небольших реабилитационных подразделений ЦРБ основам нейропсихиатрии, нейропсихологии и психологии.
4. Упорядочение работы по восстановлению и коррекции психического состояния пациентов на 1 этапе (неотложная нейрореабилитация) в остром периоде заболевания или травмы, а также на 2 этапе в нейрореабилитационных отделениях и центрах. Главной задачей медицинских психологов этих подразделений является психологическая помощь не только пациенту, но и всем участникам реабилитационного процесса. Экспресс-тестирование когнитивных функций и/или эмоционального состояния при необходимости могут проводить неврологи, специалисты по ФРМ, обученный средний медперсонал. Психологическая диагностика, направленная на поиск адекватных методов и техник

воздействия, а также применение этих методов в рамках реабилитационного процесса должна проводиться только медицинскими психологами, прошедшими специальную подготовку по психотерапии (психокоррекцию) или нейропсихологии.

5. На всех этапах и уровнях нейрореабилитации необходимым условием является тесное взаимодействие между специалистами психолого-психиатрических групп и сотрудниками подразделений ФРМ в рамках временных индивидуальных реабилитационных команд.
6. Обучение медицинского персонала реабилитационных подразделений ЦРБ элементам медицинской психологии и нейропсихиатрии на уровне региональных и межрегиональных реабилитационных центров.

### Результаты и обсуждение

Определяющими факторами эффективной нейрореабилитации, в том числе усилий по восстановлению психической деятельности являются: а) качественная профессиональная подготовка участников восстановительного процесса, б) достаточное количество профессионалов всех реабилитационных дисциплин в регионах, в) четкие и принятые профессиональным сообществом критерии маршрутизации, г) обеспечение поэтапной преемственности, д) системный менеджмент на каждом этапе, е) определение взаимосвязей и ответственности на разных этапах реабилитации.

1. **На этапе 1** (неотложная нейрореабилитация) ответственным за лечебный процесс является лечащий врач (невролог, нейрохирург, реаниматолог). Подразделения, предоставляющие специалистов для работы в реабилитационной команде, отвечают за качество и рабочий график участников. Руководители этих подразделений (психолого-психиатрических групп, ФРМ) могут участвовать в индивидуальном реабилитационном процессе в качестве экспертов динамики состояния пациента и действий команды, а также обладают правом голоса в решении о маршруте пациента.

2. **На этапе 2** в тех клиниках, где существуют коечные реабилитационные отделения, ответственность за пациента переходит к врачу-реабилитологу. Роль и присутствие штатного нейропсихиатра в этой модели реабилитации значительно возрастает. Большинство вопросов о фармакотерапии (нейрометаболическими, антипсихотическими, антидепрессивными, транквилизирующими и противосудорожными средствами) должны проводиться с его непосредственным участием. Эта форма стационара подразумевает единое администрирование специалистов в области физической и психического восстановления, что значительно упрощает создание и управление временными реабилитационными командами, а также определение маршрута пациента.

Другая организация реабилитационного процесса, при которой в структуре медицинского учреждения работают методически разделенные группы, состоящие из представителей разных дисциплин (например, отделение ФРМ и психолого-психиатрическая группа), подразумевает, что ответственность за пациента несет врач стационара (невролог, нейрохирург), реабилитационной командой руководит врач-реабилитолог, а восстановлением психической деятельности занимается коллектив под руководством нейропсихиатра. Подобная модель с одной стороны затрудняет обмен

информацией между участниками восстановительного лечения, и требует дополнительной подготовки сотрудников клинических отделений, а с другой – расширяет возможности восстановления психической деятельности пациента, особенно при налаженном понимании и взаимодействии всех специалистов, оказывающих медицинскую и психологическую помощь. Решение о дальнейшем маршруте пациента в таких учреждениях должно приниматься с участием сотрудников клинического отделения, в котором лечится пациент.

3. Необходимо предусмотреть организационные изменения модели этапа 2, проходящем в специализированном реабилитационном стационаре. Сложности управления индивидуальным реабилитационным процессом в немалой степени возникают из-за искусственности разделения на физическую и психологическую составляющие. Врач-реабилитолог, ответственный за формирование адекватной программы, должен обладать достаточными знаниями и полномочиями для создания и управления междисциплинарной реабилитационной командой.

4. Нуждается в коррекции понятие и практика определения реабилитационного ресурса пациента. Для точной его диагностики, особенно при тяжелых мозговых повреждениях, часто необходимо определенное время (от нескольких дней до нескольких недель), чтобы не только углубленно изучить психическое состояние пациента, но и протестировать возможности различных реабилитационных воздействий. Кроме того, необходимо учитывать, что со временем реабилитационный ресурс благодаря спонтанной позитивной динамике или под влиянием реабилитационных усилий

может существенно повышаться, открывая новые возможности для дальнейшей реабилитации.

5. Следует учесть опыт, полученный в группе психиатрических исследований НМИЦ нейрохирургии имени Н.Н. Бурденко, по длительному наблюдению и ведению наиболее тяжелой категории пациентов, перенесших церебральную катастрофу, который позволяет утверждать, что существенное восстановление психической деятельности возможно не только в первые 1–2 года после тяжелого повреждения мозга, но и в более отдаленные сроки, даже спустя десятилетия. Точечные воздействия реабилитационной команды, возглавляемой нейропсихиатром или врачом-реабилитологом, позволяют корректировать внутрисемейные взаимодействия, стереотипы зависимости пациента, актуализировать его скрытые возможности.

### Заключение

Главной проблемой широкого распространения этой модели отдаленной реабилитации является отсутствие центров социального включения людей, чьи ограниченные возможности могут расширяться при адекватном взаимодействии медицинских и социальных структур.

Нейрореабилитационная команда, ведущая подобных пациентов в течение длительного времени, должна иметь формальное право для рекомендации соответствующим структурам по месту жительства пациента по осуществлению мероприятий по восстановительному обучению и курсовой или постоянной фармакотерапии.

**Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.**

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Введение в нейропсихиатрию. Учебный курс. <https://istina.msu.ru/download/92379895/1eTDYv:0qPFyk5iCwrCzwx8JzeVjOXYOTI/> (ссылка действительна на 25.12.2017).
2. Доброхотова Т.А., Гриндель О.М., Брагина Н.Н. и др. Восстановление сознания после длительной комы у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой // Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – 1985. – Т. 85, № 5. – С. 720–726.
3. Зайцев О.С. Восстановление психической деятельности после длительной комы у больных с черепно-мозговой травмой: Автореф. Дисс. На соискание ученой степени к.м.н. – М., 1993. – 24 с.
4. Зайцев О.С., Царенко С.В. Нейрореаниматология. Выход из комы (терапия посткоматозных состояний). – М.: Литасс, 2012. – 120 с.
5. Максакова О.А. Восстановление сознания после тяжелой черепно-мозговой травмы: смысл и практика командной работы // Рабочие тетради по биоэтике. Философский анализ проектов конструирования человека: идеалы и технологии. – М.: Изд-во Московского гуманитарного университета, 2016. – С. 68–80.
6. Франкл В. Воля к смыслу. – М.: Апрель-Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. – 368 с.

### REFERENCES

1. Introduction to neuropsychiatry. Training course. <https://istina.msu.ru/download/92379895/1eTDYv:0qPFyk5iCwrCzwx8JzeVjOXYOTI/> (the link is valid as of December 25, 2017).
2. Dobrokotova TA, Grindel OM, Bragina N.N. Restoration of consciousness after a long coma in patients with severe craniocerebral trauma // Journal of Neuropathology and Psychiatry named after S.S. Korsakov. – 1985. – T. 85, No. 5. – P. 720–726.
3. Zaitsev OS Restoration of mental activity after a prolonged coma in patients with craniocerebral trauma: Author's abstract. Diss. For the degree of candidate of medical sciences. – M., 1993. – 24 p.
4. Zaitsev OS, Tsarenko S.V. Neuroreanimatology. Exit from coma (therapy of post-coma). – M.: Litass, 2012. – 120 p.
5. Maksakova OA Restoration of consciousness after severe craniocerebral trauma: sense and practice of team work // Workbooks on bioethics. Philosophical analysis of human design projects: ideals and technologies. – Moscow: Publishing house of the Moscow Humanitarian University, 2016. – P. 68–80.
6. Frankl W. Will to the meaning. – Moscow: April-Press, Eksmo-Press Publishing House, 2000. – 368 p.

### РЕЗЮМЕ

Нарушения психической деятельности в виде дефицита различных видов активности и/или появления продуктивных психопатологических феноменов отмечаются у всех пациентов с патологией нервной системы.

Нарушения психической деятельности в виде дефицита различных видов активности и/или появления продуктивных психопатологических феноменов отмечаются у всех пациентов с патологией нервной системы. На-

правленные воздействия необходимы не только для восстановления\переобучения выпавших или сниженных психических (в том числе когнитивных) функций, особого внимания требует коррекция так называемых «продуктивных» психических расстройств (психотических, эмоциональных и невротических), значительно усложняющих процесс восстановления и взаимодействие с пациентами. Как правило, они обусловлены сочетанием органических (связанных с поражением нервной системы), реактивных (обусловленных реакцией личности на болезнь, имеющиеся ограничения жизнедеятельности и проводимые медицинские мероприятия) и преморбидных (в частности, эндогенных) факторов.

Специалисты в области психической реабилитации могут осуществлять мероприятия по улучшению психического состояния пациентов в автономном режиме; в то же время они должны быть встроены в реабилитационную команду иметь общие цели в восстановлении (интеграции) сознания, движений, речи, поведения, по определенным правилам сотрудничая с реаниматологами, неврологами, логопедами, специалистами по физической реабилитации.

Восстановление и коррекция всех проявлений нарушения активности пациента, в том числе, психической деятельности, требуют совместных усилий представителей разных дисциплин, ориентированных как на психопатологические последствия заболеваний мозга, так и на нарушение контроля жизненно важных функций, и, конечно, различные дефициты двигательных и координаторных функций. Необходимо принятие административных решений для создания единой системы обучения специалистов в области восстановления психической деятельности.

**Ключевые слова:** восстановление психической деятельности, нейрореабилитация, организационные аспекты.

#### ABSTRACT

Disorders of mental activity in the form of a deficiency of various types of activity and / or the appearance of productive psychopathological phenomena are observed in all patients with a pathology of the nervous system.

Violations of mental activity in the form of deficiency of various types of activity and / or the emergence of productive psychopathological phenomena are noted in all patients with pathology of the nervous system. Directed effects are necessary not only for restoration / retraining of fallen or decreased mental (including cognitive) functions, special attention needs to be paid to the correction of the so-called "productive" mental disorders (psychotic, emotional and neurotic) that significantly complicate the process of recovery and interaction with patients. As a rule, they are caused by a combination of organic (associated with the defeat of the nervous system), reactive (due to the personality's reaction to the disease, existing life limitations and ongoing medical measures) and premorbid (in particular, endogenous) factors.

Specialists in the field of mental rehabilitation can take measures to improve the mental state of patients in an autonomous mode; At the same time, they should be built into the rehabilitation team to have common goals in the restoration (integration) of consciousness, movements, speech, behavior, working in accordance with certain rules with resuscitators, neurologists, speech therapists, physical rehabilitation specialists.

Restoration and correction of all manifestations of the patient's activity disorders, including mental activity, require joint efforts of representatives of different disciplines, focused both on the psychopathological consequences of brain diseases, and on the violation of the control of vital functions, and, of course, various deficits of motor and coordination functions. It is necessary to make administrative decisions to create a unified system of training for specialists in the field of mental rehabilitation.

**Keywords:** ensuring the restoration of mental activity, neurorehabilitation, organizational aspects.

---

---

#### Контакты:

Иванова Н.Е. E-mail: ivamel@yandex.ru