

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

**КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И  
РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГРУБЫМИ  
НАРУШЕНИЯМИ ПАМЯТИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ  
ГОЛОВНОГО МОЗГА**

**КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

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

**Москва 2016**

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

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

#### **Рабочая группа по подготовке текста рекомендаций**

Ахутина Т. В., д. психол. н., профессор (Москва)  
Варако Н. А., к. психол. н. (Москва)  
Григорьева В. Н., д. мед. н., профессор (Нижний Новгород)  
Зинченко Ю.П., д. психол.н., профессор, академик РАО (Москва)  
Ковязина М.С., д. психол. н., доцент, профессор РАО (Москва)  
Кроткова О.А., к. психол. н., (Москва)  
Микадзе Ю.В., д. психол. н., профессор (Москва)  
Скворцов А. А., к. психол. н. (Москва)  
Фуфаева Е. В. (Москва)

## **ОГЛАВЛЕНИЕ**

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ	3
ВВЕДЕНИЕ	4
МЕТОДОЛОГИЯ	5
СВЯЗАННЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ СООБЩЕСТВ РФ	7
МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА	7
МАРШРУТНАЯ КАРТА НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА	8
ОПРЕДЕЛЕНИЕ	9
КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ГРУБЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПАМЯТИ	12
КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЕМ ПАМЯТИ	13
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА В МДБ	22
РАСЧЕТ СТОИМОСТИ УСЛУГ ПО ДИАГНОСТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ ПАМЯТИ	23
ЛИТЕРАТУРА	25

## **СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ**

ВПФ – высшие психические функции

NINE-HOLE PEG TEST - ТЕСТ С КОЛЬШКАМИ И ДЕВЯТЬЮ  
ОТВЕРСТИЯМИ

FRENCHAY ARM TEST - ТЕСТ ДЛЯ РУКИ ФРЕНЧАЙ

МДБ – мультидисциплинарная реабилитационная бригада

МКФ – международная классификация функционирования, ограничений  
жизнедеятельности и здоровья

МКБ 10 – международная классификация болезней

VI-ISIG of ACRM - Brain Injury Interdisciplinary Special Interest Group of the  
American Congress of Rehabilitation Medicine - Междисциплинарная группа  
со специальным интересом в области повреждений головного мозга  
Американского конгресса реабилитационной медицины

## ВВЕДЕНИЕ

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

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

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

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

## МЕТОДОЛОГИЯ

### Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

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

### Методы, использованные для оценки качества доказательств:

- консенсус экспертов

### Методы, использованные для формулировки рекомендаций:

консенсус экспертов.

### Экономический анализ:

Анализ стоимости не проводился.

### Определение уровней доказательности эффективности рекомендаций

Уровень 1	Стандарт	Основаны на данных, полученных как минимум на одном хорошо организованном исследовании класса 1 на адекватной выборке, при опоре на исследования классов 2 или 3, в которых непосредственно изучалась эффективность обсуждаемого вмешательства, и в которых предоставлены базовые доказательства того, что определенный вид вмешательства эффективен в отношении лиц с приобретенным неврологическим дефицитом или ограничениями жизнедеятельности.
Уровень 2	Руководство	Основаны на данных, полученных как минимум на одном исследовании класса 1 с методологическими ограничениями, или на хорошо организованных исследованиях класса 2 на адекватной выборке, в которых непосредственно изучалась эффективность обсуждаемого вмешательства, и в которых предоставлены доказательства того, что определенный вид вмешательства эффективен с высокой долей вероятности в отношении лиц с приобретенным неврологическим дефицитом или ограничениями жизнедеятельности.

Уровень 3	Возможность	Основаны на данных, полученных в исследованиях классов 2 или 3, в которых непосредственно изучалась эффективность обсуждаемого вмешательства, и в которых предоставлены базовые доказательства того, что определенный вид лечения, возможно, является эффективным в отношении лиц с приобретенным неврологическим дефицитом или ограничениями жизнедеятельности.
-----------	-------------	--

### **Описание методов валидации рекомендаций**

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами.

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

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

### **Консультации и экспертная оценка**

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

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

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

### **Рабочая группа:**

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

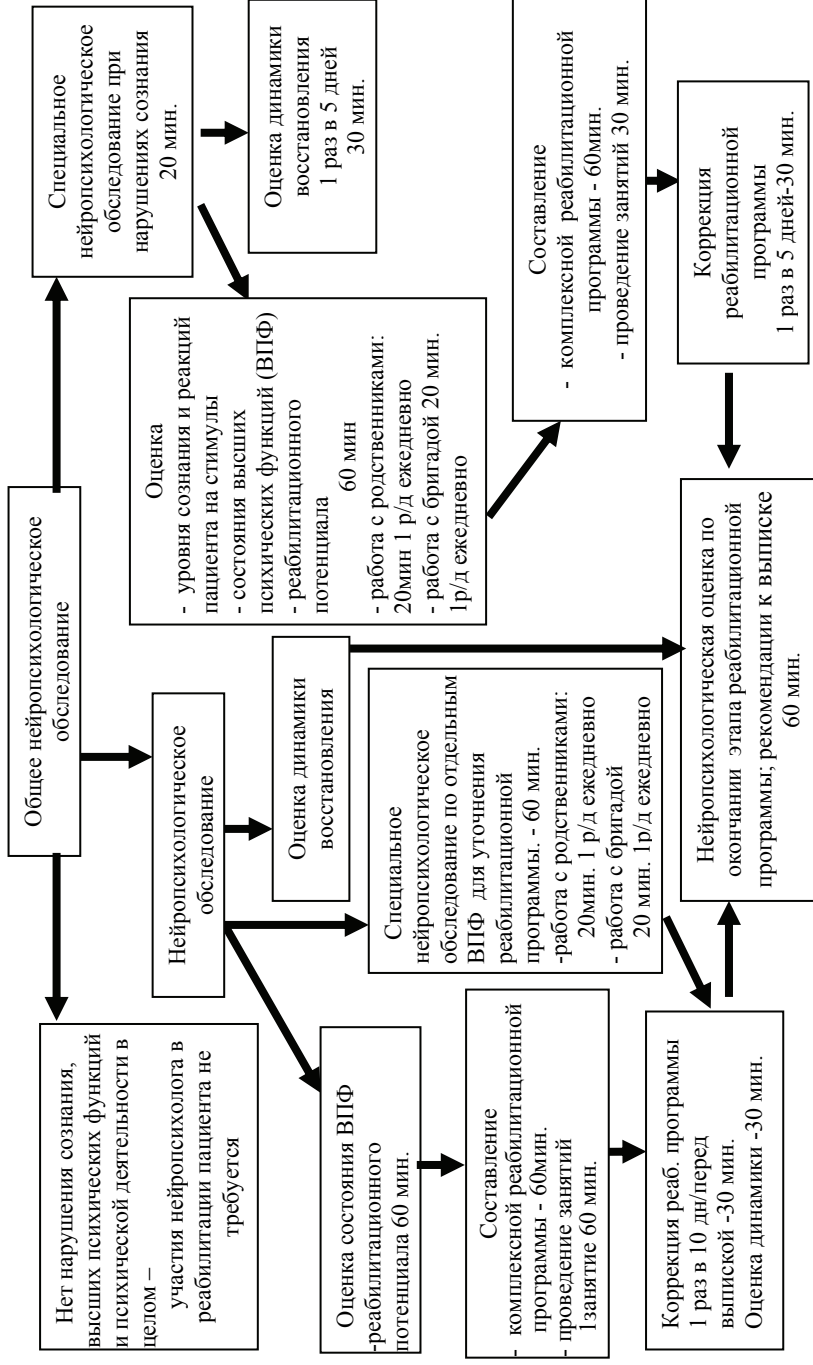
## СВЯЗАННЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ СООБЩЕСТВ РФ

1. Клинико-психологическая диагностика и реабилитация пациентов с апраксиями при повреждениях головного мозга.  
[http://psyurus.ru/med\\_psy/klinicheskie-rekomendatsii/](http://psyurus.ru/med_psy/klinicheskie-rekomendatsii/)
2. Клинико-психологическая диагностика и реабилитация пациентов с нарушениями регуляторных функций при повреждениях головного мозга.  
[http://psyurus.ru/med\\_psy/klinicheskie-rekomendatsii/](http://psyurus.ru/med_psy/klinicheskie-rekomendatsii/)
3. Клинико-психологическая диагностика и реабилитация пациентов с нарушениями мышления при повреждениях головного мозга.  
[http://psyurus.ru/med\\_psy/klinicheskie-rekomendatsii/](http://psyurus.ru/med_psy/klinicheskie-rekomendatsii/)
4. Нейропсихологическая диагностика и реабилитация пациентов с нарушениями сознания после повреждения головного мозга.  
[http://psyurus.ru/med\\_psy/klinicheskie-rekomendatsii/](http://psyurus.ru/med_psy/klinicheskie-rekomendatsii/)

## МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА

<b>Обязательная составляющая модели</b>	<b>Описание составляющей</b>
Клиническая ситуация	Состояния после повреждения головного мозга различной этиологии
МКБ-10	C69-C72; D32, D33; G00-G09; G20-G26; S00-S09; T36-T50
Исключаются группы заболеваний согласно МКБ-10	Нет
Домены МКФ, связанные с диагностикой памяти	b144 Функции памяти Все домены d (1-9)
Домены МКФ, связанные с реабилитацией пациентов с нарушениями памяти	b144 Функции памяти Все домены d (1-9)
Определитель кода МКФ, отмечающий величину уровня здоровья	xxx.2 - умеренные проблемы xxx.3 – тяжелые проблемы
Этапы реабилитации (Приказ МЗ РФ № 1705н от 29.12.2012)	2,3
Возраст пациента	от 18 лет

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





## ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Память как способность хранить и использовать приобретенную информацию, знания представляет совокупность сложных процессов, которые объединяются общим понятием «мнестическая деятельность». Память не рассматривается как копия, отпечаток того или иного фрагмента действительности, в ходе мнестической деятельности происходит включение нужной информации в систему связей или ее поиск и извлечение из системы связей (Tulving, 1995; Лурия, 1974).

Память обеспечивается работой целого ряда разных мозговых отделов. В отечественной нейропсихологии нарушения памяти рассматриваются на основе концепции о трех функциональных блоках мозга (Лурия, 1973), согласно которой «нарушения мнестической деятельности, возникающие при различных по локализации поражениях мозга, могут вовлекать различные уровни организации мнестических процессов» (Лурия, 1974, Т.1, стр.37).

Модально-специфические расстройства памяти описываются как парциальные мнестические нарушения. Эти нарушения возникают при поражении гностических (затылочные, теменные, височные) зон мозга.

Модально-неспецифические расстройства памяти рассматриваются как мнестические нарушения, затрагивающие все модальности и проявляющиеся при поражении глубинных структур мозга.

Псевдоамнезия рассматриваются как нарушение программирования, контроля и регуляции мнестической деятельности, при котором активное запоминание информации сменяется ее пассивным удержанием. Возникает при поражении структур третьего блока мозга, в частности, при поражении префронтальных отделов левого полушария.

В современных зарубежных когнитивных исследованиях, несмотря на неопределенность и противоречивость, признаваемую многими исследователями, описывается ряд видов памяти, выделение которых считается удобными и клинически оправданными (таб.1).

<b>Адекватные формы кодирования</b>	<b>Системы памяти по Тулвингу</b>	<b>Системы памяти по Сквайру</b>	<b>Вероятные мозговые механизмы</b>
Оценка личностной значимости	Эпизодическая	Декларативная («что?»)	Правые префронтальные и фронтополярные зоны. Гиппокамп. Миндалины
Категоризация. Речевое кодирование зрительного материала	Семантическая		Левые фронтальные и височные зоны. Близкое окружение гиппокампа

Зрительное кодирование формы, фонологическое - речи	ИмPLICITная перцептивная	Процедурная («как?»)	Модальные и интермодальные зоны задних отделов коры. Премоторная кора
Тренировка точностных и гимнастических движений	ИмPLICITная сенсо-моторная		Теменные и премоторные зоны коры. Базальные ганглии. Таламус и мозжечок

Таблица 1. Соответствие различных уровневых представлений в психологии памяти вероятным мозговым механизмам (Величковский, 2006).

А.Р. Лурия выделяет следующие механизмы нарушения нейродинамического баланса, которые могут приводить к нарушениям памяти (Лурия, 1974):

- **слабость слеодообразования** или угасание следов в отсутствие интерферирующей задачи;
- **повышенная тормозимость** следов памяти интерферирующими воздействиями, степень проявления которого зависит от вида и типа интерференции, уровня смысловой организации материала и сочетания различных условий мнестической задачи;
- **нарушение избирательности** следов, относящихся как к текущему, так и к прошлому опыту;
- **патологическая инертность**, проявляющаяся в персевераторном воспроизведении отдельных составляющих запоминавшегося материала или деталей прошлого опыта

В результате диагностики мнестических нарушений выявляются те или иные нейропсихологические синдромы нарушений памяти, в основе которых лежат нарушения названных выше, а также других механизмов.

### **Цели клинико-психологической и нейропсихологической диагностики пациентов с грубыми нарушениями памяти:**

- Проведение специального нейропсихологического обследования, направленного на углубленное исследование памяти.
- Выявление структуры и степени выраженности нарушений памяти.
- Количественная оценка (по возможности) нарушений памяти.
- Оценка компенсаторного ресурса в виде сохранных звеньев высших психических функций, в том числе и памяти.
- Оценка внутренней картины болезни и приверженности реабилитации (комплаенс).

### **Критерии качества клинико-психологической и нейропсихологической диагностики:**

- Наличие клинико-психологического заключения, содержащего анализ состояния эмоциональной, мотивационной сфер в процессе обследования, критичности к своему заболеванию и допускаемым ошибкам, жалоб и оценка адекватности их предъявления<sup>1</sup>.
- Наличие нейропсихологического заключения, содержащего качественный и, по-возможности, количественный, анализ выполнения больным различных нейропсихологических проб и тестов, направленных на оценку нарушений памяти (выявление нарушенных механизмов и их иерархия, типов и видов нарушения памяти).
- Использование соответствующей психологической и нейропсихологической терминологии для описания нарушенных и сохранных звеньев памяти.
- Наличие психологически обоснованного вывода о состоянии памяти.
- Наличие (в случае необходимости) психологически обоснованного вывода о дисфункции соответствующих мозговых зон.

### **Цели клинико-психологической и нейропсихологической реабилитации пациентов с грубыми нарушениями памяти:**

- Поддержание и раннее восстановление когнитивного и эмоционального статуса.
- Минимизация степени выраженности и последствий нарушений памяти.
- Реорганизации мнестической деятельности с помощью внешних средств.
- При наличии возможности - интериоризация (встраивание во внутренний план, автоматизация) внешних средств в мнестической деятельности.
- Постановка цели реабилитации, связанной с использованием внешних средств, в условиях реальной жизнедеятельности пациента.

### **Критерии качества клинико-психологической и нейропсихологической реабилитации:**

- Наличие адекватных представлений у больного о состоянии своей памяти.

---

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

- Наличие комплайенса по отношению к реабилитационным мероприятиям.
- Освоение психической операции по использованию конкретного внешнего средства.
- Снижение проявлений нарушений памяти в конкретном виде деятельности или конкретном действии (в зависимости от поставленных реабилитационных целей)<sup>2</sup>.
- Минимизация степени бытовой или социальной зависимости.

## **КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ГРУБЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПАМЯТИ**

Для **диагностики** характера мнестических нарушений в ходе общей клинической беседы с пациентом и комплексного нейропсихологического обследования необходимо применить специальные методики (пробы) исследования памяти, используемые в школе А.Р.Лурии (Лурия, 1974; Балашова, Ковязина, 2010; Кроткова, Карасева, Найдин, 2010).

В нейропсихологической диагностике оценка степени выраженности дефекта носит *качественный* характер и описывается как грубое, средне- и слабовыраженное расстройство. Для количественной оценки памяти в рамках луриевского нейропсихологического подхода можно использовать следующие методики:

- Методика количественной оценки памяти (Кроткова, Карасева, Найдин, 2010)
- «Экспресс-методика оценки мнестико-интеллектуальной сферы в позднем возрасте» (Корсакова, Балашова, Рощина, 2009)
- Методика «ДИАКОР» (Микадзе, Корсакова, 1994)

По окончании обследования пишется нейропсихологическое **заключение**, на основании которого должна быть определена «мишень» реабилитационного воздействия с учётом опоры на сохранные звенья мнестической деятельности. В заключении должно быть отражено:

1. Какой тип или вид памяти страдает/не нарушен: модально-неспецифический, модально-специфический, эпизодическая (в частности, автобиографическая), семантическая, оперативная, и насколько сильно выражены имеющиеся нарушения;
2. Возможная локализация патологии мозговых структур;
3. Имеет ли место нарушение собственно мнестической деятельности, подчиненной задаче запоминания, или же нарушение

---

<sup>2</sup> Здесь и далее термины деятельность, действие и операция употребляются с позиций психологической теории деятельности А.Н.Леонтьева.

ограничивается трудностями в отдельных исполнительных, операциональных звеньях мнестической задачи;

4. Каков механизм или механизмы нарушения памяти (повышенная тормозимость, нарушение избирательности, патологическая инертность);
5. Какой уровень организации мнестических процессов страдает: элементарный или уровень смысловой организации, в котором запоминаемые стимулы интегрированы семантической общностью;
6. Требуется ли реабилитация, каковы возможности реабилитационного ресурса восстановления памяти у данного пациента, т.е. в каком соотношении находятся сохранные и нарушенные составляющие мнестической деятельности.

## **КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЕМ ПАМЯТИ**

Основы российской нейропсихологической реабилитации были заложены Л.С.Выготским и А.Р.Лурией (Выготский, 2000; Лурия, 1948). Основная идея Л.С.Выготского заключалась в восстановлении нарушенного звена функциональной системы с опорой на ее сохранные звенья, путем перестройки всей функциональной системы, обслуживающей выполнение данной задачи. Он ввел понятия экстернизации и интериоризации, обозначающие «разворачивание»/«сворачивание» психической функции за счет введения/сокращения дополнительных звеньев функциональной системы. Эта идея лежит в основе концепции нейрореабилитации российской психологической школы.

Методологической основой отечественной нейрореабилитации, наряду с принципами Л.С.Выготского и А.Р.Лурия, является теория поэтапного формирования умственных действий и понятий П.Я.Гальперина (Гальперин, 1966). Применение этой теории в нейрореабилитации подробно изложено в работах Л.С.Цветковой (1979; 1980), Ж.М.Глозман (1983), Т.В.Ахутиной, Н.М.Пылаевой (1989; 1993), В.М.Шкловского (2009), Фукалова Ю.А. и Шкловского В.М. (2014) и другими авторами.

Ниже приводятся основные направления работы нейропсихолога на втором и третьем этапах реабилитации (Приказ Минздрава России №1705н) при **грубых нарушениях памяти**, когда больной в результате сформировавшегося амнестического синдрома становится полностью зависимым от помощи и опеки окружающих.

Согласно рекомендациям BI-ISIG<sup>3</sup> (Cicerone et. al., 2011; Haskins et. al., 2012), уровень доказательности методов, средств и способов реабилитации пациентов с нарушениями памяти зависит от степени выраженности мнестического дефекта (таб.2).

<b>Уровни доказательности при реабилитации памяти</b>	<b>Вид вмешательства</b>
Стандарт	Для легких нарушений памяти, возникших в результате ЧМТ, рекомендованы стратегии тренировки памяти, включающие использование внутренних (например, визуализация) и внешних средств компенсации (например, блокнотов для записей)
Руководство	Для нарушений памяти средней степени выраженности, возникших в результате ЧМТ или инсульта, рекомендовано использование внешних компенсаторных средств с четким указанием ситуаций, в которых данное средство следует использовать
Возможность	При грубых нарушениях памяти рекомендована техника безошибочного научения, которая может быть эффективна для научения отдельному навыку или знанию с ограничением возможности переноса на новые задачи или уменьшения функциональных мнестических трудностей в целом. Также полезными могут быть групповые интервенции для уменьшения мнестического дефицита у пациентов с перенесенной ЧМТ

Таблица 2. Уровень доказательности и вид вмешательства при реабилитации пациентов с нарушениями памяти.

Для пациентов с грубыми нарушениями памяти на сегодняшний день не существует реабилитационных методов высокого уровня доказательности, что, очевидно, связано с целым рядом методологических, методических, процессуальных, клинических и иных причин, ограничивающих возможности проведения рандомизированных контролируемых экспериментальных исследований.

<sup>3</sup> Данные, представленные в руководстве BI-ISIG of ACRM, не включают анализ русскоязычных публикаций по этой тематике

Основные методические приемы и принципы нейропсихологической реабилитации при грубых амнестических синдромах можно объединить в три группы:

1. Формирование нового алгоритма «поиска в памяти».
2. Организация «подсказывающей и напоминающей» окружающей среды и новых стратегий поведения в этой среде.
3. Общие (неспецифические) принципы восстановительного обучения.

### **1. Формирование нового алгоритма «поиска в памяти».**

**1.1. Осознание мнестических дефектов и установка на их преодоление.** Между выраженностью нарушений памяти и сопровождающими эти нарушения жалобами отсутствует прямая зависимость. Самостоятельное осознание пациентом возникающих проблем запоминания возможно лишь до определенной пороговой величины мнестического дефекта. Сам процесс осознания - это фиксация случаев, «когда память подвела», их сопоставление и обобщение. Такие процессы требуют определенной объема и прочности памяти. Большой с грубым амнестическим синдромом может быть растерян, подавлен, встревожен тем, что все, что с ним происходит, как-то не похоже на то, что было раньше, он может активно просить «отпустить его домой», надеясь, что там все прояснится и встанет на свои места, но понять, что у него нарушен процесс запоминания, что он не запоминает ничего, что с ним сейчас происходит, больной самостоятельно не может. Осознание нарушений и формирование конструктивного взгляда на ситуацию является первой задачей занимающихся с больным специалистов. В случае отрицания проблемы или безразличия к её существованию проведение каких-либо коррекционных занятий, как правило, не является результативным (Каверина, Кроткова, 2013). Очень удобные условия для осознания мнестических дефицитов, на наш взгляд, создают экологические задания (см. пункт 2.3). Например, вы договариваетесь с больным, что в конце занятия, он задаст вам вопрос о том, когда будет следующая встреча. Это намерение больного записывается им на листе бумаги и откладывается в сторону. В конце занятия больной прощается и, как правило, не взглянув на бумагу, направляется к двери. Здесь вы останавливаете его и спрашиваете, что написано на этом листе. Прочитав свою запись больной, скорее всего, вспоминает о договоренности. Именно в этот момент и надо начать беседу о существующей у него проблеме. Не реализованное в результате нарушения памяти намерение будет служить яркой иллюстрацией ваших слов.

**1.2. Создание у пациента объективного представления о сильных и слабых сторонах его памяти.** Все коррекционные упражнения во многом акцентированы на интроспекции, возможности осознать и вербализовать особенности процесса воспроизведения информации. Этому способствуют специально организованные демонстрационные эксперименты. Выполнение

заданий сопровождается краткими комментариями. Здесь можно провести аналогию с процессом освоения плавания. Если человек не умеет плавать и стоит на берегу, ему невозможно объяснить, как научиться плавать. Но если он сделает попытку, пусть даже неудачную, можно обратить его внимание на то, как он дышал, как двигался, показать, как можно плыть, держась за какой-то предмет и т.д. Нейропсихолог сопровождает процесс запоминания и извлечения информации из памяти аналогичным образом. У каждого больного формируются *собственные* пути опосредования. Как и с умением держатся на воде, надо почувствовать, как можно правильно извлечь нужную информацию из памяти, а далее поддержка нейропсихолога и процессы интроспекции будут находить у больного все большее понимание. Например, вы задаете больному алгоритм вспоминания предметов, лежащих в коробочке (см. пункт 1.5). «Вспомни, что мы нюхали, пробовали на вкус, щупали, слушали, определенным образом двигали и т.д.». Когда следуя этому алгоритму, больной вспомнит некоторые элементы, вы заостряете его внимание на том, что вспоминание произошло не само по себе, а вслед за определенными *усилиями*, например, за усилиями вспомнить, какое же движение выполняла рука. «Было какое-то вращение кисти... зачем я вращал кистью?... так вращают, когда в руке ключ... может быть у меня в руке был ключ?... да, наверное, был ключ... маленький такой... Мы делали с ним движение, будто открываем дверь. Теперь я вспомнил, что это действительно был ключ».

**1.3. Дозированные подсказки.** Больной, потерявший возможность вспоминать происходящие с ним события прежним способом, тем, которым он пользовался до болезни, не может самостоятельно сформировать новые стратегии запоминания и воспроизведения информации. Если раньше вспомнить, что происходило десять минут назад, он мог без всяких усилий, то и теперь не прикладывая усилий, отвечает «я не помню». На самом деле информация в том или ином виде остается в памяти больного, но для ее извлечения требуется новый алгоритм – алгоритм, основанный на подсказках, логических рассуждениях и сопоставлении фактов. Такой алгоритм формируется нейропсихологом. Например, известно, что 10 минут назад больной был на занятии лечебной физкультуры. Можно, конечно, просто сообщить ему этот факт, однако никакой пользы такое сообщение не принесет. Поэтому зададим больному ряд наводящих вопросов. Например, не устал ли он и, если это физическая усталость, то чем, по логике возможных событий, она могла быть вызвана. Предварительно собрав необходимую информацию о занятии, мы можем наводящими вопросами вызвать из памяти какие-то яркие, эмоционально окрашенные эпизоды. В какой-то момент больной вдруг скажет: «Да, я вспомнил - только что было занятие лечебной физкультуры!». Произошло вспоминание, больной сумел с нашей помощью найти в памяти нужные сведения. Информация не дается в готовом виде, но через систему подсказок постепенно извлекается из памяти.



Этот процесс, особенно на первых порах, не может быть переложен на плечи родственников – только специалист, знающий законы функционирования памяти, может предложить адекватную систему подсказок и опор для обеспечения результативности процесса поиска в памяти у больного с грубым амнестическим синдромом.

**1.4. Степень уверенности и ощущение ошибки.** Больной с грубыми нарушениями памяти при воспоминании будет допускать много ошибок. Отношение нейропсихолога к этим ошибкам должно быть дифференцированным, в зависимости от механизма, лежащего в их основе. Быстрое угасание и обтаивание образа памяти (акцент на симптоматике поражения левого полушария), сопровождается ощущением ошибки. Голос больного звучит неуверенно, он часто отвечает «я не помню» даже тогда, когда смутные воспоминания хранятся в памяти (Кроткова, 2008). Для этих больных новый алгоритм сопровождается культивированием чувства уверенности даже при смутных воспоминаниях. Например, вспоминая предметы, лежащие в коробочке (см. пункт 1.5) больной может сказать: «мы что-то прикладывали к уху и слушали, но я не помню, что». «Назовите первое, что вам приходит в голову». «Мне приходит в голову секундомер, но я совершенно не помню этого». «На самом деле, это, действительно был секундомер, доверяйте своим ощущениям».

Другой механизм забывания (акцент в синдроме на поражении правого полушария) связан с неосознаваемыми трансформациями образов памяти. Здесь при неправильных воспоминаниях, контаминациях и конфабуляциях у больного не формируется ощущения ошибки. Образ памяти ярок и отчетлив, больной не сомневается в его правильности (Кроткова, Семенович, 1994). В этом случае задача нейропсихолога - на модели простых заданий научить больного чувствовать тонкие различия между правильными и искаженными воспоминаниями. Например, в том же упражнении «коробочка» больной дает правильные и конфабуляторные ответы. Вы записываете на маленьких бумажках названия правильных предметов и кладете рядом соответствующие предметы. Затем устно в быстром темпе повторяете конфабуляторные названия (не надо акцентировать на них внимание) и просите больного ответить на вопрос, «есть ли различия между тем, что он вспомнил правильно, и ошибочными воспоминаниями, которые пока присутствуют в его жизни и мешают ему». Дальнейшая беседа зависит от ответа больного.

**1.5. Подсказки в разных модальностях.** Обычно, при воспоминании событий повседневной жизни роль «анализаторных» ассоциативных подсказок очень мала. «Запах сирени, синий платочек...» совсем не обязательно должны являться вспомогательными средствами, если мы хотим извлечь из памяти воспоминание о каком-то событии. Они, скорее, направляют ход наших **непроизвольных** воспоминаний, когда, обнаружив предмет, связанный с эмоционально значимым событием, мы вдруг

вспоминаем то, что и не собирались вспоминать в данный момент. Однако при грубом амнестическом синдроме требуется выработать новые стратегии запоминания и воспроизведения информации. Упражнения для решения данной задачи базируются на манипулировании реальными объектами, которые можно поддержать в руках, ощутить их запах и вес, проделать с ними определенные движения, издать с их помощью какие-то звуки. Например, мы кладем в коробочку конфету, секундомер, который можно включить и послушать тиканье, колючую елочку, пахучее мыло и т.д. В качестве подсказки, когда через 10 – 20 минут больной не может вспомнить, что лежит в коробочке, выступают, например, такие фразы: «А что мы с вами нюхали недавно? Какой был запах, приятный или нет? Это был запах продукта или парфюмерии? Предмет, который мы нюхали, был твердый или мягкий? Он был в обертке или нет?» и т.д. Больной обучается возможности целенаправленно извлекать из памяти информацию, связанную с той или иной анализаторной системой (Кроткова, 1988).

Межанализаторные перестройки осуществляются также путем изменения стратегий запоминания. Например, при необходимости запомнить некоторый текст перестройка может быть связана с более интенсивным использованием зрительных образов, выстраиванием текста в виде покадрового мультипликационного фильма, где каждому эпизоду соответствует определенная картинка – иллюстрация.

**1.6. Эталон правильного воспроизведения.** Важной составляющей всех программ восстановительного обучения является создание внутреннего эталона ощущений, сопровождающих правильное воспроизведение. Здесь чаще всего используется двигательная модальность - «память тела». С больным заучиваются определенные двигательные пароли. Часто больному удается их правильно выполнить, даже если он не помнит, когда и при каких условиях происходило заучивание. Пароли воспроизводятся по памяти в начале каждого урока, вселяя ощущение возможности правильного вспоминания (Кроткова, 2013). Примером одного из паролей является простое ритмическое постукивание, состоящее из двух сильных и трех слабых ударов. Даже если больной не узнает занимавшегося с ним специалиста, он в некоторых случаях по просьбе «просто постучать по столу», начинает воспроизводить заученный пароль.

**1.7. Нужные вещи на своих местах - логические цепочки.** Некоторые необходимые в повседневной жизни сведения, могут быть извлечены из памяти или реконструированы за счет логических сопоставлений. Больному можно привести такой пример. «Если требуется взять с полки какой-то предмет, стоящий на своем месте, вы сделаете это не задумываясь. Но если предмета на нужном месте не оказалось, вы начнете размышлять, когда вы его последний раз видели, что с ним делали, где, наиболее вероятно, теперь его местоположение и т.д.» Если вы сразу не можете что-то вспомнить, попробуйте «поискать в памяти», но сделайте это

не хаотично, а используя цепочки логических рассуждений, сопоставляя разные факты. Пробудить активность больного, направить его поиск в памяти и вместо слов «я не знаю, я не помню» высказать гипотезы и догадки, из которых потом проявится правильное решение, это один из методических приемов, позволяющий вспомнить, когда кажется, что ты все забыл.

В этой связи является чрезвычайно важной и выработка адекватных стратегий запечатления необходимой информации («сразу расставлять все по своим местам»). «В тот момент, когда вы что-то запоминаете, надо заниматься только запоминанием, а не другими делами, например, разговором по телефону». «Если вы перекладываете важную вещь, проговорите свое действие вслух. Не просто куда-то кладете кошелек, а убираете его во внутренний карман куртки». «Если вам надо запомнить что-то важное, попробуйте разделить эту информацию на маленькие кусочки и подумать о каждом кусочке отдельно. Потом снова собрать их вместе и подумать в целом». «Всегда при запоминании чего-то важного представляйте в своем воображении, как вы будете находить эту вещь или эту информацию через некоторое время».

На занятиях **никогда не используется** простое **механическое** запоминание, многократное повторение, зубрежка. Тренировка памяти не аналогична тренировке мышцы. Задания на заучивание наизусть стихов, прозы, цифр могут иметь смысл лишь в условиях, когда больному демонстрируется эффективный путь решения когнитивной задачи (Кроткова, 1988).

## **2. Организация «подсказывающей и напоминающей» окружающей среды и новых стратегий поведения в этой среде.**

**2.1. Знакомое предметное окружение.** Овладение процессом «поиска в памяти» не ограничивается рамками психологического эксперимента, но всегда «переносится» на решение реальных задач повседневной активности больного. При этом отработываемые приемы поддерживаются определенным образом организованной материальной средой, «подсказывающей и напоминающей» больному необходимые действия.

В первые недели после выписки больного из стационара часто наблюдается всплеск положительных изменений мнестической функции. «Дома и стены лечат» - знакомое предметное окружение помогает больному «собраться», вспомнить многие факты своей биографии, «на автоматизме» осуществить действия, которые осознанно он выполнить не мог. Мы рекомендуем хотя бы несколько недель пожить в хорошо знакомом доме, не переставлять мебель, не делать ремонт. Помочь заново познакомиться со всеми полочками и шкафами, вспомнить, где что лежит. Достать семейные альбомы с фотографиями, рассматривая их попытаться воскресить в памяти приятные события, назвать по фотографиям родственников и знакомых.

**2.2. Внешние организующие подсказки.** Наши зарубежные коллеги демонстрируют эффективность внешних вспомогательных средств - различного рода записочек, схем, дневников, будильников, таймеров, мобильных телефонов, пейджеров, «напоминалок» на магнитах и т.д. Здесь все очень индивидуально и зависит от конкретных условий жизни семьи и её перспективных целей. Такие вспомогательные средства позволяют больному выполнять несложные поручения, делать небольшие покупки в магазине, готовить простые блюда (В.А. Wilson, 2002). Например, у больного, который не всегда мог правильно вернуться домой, на двери висел яркий плакат - «Ключи. Мобильный. Ярлычок». Ярлычок – записка в кармане больного с его именем, телефоном супруги, домашним адресом – то, что он мог показать прохожим в случае возникновения затруднений. Больной не мог выйти из квартиры без этих трех вещей. Когда он подходил к двери, он должен был вслух проговорить и проверить их наличие у себя в карманах. Только после этого можно было открывать входную дверь, чтобы покинуть квартиру.

**2.3. Экологические задания.** «Перенос» отрабатываемых приемов в повседневную деятельность осуществляется при помощи «экологических заданий». Эти задания максимально приближены по своему характеру к тем задачам, которые приходится решать больному в жизни. Например, вы договариваетесь с больным, что в конце занятия, прежде чем выйти из кабинета, он должен попросить у вас свой гардеробный номерок. Номерок, в зависимости от тяжести мнестического дефекта, кладется или с краю стола (оставаясь в поле зрения больного), или на глазах больного медленно убирается в стол. Если больной, прощаясь, забудет о договоренности, вы, прежде чем он совсем покинет ваш кабинет, остановите его и спросите, не забыл ли он что-то? Что он должен был сделать в конце занятия? и т.д. Можно показать на номерок и спросить, чей он. Как правило, даже при грубых нарушениях памяти больной в этот момент вспоминает, о чем вы договаривались.

**2.4. Прием безошибочного обучения.** В ряде случаев рекомендуется использовать приемы безошибочного обучения. Известно, что на своих ошибках учится лишь тот, кто эти ошибки помнит. Техника безошибочного обучения предполагает максимально жесткие условия воспроизведения заучиваемого материала, практически исключающего неправильные ответы. Например, больному надо запомнить, как зовут его лечащего врача или, как пройти из палаты в столовую. Варьируемая длина подсказки оставляет для самостоятельного выбора больного лишь небольшое звено, которое он может правильно воспроизвести. Пример диалога. «Добрый день, меня зовут Мария Петровна». Повторите. Больной повторяет. Через пять минут. «Попробуем вспомнить, как меня зовут. Меня зовут Мария Петров...». Больной заканчивает «...на». Повторите еще раз. Больной повторяет целиком. Еще через несколько минут (промежутки между повторениями

заняты обычной деятельностью больного или беседой со специалистом). Мы заучивали мое имя, повторим его. Мария Пет...». Больной повторяет «...ровна». И так далее. На следующий день, если нет уверенности, что больной вспомнит имя без ошибок, оно снова предъявляется целиком. Таким образом, искусственно создаются условия безошибочного воспроизведения информации (известно, что ошибка в начале заучивания имеет свойство в последующем закрепляться и повторяться в речевых ответах и поведении в целом). По мнению ряда авторов, выработка речевого или двигательного стереотипа в таких условиях значительно упрощается (В.А. Wilson, 2002, 2004; Haskins et al., 2012).

**2.5. Новый распорядок дня. Ближайшие и отдаленные цели.** Во всех «амбулаторных» программах первая встреча посвящена обсуждению того, как обычно проходит день больного, чем он в течение дня занят. И здесь, как правило, выясняется, что больной с грубым амнестическим синдромом дома ничем не занят. В лучшем случае, родственники побуждают его сделать зарядку и ходят с ним гулять. Все остальное время больной сидит у телевизора (играет мобильным телефоном, запускает стереотипные игровые программы на компьютере и т.д.). При этом у него и не возникает желания как-либо изменить свою жизнь. Дело в том, что у больных с грубым снижением памяти в повседневной жизни очень часто формируются поведенческие стереотипы, которые им удобны и преодолеть которые очень трудно. Доминирующим становится патологический стереотип «холодильник-телевизор». Позавтракал, пошел посмотреть телевизор. При этом не смотрит какую-либо передачу до конца, а просто переключает каналы, никак не перерабатывая в своем сознании этот информационный поток. Через некоторое время забыл, что уже завтракал, пошел завтракать второй раз. Снова вернулся к телевизору, который и не выключался. День не структурирован. В конце дня не о чем вспомнить, что ты сегодня делал.

Коррекционные нейропсихологические программы сразу ставят очень жесткие требования перед родственниками больного. «Мы не просто будем давать вам какие-то упражнения на дом, вы должны будете полностью изменить распорядок дня вашего подопечного, постепенно расширяя круг его обязанностей».

Оптимальным вариантом является выстраивание ближайших и отдаленных жизненных целей и «подстройка» новых стратегий запоминания под обеспечение этих целей. При этом ближайшие цели должны быть конкретными, достижимыми (реалистичными), привязанными к определенному времени (Wilson, 2002, 2004).

### **3. Общие (неспецифические) принципы восстановительного обучения.**

Для программ восстановления памяти актуальными являются общие принципы восстановительного обучения, разработанные в трудах российских ученых (Лурия, 1948; Цветкова, 1985 и др.).

-Комплексность воздействий. Работа ведется параллельно со всеми составляющими нейропсихологического синдрома. Нельзя восстановить память, игнорируя речевые или гностические проблемы, если они присутствуют в статусе больного.

-Формирование активной позиции больного, его желания преодолеть возникшие нарушения.

-Учет преморбидных особенностей больного и его текущих интересов. Необходимость восстановления личностного и социального статуса пациента.

-Приоритетность запросов ближайшего социального окружения больного в проводимых реабилитационных мероприятиях.

Грубые нарушения памяти приводят к социальной изоляции больного, его пассивности, полной зависимости от помощи и опеки окружающих. Предлагаемая программа восстановительного обучения, как правило, реализуется во время амбулаторных занятий, проводимых 2 – 3 раза в неделю на протяжении 1 – 2 месяцев. Опыт показывает, что в результате реабилитационных мероприятий больной становится более свободным, у него появляется возможность самостоятельно организовывать свою жизнь (Найдин, Максакова, Кроткова, 2002).

## **ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА В МДБ**

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

Часто возникающей проблемой в работе с такими больными является неполное понимание родными и близкими пациента имеющихся расстройств и путей их преодоления. Рекомендуются 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 грубых нарушениях памяти.
- Помощь в выработке адекватных поведенческих стратегий во взаимодействии с больным.
- Снятие психологического стресса, работа с эмоциональными реакциями родных и близких.

## **РАСЧЕТ СТОИМОСТИ УСЛУГ ПО ДИАГНОСТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ ПАМЯТИ**

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

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

<b>Код</b>	<b>Наименование</b>	<b>Частота</b>	<b>Оптимальное число занятий<sup>4</sup></b>
A13.23.013	Специальное нейропсихологическое обследование	1 за курс	-
A13.29.005	Нейропсихологическое обследование	1р за курс	-
A13.29.001.001	Сбор анамнеза и жалоб больного с нарушениями психической сферы	1р за курс	-

<sup>4</sup> Число занятий, необходимое для достижения одной узкоспециализированной цели при реабилитации больного с апраксией, либо для вынесения предварительного заключения о сниженном реабилитационном потенциале

A21.23.004	Составление индивидуальной программы нейропсихологической реабилитации.	1р/3 недели	-
A13.23.011	Нейропсихологическая коррекционно-восстановительная процедура при нарушениях психических функций	2-3р в неделю	15
A21.23.005	Нейропсихологическая реабилитация	2-3р в неделю	15
A21.23.006	Обучение родственников пациента тактике и методам восстановления когнитивных функций больных	2р за курс	-
A13.29.013	Процедуры по адаптации к условиям микросреды	2-3р в неделю	15
B04.069.001	Школа психологической профилактики для пациентов и родственников	2р за курс	-
B05.023.001	Услуги по реабилитации пациента, перенесшего острое нарушение мозгового кровообращения	20 за 2 недели	-
B05.024.002	Услуги по реабилитации пациента, перенесшего нейрохирургическую операцию	20 за 2 недели	-



## ЛИТЕРАТУРА

1. Асмолов А.Г. По ту сторону сознания: методологические проблемы неклассической психологии. М.: Смысл; 2002.
2. 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. Ахутина Т.В., Пылаева Н.М. Работа с числовым рядом в восстановительном и коррекционном обучении. // Дефектология, 1993, N.2. – С.47-50
4. Балашова Е. Ю., Ковязина М. С. Нейропсихологическая диагностика. Классические стимульные материалы //М.: Генезис. – 2010.
5. Бэддели А. Ваша память. Руководство по тренировке и развитию. М., 2001.
6. Варако Н. А., Куликова И., Даминов В. Нейропсихологическая реабилитация больных с нарушениями программирования, регуляции и контроля деятельности // В кн.: I Международный конгресс "Нейрореабилитация - 2009", Москва, 2-3 июня 2009 г., стр.46. Тезисы докладов.
7. Выготский Л.С. Психология. М., Апрель –Пресс, 2000
8. Гальперин П. Я. Психология мышления и учение о поэтапном формировании умственных действий //Исследование мышления в советской психологии. М.,1966
9. 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.
10. Глозман Ж.М. Мотивационные и личностные аспекты реабилитации больных с афазией. / В кн.: Актуальные проблемы современной психологии. М.: Изд-во МГУ, 1983, с. 212-215
11. Григорьева В.Н., Ковязина М.С., Тхостов А.Ш. Когнитивная нейрореабилитация больных с очаговыми поражениями головного мозга. М.: УМК «Психология» - МПСИ, 2006.
12. Зинченко Ю.П. Методологические проблемы фундаментальных и прикладных психологических исследований. Национальный психологический журнал; 2011; 5(1): 42-49.
13. 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.

14. Зинченко Ю.П., Первичко Е.И. Постнеклассическая методология в клинической психологии: научная школа Л.С. Выготского – А.Р. Лурия. Национальный психологический журнал; 2012 (6); 8(2): 32-45.
15. 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.
16. Зинченко Ю.П., Первичко Е.И., Тхостов А.Ш. Методологические основы и задачи психологической реабилитации онкологических больных // Вестник восстановительной медицины. – 2014. - №5 (63).
17. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. М.: Медицина, 1983.
18. Ключко В.Е. Закономерности движения психологического познания и проблема метода науки. Методология и история психологии; 2007; 2(1): 5-19.
19. Каверина М.Ю., Кроткова О.А. Проблема осознания когнитивных нарушений у больных с мнестическими дефектами//«Клиническая и специальная психология», 2013, №3, <http://psyjournals.ru/psyclin/2013/n3/64001.shtml>
20. Киященко Н.К. Московичюте Л.И. Симерницкая Э.Г. Фаллер Т.О., Филиппычева Н.А. Мозг и память. М., 1975
21. Корсакова Н.К., Микадзе Ю.В. Нейропсихологические исследования памяти: итоги и перспективы. В кн: А.Р.Лурия и современная психология, М., МГУ,1982, с.101-110
22. Корсакова Н.К., Московичюте Л.И. Клиническая нейропсихология. М., Академия, 2003
23. Корсакова Н. К., Балашова Е. Ю. Опосредование как компонент саморегуляции психической деятельности в позднем возрасте //Вестник МГУ. Сер. – 1995. – Т. 14. – С. 18-23.
24. Корсакова Н.К., Балашова Е.Ю., Рощина И.Ф. Экспресс-методика оценки когнитивных функций при старении [Электронный ресурс] // Психологические исследования: электрон. науч. журн. 2009. N 3(5). URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 28.04.2015)
25. Кроткова О.А. Основные направления реабилитации больных с нарушениями памяти. // В кн.: «Проблемы реабилитации нейрохирургических больных». М., 1988, С.63 – 72.
26. Кроткова О.А., Карасева Т.А., Найдин В.Л. Количественная оценка нарушений памяти у неврологических и нейрохирургических больных. Методические рекомендации. М., 1983. —30 С.
27. Кроткова О.А.,Семенович А.В. Некоторые особенности мозговой организации образов зрительной памяти человека и механизм возникновения конфабуляций. «Психологический журнал» 1994.т.15, № 1, С.97-108.

28. Кроткова О.А., Смирнова Н.Я., Каверина М.Ю. Нейропсихологический анализ снижения памяти в «среднем возрасте»// В кн.: «Наследие А.Р.Лурии в современном научном и культурно-историческом контексте» – М., Изд-во МГУ, 2012. С.148 – 160.
29. Найдин В.Л., Максакова О.А., Кроткова О.А. Нейрореабилитация при черепно-мозговой травме. В кн.: «Клиническое руководство по черепно-мозговой травме, т.3», М.,2002, С.516 – 542.
30. Лурия А. Р. Восстановление функций мозга после военной травмы. – Изд-во АМН СССР, 1948.
31. Лурия А.Р.. Основы нейропсихологии. М., Академия, 2002
32. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. М., МГУ, 1969
33. Лурия А.Р. Этапы пройденного пути. Научная автобиография. М., МГУ, 2001
34. Лурия А.Р. Нейропсихология памяти. М., Педагогика, т.1, т.2, 1974,1976
35. Микадзе Ю.В. Некоторые методологические вопросы качественного и количественного анализа в нейропсихологической диагностике. Вестн.Моск.ун-та. Сер.14.Психология. 2012. № 2, с. 96-103
36. Микадзе Ю.В., Скворцова В.Б. Рабочая память: теоретические модели и нейропсихологический анализ клинических феноменов. Психологический журнал, 2008, № 3, с. 67-76.
37. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику: психологическое исследование. – Изд-во Моск. ун-та, 1987
38. 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.
39. Приказ Минздрава России от 29.12.2012 N 1705н "О порядке организации медицинской реабилитации" (Зарегистрировано в Минюсте России 22 февраля 2013 г. N 27276)
40. Проблемы афазии и восстановительного обучения. / Л.С. Цветкова (ред.) М.: Изд-во МГУ, 1979, с. 162.
41. 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.
42. 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.

43. Хомская Е. Д. Нейропсихология: 4-е издание. - СПб.:Питер, 2007.
44. 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.
45. Adamovich B. B., Henderson J. A., Auerbach S. Cognitive rehabilitation of closed head injured patients: A dynamic approach. – San Diego, CA : College-Hill Press, 1985.
46. Akhutina T.V., Glozman J.M., Moskovich L.I. Short glossary of Lurian terminology. In: A.R. Luria and Contemporary Psychology: Festschrift celebrating the centennial of his birth. Akhutina T.V., Glozman J.M., Moskovich L.I., Robbins D. (Eds.) N.Y.: Nova Publishers, 2004, p. 199-200.
47. Cicerone K.D., Langenbahn D.M., Braden C., Malec J.F, Kalmar K., Fraas M, Felicetti T., Laatsch L., Harley J.P., Bergquist T., Azulay J., Cantor J., Ashman T. Evidence based cognitive rehabilitation: updated review of the literature from 2003 through 2008. *Archeves Phys Med Rehabilitation* 2011;92: 519-30.
48. Haskins E.C., Cicerone K.D., Dams-O'Connor K., Eberle R., Langenbahn D., Shapiro-Rosenbaum A., Trexler L.E. Cognitive rehabilitation manual. Translating evidence-based recommendations into practice. ACRM, 2012.
49. Lezak M. D. Neuropsychological assessment, 1983.
50. Prigatano G. P. Principles of neuropsychological rehabilitation. – Oxford University Press, 1999.
51. Tulving E, Donaldson W. Organization of memory. Academic Press, 1972
52. Markowitsch, H.J., 2000. The anatomical bases of memory. In: Gazzaniga, M.S. (Ed.), *The New Cognitive Neurosciences*. The MIT Press, Cambridge, pp. 781–795.
53. Wilson B. A. Towards a comprehensive model of cognitive rehabilitation //Neuropsychological rehabilitation. – 2002. – Т. 12. – №. 2. – С. 97-110.
54. Wilson B. A. Neuropsychological rehabilitation //Annual Review of Clinical Psychology. – 2008. – Т. 4. – №. 1. – С. 141-162.
55. Wilson B.A., Baddeley A., Evans J., Shiel A. Errorless learning in the rehabilitation of memory-impaired people. *Neuropsychological rehabilitation*, 1994, 4(3), 307-326.
56. Wilson B.A. Management and remediation of memory problems in brain injured adults // *The handbook of memory disorders / A.D.Baddeley, M.D.Kopelman, B.A.Wilson (eds.)*. 2nd ed. England: John Wiley & Sons, Ltd, 2002. P. 655-682.



