

**ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ  
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ**

**СОГЛАСОВАНО**

Главный внештатный специалист  
по медицинской реабилитации и  
санаторно-курортному лечению  
Департамента здравоохранения  
города Москвы, д.м.н.

  
И.В. Погонченкова

«27» июня 2025 г.

**РЕКОМЕНДОВАНО**

Экспертным советом по науке  
Департамента здравоохранения  
города Москвы № 12



«30» июня 2025 г.

**ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С  
ПОСЛЕДСТВИЯМИ ИНСУЛЬТА В ПРОЦЕССЕ МЕДИЦИНСКОЙ  
РЕАБИЛИТАЦИИ**

Методические рекомендации № 56

УДК 61 (616.831-005)

ББК 56.127

П86

**Организация разработчик:** Государственное автономное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины имени С.И. Спасокукоцкого Департамента здравоохранения города Москвы»

**Авторы:** **Погонченкова И.В.** – д.м.н., доцент, директор ГАУЗ МНПЦ МРВСМ им. С.И. Спасокукоцкого ДЗМ

**Костенко Е.В.** – д.м.н., профессор, заместитель директора по науке ГАУЗ МНПЦ МРВСМ им. С.И. Спасокукоцкого ДЗМ

**Малюкова Н.Г.** – к. псих.н., научный сотрудник ГАУЗ МНПЦ МРВСМ им. С.И. Спасокукоцкого ДЗМ

**Титова А.В.** – младший научный сотрудник ГАУЗ МНПЦ МРВСМ им. С.И. Спасокукоцкого ДЗМ

**Щикота А.М.** – к.м.н., ученый секретарь ГАУЗ МНПЦ МРВСМ им. С.И. Спасокукоцкого ДЗМ

**Рассулова М.А.** – д.м.н., профессор, главный научный сотрудник, первый заместитель директора ГАУЗ МНПЦ МРВСМ им. С.И. Спасокукоцкого ДЗМ

**Филиппов М.С.** – научный сотрудник, заведующий филиалом №3 ГАУЗ МНПЦ МРВСМ им. С.И. Спасокукоцкого ДЗМ

**Рецензенты:** **Варако Н.А.** – канд. псих. наук, старший научный сотрудник кафедры методологии психологии МГУ им. М. В. Ломоносова

**Макарова О.Н.** – канд. псих. наук, доцент кафедры клинической психологии ИКПСР ФГАОУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский университет)

Психологическое сопровождение пациентов с последствиями инсульта в процессе медицинской реабилитации / Методические рекомендации. – И.В. Погонченкова, Е.В. Костенко, Н.Г. Малюкова, А.В. Титова, М.А. Рассулова, А.М. Щикота, М.С. Филиппов. – Москва. – М.: ГАУЗ «МНПЦ МРВСМ им. С.И. Спасокукоцкого ДЗМ», 2025. – 49 с.

**Предназначение:** методические рекомендации адресованы медицинским психологам, медицинским логопедам, врачам-неврологам, врачам физической и реабилитационной медицины и другим специалистам медицинских организаций, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы, оказывающим диагностическую и реабилитационную помощь пациентам с последствиями инсульта, а также аспирантам, научным работникам научно-практических (исследовательских) организаций.

Методические рекомендации выполнены в соответствии с Государственным заданием на 2023–2025 гг. «Научное обеспечение столичного здравоохранения» в рамках темы НИР «Оптимизация индивидуальных программ комплексной реабилитации пациентов с различной соматической патологией» (регистрационный номер № 123041300012-1), заказчик Департамент здравоохранения города Москвы.

*Данный документ является собственностью Департамента здравоохранения города Москвы и не подлежит тиражированию и распространению без соответствующего разрешения*

ISBN:

© Департамент здравоохранения города Москвы, 2025

© ГАУЗ «МНПЦ МРВСМ им. С.И. Спасокукоцкого ДЗМ», 2025

© Коллектив авторов, 2025

## СОДЕРЖАНИЕ

|                                                                                                                                  |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Список сокращений, условных обозначений                                                                                          | 4  |
| Определения                                                                                                                      | 5  |
| Перечень нормативных актов, регулирующих систему оказания психологической помощи пациентам с последствиями ишемического инсульта | 6  |
| 1. Введение                                                                                                                      | 7  |
| 2. Организационно-методические аспекты работы медицинского психолога                                                             | 9  |
| 2.1. Задачи работы психолога с постинсультными пациентами                                                                        | 9  |
| 2.2. Принципы психологической реабилитации и выбор мишени                                                                        | 10 |
| 2.3. Методические особенности диагностической и коррекционной работы психолога                                                   | 12 |
| 3. Работа психолога с психоэмоциональной сферой                                                                                  | 17 |
| 3.1. Проблема нарушений психоэмоциональной сферы после инсульта                                                                  | 17 |
| 3.2. Методы психологической диагностики нарушений психоэмоциональной сферы                                                       | 17 |
| 3.3. Методы и формы психокоррекционной работы                                                                                    | 19 |
| 3.4. Критерии оценки эффективности психокоррекционной работы                                                                     | 23 |
| 4. Работа психолога с когнитивной сферой                                                                                         | 23 |
| 4.1. Проблема нарушения когнитивной сферы после инсульта                                                                         | 23 |
| 4.2. Методы психологической диагностики нарушений когнитивной сферы                                                              | 24 |
| 4.3. Методы и формы коррекционно-восстановительной работы                                                                        | 27 |
| 4.4. Критерии оценки эффективности коррекционно-восстановительной работы                                                         | 32 |
| 5. Работа психолога с родственниками пациентов                                                                                   | 33 |
| 5.1. Проблема помощи семье пациента, перенесшего инсульт                                                                         | 33 |
| 5.2. Методы психологической диагностики для работы с родственниками                                                              | 34 |
| 5.3. Методы и формы психологической работы с родственниками                                                                      | 37 |
| 5.4. Критерии оценки эффективности психологической работы с родственниками                                                       | 39 |
| Заключение                                                                                                                       | 40 |
| Список использованных источников литературы                                                                                      | 41 |
| Приложения                                                                                                                       | 45 |

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ, УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

|       |                                                                                          |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| HADS  | – Hospital Anxiety and Depression Scale, госпитальная шкала тревоги и депрессии          |
| MMSE  | – Mini Mental State Examination, Краткая шкала оценки психического статуса (КШОПС)       |
| MoCA  | – The Montreal Cognitive Assessment, Монреальская шкала оценки когнитивных функций       |
| АПК   | – аппаратно–программный комплекс                                                         |
| БОС   | – биологическая обратная связь                                                           |
| ВР    | – виртуальная реальность                                                                 |
| ВПФ   | – высшие психические функции                                                             |
| ИИ    | – ишемический инсульт                                                                    |
| КНОКС | – краткое нейропсихологическое обследование когнитивной сферы                            |
| МДРК  | – мультидисциплинарная реабилитационная команда                                          |
| МКФ   | – Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья |
| МР    | – медицинская реабилитация                                                               |
| ОНМК  | – острое нарушение мозгового кровоснабжения                                              |
| ТСР   | – технические средства реабилитации                                                      |
| ФРМ   | – физическая и реабилитационная медицина                                                 |

## ОПРЕДЕЛЕНИЯ

**Реабилитация** – комплекс мероприятий, направленных на восстановление функциональных возможностей человека и снижение уровня инвалидности у лиц с нарушениями здоровья с учетом условий их проживания (ВОЗ, <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>).

**Мультидисциплинарная реабилитационная команда (МДРК)** – структурно-функциональная единица структурного подразделения медицинской организации или иной организации, осуществляющей медицинскую реабилитацию на всех этапах (отделения ранней медицинской реабилитации, стационарного отделения медицинской реабилитации пациентов с нарушением функции периферической нервной системы и костно-мышечной системы, стационарного отделения медицинской реабилитации пациентов с нарушением функции центральной нервной системы, стационарного отделения медицинской реабилитации пациентов с соматическими заболеваниями, амбулаторного отделения медицинской реабилитации, отделения медицинской реабилитации дневного стационара), организованной на функциональной основе из работников указанных отделений<sup>1</sup>.

**Высшие психические функции (англ. *higher mental functions*)** – сложные психические процессы, прижизненно формирующиеся, социальные по своему происхождению, семиотически опосредствованные по психологическому строению и произвольные (сознательно выполняемые) по способу своего осуществления. Основные характеристики ВПФ – опосредствованность, осознанность, произвольность – представляют собой системные качества, характеризующие ВПФ как «психологические системы»<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Приказ Минздрава России от 31.07.2020 N 788н (ред. от 07.11.2022) Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых (Зарегистрировано в Минюсте России 25.09.2020 N 60039).

<sup>2</sup> Первичко Е. И., Зинченко Ю. П. (2012) Постнеклассическая методология в клинической психологии: научная школа Л. С. Выготского – А. Р. Лурия. *Национальный психологический журнал*, (2), 32–45.

## **ПЕРЕЧЕНЬ НОРМАТИВНЫХ АКТОВ, РЕГУЛИРУЮЩИХ СИСТЕМУ ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ИНСУЛЬТА**

1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323 – ФЗ (ред. от 02.07.2021) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями, вступил в силу с 01.10.2021).
2. Федеральный закон от 02.07.1992 № 3185–1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» (в последней редакции, с изменениями и дополнениями от 30.12.2021).
3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31.07.2020 № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых».
4. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17.05.2012 №566н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения».
5. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 02.05. 2023 № 205н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников».
6. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23.07.2010 №541н (ред от 09.04.2018) «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих» (зарегистрировано в Минюсте России 25.08.2010 №18247).
7. Клинические рекомендации – Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака. Взрослые/дети. 2024.

## 1. ВВЕДЕНИЕ

Проблемы восстановления функционирования и социального статуса пациентов, перенесших инсульт, касаются в той или иной мере всех членов общества [6].

Инсульт, или острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), является ведущей причиной смертности и инвалидности в мире. Частота его за последние 30 лет увеличилась примерно в два раза, а в Российской Федерации заболеваемость регистрируется на уровне 400–450 тыс. случаев в год [41].

Постинсультные осложнения носят разнообразный характер: более, чем в 30% случаев нарушена речь [36], до 83% выживших после инсульта имеют когнитивные нарушения, по крайней мере, в одной, а 50% – в нескольких когнитивных областях (снижение абстрагирования и планирования деятельности, симптомы неполноценности памяти и внимания, нарушение произвольной регуляции деятельности) [6].

Через три месяца после инсульта при удовлетворительном результате лечения у пациентов сохраняются нарушения памяти, зрительно-конструктивных или исполнительных функций в 71% случаев [4].

Наряду с когнитивными нарушениями у пациентов, перенесших инсульт, возникают нарушения в психоэмоциональной сфере: тревожно-депрессивные расстройства, апатия, астения. К наиболее частым постинсультным состояниям относится депрессия, частота возникновения которой варьирует в пределах от 33% до 50% [6, 31]. В сочетании с когнитивными нарушениями постинсультная депрессия препятствует проведению медицинской реабилитации (МР) пациентов, активизации их социального функционирования, способствует росту инвалидизации, ухудшая качество жизни пациентов и их родственников.

Близкие пациента также нуждаются в помощи психолога. Серьезная и трудноизлечимая болезнь одного из членов семьи нарушает её общее эмоциональное, экономическое и социальное благополучие. Родственники пациента испытывают стресс, серьезные физические и эмоциональные перегрузки [6, 33, 34]. Описан феномен «семейной инвалидности», когда у всех членов семьи инвалида выявляются отчетливые депрессивные расстройства различной степени тяжести [33].

Таким образом, факторами, затрудняющими МР после инсульта, наряду с соматическими заболеваниями и осложнениями являются когнитивные нарушения, эмоциональные расстройства, патологические реакции личности пациента на болезнь и растерянность семьи перед произошедшей катастрофой.

В медицинской литературе доминирует синдромоцентрический подход к лечению пациентов после инсульта, ориентированный, прежде всего, на

биологические (физические) методы лечения [39]. Решение проблем лечения и МР пациентов после инсульта предполагает использование методологии биопсихосоциального подхода, в рамках которой необходимость участия специалистов-психологов в работе с постинсультными пациентами и их семьями очевидна и необходима. Не подлежит сомнению также и широкий спектр практических клинических задач, стоящих перед медицинским психологом в структуре работы мультидисциплинарной реабилитационной команды (МДРК).

К настоящему моменту Приказами Министерства здравоохранения РФ медицинский психолог введен в состав МДРК, утвержден как медицинский работник, специалист с высшим немедицинским образованием.

Комплексная психологическая диагностика пациентов после инсульта позволяет выявить степень когнитивных нарушений и ресурсы восстановления высших психических функций, определить эмоциональные и личностные проблемы, препятствующие адаптации, мишени психологических воздействий для формирования эффективных программ психологической помощи [9].

Актуальными задачами медицинского психолога в системе комплексной реабилитации пациентов с последствиями инсульта являются формирование и поддержание у пациента мотивации к лечению и реабилитации, гармонизация психоэмоциональной сферы, преодоление нарушений когнитивных функций, помощь в поиске путей максимальной адаптации к ежедневной жизни, помощь семье и близким пациента.

Эффективное решение этих задач подразумевает разработку алгоритмов психологической помощи в структуре системы МР пациентов с последствиями инсульта независимо от давности его развития и этапа оказания помощи по медицинской реабилитации.

В литературе наблюдается дефицит структурированных методических рекомендаций и схем работы медицинского психолога с пациентами после инсульта. Предлагаемые алгоритмы и нормативы часто носят общий, описательный или фрагментарный характер, охватывая лишь отдельные аспекты деятельности специалиста [9, 36].

В предлагаемых методических материалах представлены алгоритмы комплексной реабилитационной работы медицинского психолога, разработанные в результате многолетнего опыта практической деятельности специалистов ГАУЗ МНПЦ МРВСМ им. С.И. Спасокукоцкого.

## **2. ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА**

### **2.1. Задачи работы психолога с постинсультными пациентами**

Эмоциональная, когнитивная и поведенческая сферы жизнедеятельности человека тесно связаны и в результате сосудистого поражения страдают совместно [6].

Самыми распространенными эмоциональными нарушениями признаются тревога, депрессия. Описаны также утрата пациентом самоидентичности и неприятие себя больным, крах планов и перспектив, потеря веры в себя и в будущее, ощущение беспомощности и безнадежности, растерянность, неустойчивость настроения, ипохондрия [6, 12, 46, 49].

К наиболее часто встречающимся когнитивным расстройствам после инсульта относятся нарушения памяти, ограничение построения логических связей, планирования и произвольного контроля. В зависимости от локализации поражения головного мозга выявляются специфические нейропсихологические синдромы, соотносимые с сосудистыми бассейнами головного мозга, в структуру которых входят нарушения восприятия разных модальностей, произвольных движений и действий, речи и других ВПФ [4, 6, 7, 9, 45].

Поведенческие нарушения у постинсультных пациентов проявляются в виде дезорганизации поведенческих программ и стереотипов, импульсивности или, наоборот, аспонтанности, пассивности [6, 7, 8].

Согласно утвержденным Клиническим рекомендациям «Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака» от 2024г, реабилитационные мероприятия должны включать по показаниям занятия по коррекции когнитивных функций, управление эмоциональным статусом, а также консультирование семей и опекунов пациентов [18].

**Психологическая реабилитация** – система многокомпонентных психологических воздействий, направленных как на пациента, с целью достижения психологической адаптации после инсульта, так и на родственников пациента, с целью максимального возвращения пациента и его семьи в социум [9].

**Цель работы медицинского психолога** – выявление, поддержание и/или формирование психологических ресурсов пациента (личностных, эмоциональных, когнитивных) в ходе медицинской реабилитации.

**Задачами работы медицинского психолога являются:**

*1. Психологическая диагностика состояния психоэмоциональной и когнитивной сферы пациентов:*

- проведение психологических диагностических процедур;
- выявление ведущей мишени психологической реабилитации;
- определение форм и методов психокоррекционной работы.

## 2. Психологическая коррекция выявленных нарушений:

### 2.1. Психокоррекция эмоциональной сферы

- формирование и поддержание у пациента приверженности к лечению и реабилитации;
- гармонизация психоэмоциональной сферы пациента, переработка эмоциональных переживаний;
- определение новых перспектив и реалистических жизненных целей пациента.

### 2.2. Коррекционно-восстановительное обучение

- максимально возможное преодоление нарушений когнитивных функций;
- обучение пациента новым когнитивно-поведенческим стратегиям;
- помощь в поиске путей максимальной адаптации к ежедневной жизни.

## 3. Психологическая работа с родственниками/близкими пациента

- информационно-разъяснительная работа;
- психологическое консультирование и психологическая поддержка.

## **2.2. Принципы психологической реабилитации и выбор мишени реабилитации**

### ***Принципы психологической реабилитации:***

- Ранее начало;
- Поэтапность, непрерывность и преемственность психологической реабилитации;
- Дифференцированность психологической диагностики и психокоррекционных воздействий на каждом этапе реабилитации;
- Принцип сотрудничества с пациентом в ходе психологической реабилитации;
- Включение в реабилитацию родственников пациента;
- Социальная направленность реабилитации;
- Использование методов контроля адекватности нагрузок и эффективности проведения реабилитационных мероприятий;
- Релевантность выбранных методов и методик психокоррекции выявленным мишеням психодиагностики [6, 9, 36].

Все формы и виды психодиагностической и психокоррекционной работы проводятся при наличии рутинного Информированного согласия на лечение и устного согласия пациента.

### ***Алгоритм определения показаний к назначению консультаций медицинского психолога или психотерапевта/психиатра***

При первичном осмотре пациента в отделении необходимо провести тестирование по шкале HADS.

В случае получения результата в 8 баллов и более пациенту показана консультация психолога, в случае получения результата 11 баллов и более – консультация психотерапевта [27].

*Показаниями к назначению консультации психолога* являются следующие особенности в поведении пациента:

- сниженный фон настроения;
- плаксивость;
- агрессивность;
- наличие страхов;
- нарушения сна;
- неадекватное социальное поведение (конфликты в палате, с медицинским персоналом).

*Показаниями к назначению консультации психотерапевта (психиатра)* являются особенности в поведении больного:

- резкое изменение поведения пациента;
- импульсивное (непредсказуемое) поведение пациента;
- выраженное снижение фона настроения, сопровождающееся агрессией или аутоагрессией;
- высказывание мыслей о нежелании жить;
- наличие обманов восприятия;
- беспокойное или неадекватное поведение у пациентов с выраженными когнитивными расстройствами или деменцией;
- стойкие расстройства ночного сна [27].

Консультация психотерапевта (психиатра) возможна без согласия пациента, если ситуация соответствует Закону РФ от 02 июля 1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», ст. 23, п. 4 («Психиатрическое освидетельствование») или ст. 29 («Основания для госпитализации в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, в недобровольном порядке»). Это касается ситуаций, когда действия пациента указывают на тяжелое психическое

расстройство, представляющее непосредственную опасность для него самого или окружающих [27].

Консультация медицинского психолога может быть назначена лечащим врачом/врачом ФРМ в случаях, если имеется запрос на психологическую помощь со стороны пациента или родственника пациента.

***Ограничениями для проведения психодиагностики и психокоррекции являются<sup>1</sup>:***

1. Недоступность пациента продуктивному контакту (снижение уровня сознания/кома, психомоторное возбуждение);
2. Интеллектуальное снижение и деменция (MMSE менее 18 баллов) – абсолютное противопоказание);
3. Психические нарушения (агрессивность, наличие продуктивной психотической симптоматики);
4. Сознательный отказ пациента, избегающее поведение;
5. Грубые нарушения произвольной регуляции и поведения (невозможность понимать инструкции и следовать им, расторможенность, нецеленаправленное поведение, психопатоподобное поведение пациента);
6. Выраженные нарушения физического зрения и слуха, не компенсированные техническими средствами реабилитации (ТСР);
7. Тяжелая соматическая патология в стадии декомпенсации;
8. Нестабильность витальных функций (тяжелые нарушения сердечного ритма и проводимости и пр.);
9. Острые заболевания внутренних органов, хронические заболевания в стадии декомпенсации; инфекционные, кожные заболевания; все формы туберкулёза в активной стадии;
10. Риск развития эпилепсии, эпилепсии<sup>1</sup>.

### **2.3. Методические особенности диагностической и коррекционной работы медицинского психолога**

При организации диагностической и коррекционно-восстановительной работы медицинского психолога с пациентами, перенесшими инсульт, необходимо учитывать индивидуальные особенности функционального состояния ЦНС и психического функционирования.

---

<sup>1</sup>Приказ МЗ РФ от 31.07.2020 № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых»

***Особенности психической и когнитивной сферы пациентов, перенесших инсульт [6–7, 10, 20, 36]***

1. Астенизация, адинамия;
2. Увеличение латентного периода включения в деятельность;
3. Быстрое утомление, повышенная истощаемость в рамках одного вида деятельности;
4. Низкая когнитивная продуктивность;
5. Ограничения в коммуникации (при наличии афазий, дизартрий);
6. Ограничение объема памяти, повышенная тормозимость следа памяти;
7. Ограничение возможностей концентрации и распределения внимания;
8. Снижение возможностей планирования, прогнозирования;
9. Эмоциональная лабильность, тревожно-депрессивные реакции
10. Низкая стрессоустойчивостью.

Перечисленные особенности обуславливают общие методические принципы организации процессов психодиагностики и психокоррекции при проведении МР (таблица 1).

**Таблица 1. Общие методические принципы организации процессов психодиагностики и психокоррекции**

|   | <b>Методический принцип</b>                               | <b>Практическая реализация в деятельности психолога</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Дозирование нагрузки                                      | <p>Продолжительность одной индивидуальной встречи с пациентом (диагностика/коррекция) не должно превышать 40–45 минут.</p> <p>Продолжительность группового сеанса – не должно превышать 60 минут.</p> <p>Стимуляция (когнитивная/эмоциональная) в ходе коррекционных занятий – умеренная.</p> <p><b>Следует исключить перестимулирование пациентов!</b></p> <p>В случае возникновения у пациента признаков утомления/перестимуляции – взаимодействие с пациентом следует остановить, дать отдых 10–15 минут. Если после отдыха признаки утомления сохраняются – завершить занятие. Не рекомендуется проводить занятия во время дневного сна, при плохом самочувствии пациента.</p> |
| 2 | Необходимость обратной связи с пациентом                  | <p>В процессе взаимодействия с пациентом – обязательна обратная связь в виде уточняющих и наводящих вопросов, наблюдения специалиста за эмоциональными/вегетативными/жестово-мимическими реакциями и состоянием пациента.</p> <p>Подбор степени сложности психокоррекционных заданий определяется индивидуально и только на основе обратной связи. Выполнение задания должно быть доступно пациенту, не вызывать протеста.</p> <p>На основе обратной связи определяется комфортный пациенту темп выполнения заданий и вербального общения.</p>                                                                                                                                     |
| 3 | Обеспечение и поддержание психологического комфорта       | <p>В ходе психологической диагностики и коррекции необходимо создать обстановку доброжелательности, спокойствия, поощрять активность пациента. Недопустимо торопить пациента, демонстрировать пренебрежение, непонимание.</p> <p>Для групповой психокоррекционной работы формируется группа пациенты сходного когнитивного статуса, без нарушений поведения и произвольной регуляции.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 4 | Использование дополнительных внешних средств коммуникации | <p>Общение с пациентом, с учетом его когнитивного статуса, подразумевает внешние опоры – средства, помогающие эффективному взаимодействию.</p> <p>Для организации занятий необходимо использовать яркий, понятный пациенту, физически и психологически безопасный методический материал (рабочие тетради, карточки, сюжетные и предметные иллюстрации, материал для конструирования) и АПК.</p> <p>Для работы со взрослыми пациентами во избежание реакций негативизма не рекомендуется использовать детские пособия и методические материалы.</p>                                                                                                                                 |

Стандартных программ психологической реабилитации для пациентов после инсульта в настоящее время не существует [6]. Программы составляются индивидуально, на основании результатов психологической диагностики. Содержание программ варьирует в зависимости от выраженности когнитивных и психоэмоциональных нарушений, возраста пациента, его преморбидных особенностей и этапа МР. Интенсивность и формы реабилитационных воздействий должны быть соизмеримы с ожидаемой пользой и переносимостью нагрузок [18].

Психологические воздействия могут осуществляться в индивидуальной и групповой формах. Психологическая диагностика всегда осуществляется в индивидуальной форме. Психокоррекция может осуществляться как в индивидуальной, так и в групповой формах (Приложение 1 и Приложение 2). Программа МР структурируется таким образом, чтобы чередовать индивидуальные и групповые занятия [6, 9, 36].

В таблице 2 приведены основные характеристики форм работы психолога.

**Таблица 2. Основные характеристики индивидуальной и групповой форм работы медицинского психолога**

| Характеристики занятия | Индивидуальная форма занятий                                                                                                                                                                            | Групповая форма занятий                                                                                                                                                                   |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Продолжительность      | 15–40 минут                                                                                                                                                                                             | 45–60 минут                                                                                                                                                                               |
| Наполняемость          | 1 пациент                                                                                                                                                                                               | 4–6 пациентов                                                                                                                                                                             |
| Содержание             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Когнитивный тренинг (в том числе и с АПК)</li> <li>• Психологическое консультирование</li> <li>• Обучение приемам саморегуляции (в том числе с БОС)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Когнитивный тренинг</li> <li>• Релаксация/аутотренинг</li> <li>• Арт-терапия</li> <li>• Школа пациента</li> <li>• Школа родственников</li> </ul> |
| Кратность              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ежедневно</li> <li>• 2-3 раза в неделю</li> </ul>                                                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ежедневно</li> <li>• 2-3 раза в неделю</li> <li>• один раз в неделю</li> </ul>                                                                   |

На *первом этапе МР* после инсульта состояние пациента характеризуется повышенной истощаемостью, часто – дезориентировкой, минимальным осознанием себя и своего состояния, выраженными мнестическими нарушениями [6, 30, 36]. Рекомендуется проведение ежедневных (1–2 раза в день) индивидуальных занятий с пациентами. Продолжительность занятия определяется психологом на основе обратной связи с пациентом. Желательны кратковременные (10–20 минут), разномодальные, щадящие формы индивидуального взаимодействия с пациентом (беседа, мягкая когнитивная стимуляция с целью растормаживания ВПФ и пр.) [6, 36]. Групповая работа для пациентов первого этапа МР представляется нецелесообразной.

На *втором этапе МР* рекомендуется сочетать индивидуальные занятия с групповыми (30–35 минут нагрузки) [6, 9, 10, 45]. Индивидуальные занятия, с максимальным вниманием специалиста, направлены на проработку главной мишени психологического воздействия. Групповые занятия, посредством организованной психологом коммуникации, способствуют общей гармонизации психоэмоциональной сферы, снижению тревожности, тренировке произвольной регуляции и внимания.

*Третий этап МР* направлен на пациентов с остаточным когнитивным дефицитом и смещает акцент на мотивационную сферу и личностные смыслы. Цель – помочь пациенту принять ограничения, вызванные болезнью, найти новые жизненные ориентиры и сформировать цели [3, 6, 9]. Ведущая форма работы – групповая, с ежедневными занятиями, играющими важную роль в восстановлении социальных связей, преодолении страха возвращения в общество и поддержке восстановления.

Пациентам *на втором и третьем этапах МР* психолог предлагает самостоятельные задания для закрепления результатов индивидуальных или групповых занятий. Задания выполняются в удобное время и проверяются психологом, предоставляющим обратную связь.

Наш опыт свидетельствует о том, что для пациента оптимальным является не более двух занятий (индивидуальных/групповых и в сочетании) с медицинским психологом в день (одно групповое и одно индивидуальное в день, два индивидуальных или два групповых занятия в день) (Приложение 2).

Психолог согласовывает кратность психологических реабилитационных воздействий на пациента с его лечащим врачом/врачом ФРМ, который оценивает суммарную ежедневную нагрузку пациента, с учетом иных процедур.

### **3. РАБОТА ПСИХОЛОГА С ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРОЙ**

#### **3.1. Проблема нарушения психоэмоциональной сферы после инсульта**

Инвалидизация пациентов после ИИ обусловлена не только физическими, но и возникающими психоэмоциональными нарушениями. Исследования показывают, что около 30–50% пациентов, перенесших инсульт, сталкиваются с эмоциональными расстройствами, которые являются универсальным ответом психики больного на различные аспекты развития заболевания:

- факт заболевания;
- органическое поражение головного мозга и многочисленные симптомы такого поражения;
- социальные последствия инсульта.

Постинсультная депрессия – частое состояние, возникающее примерно у 37% пациентов после инсульта, что делает ее наиболее распространенным психическим расстройством в этой группе [4, 8, 31, 41]. Помимо депрессии, у пациентов могут наблюдаться ипохондрия, снижение настроения, эмоциональная лабильность, конфликтность, а также эйфория или благодушие [6, 10, 28, 31]. Характер психоэмоциональных нарушений связан с локализацией поражения мозга: левополушарные инсульты часто приводят к обеднению аффективной сферы и негативизму, а поражение правой гемисферы, особенно лобных и височных долей, – к тревожным расстройствам и эмоциональной лабильности [20, 30, 45].

Среди симптомов личностного круга у пациентов определяются снижение самооценки, изменение смысловой сферы личности – обеднение мотивов, апатия, фиксация на заболевании, нежелание что-либо планировать и думать о будущем [3, 9, 26, 36].

Психоэмоциональные нарушения являются причиной отказа пациента от лечения и реабилитации, снижения приверженности к лечению, усугубления инвалидизации пациентов, их самоисключения из жизни семьи и в целом, неуспешности реабилитационного процесса [6, 9, 10, 31].

*Целью работы психолога с психоэмоциональной сферой пациента является восстановление эмоциональной стабильности пациента, улучшение его адаптации к новой реальности после перенесенного инсульта.*

#### **3.2. Методы психологической диагностики нарушений психоэмоциональной сферы**

Психодиагностическое обследование должно совпадать с моментом начала МР. Содержание психодиагностики предполагает изучение личностных особенностей пациента, которые влияют на эффективность МР. Однако сроки II этапа МР ограничены. В связи с этим, в клинической практике психолога

исследуется текущее эмоциональное состояние пациентов, которое поддается психокоррекционному воздействию и оказывает влияние на лечебно-реабилитационный процесс [27].

Чаще всего в практической клинической работе диагностируется степень выраженности тревоги и депрессии, для чего применяются монополярные шкалы:

- госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS);
- шкалы депрессии и тревоги Гамильтона;
- шкалы тревоги и депрессии Бека;
- шкалы реактивной и личностной тревожности Спилбергера [27, 28].

В рутинной клинической практике рекомендовано использование госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) [27, 28]. Для субъективной оценки психологического состояния пациента – визуальные аналоговые шкалы (ВАШ) и модифицированный тест исследования самооценки Дембо-Рубинштейн [27, 28].

Определение интеллектуально-мотивационной готовности к участию в реабилитационном процессе является важной составляющей диагностической работы психолога. Способность пациента к конструктивному взаимодействию с врачом и комплаентность оцениваются в ходе клинической беседы.

Широко известный к клинике феномен «вторичной выгоды» от заболевания, должен обязательно учитываться в работе с пациентами, перенесшими инсульт. Он может быть оценен с помощью «Цветового теста отношений», который позволяет выявить скрытые мотивы, ограничивающие активное участие пациента в процессе выздоровления [28].

Лаконичное и достаточно полное описание личностных характеристик пациента доступно с использованием Пятифакторного опросника личности 5PFQ – «Большая пятерка» (Hejro Tsuji, 1996; А.Б. Хромов, 2010). Измеряется степень выраженности каждого из пяти личностных факторов «большой пятерки»: экстраверсия/интроверсия, привязанность/обособленность, самоконтроль/импульсивность, эмоциональная неустойчивость/устойчивость, экспрессивность/практичность. Тестирование представляет собой ответы на 75 вопросов [48].

При проведении оценки эмоциональной сферы пациентов с помощью шкал и опросников, подразумевающих возможность прочесть вопрос и дать вербальный ответ, важно учитывать наличие нарушений речи пациента (афазии).

Эмоциональная сфера пациентов с афазией может быть оценена:

- клинически, методом беседы с психологом (пациент отвечает невербально, используя жесты и мимику) и наблюдения;
- с использованием визуальных аналоговых шкал (ВАШ);
- с помощью модифицированной шкалы самооценки Дембо-Рубинштейн.

Кодирование по МКФ нарушений психоэмоциональной сферы осуществляется в доменах Функции, Активность и Участие, основные категории МКФ и методы их психодиагностики отражены в таблице 3.

**Таблица 3. Кодирование нарушений психоэмоциональной сферы в доменах МКФ и психодиагностические методы их оценки**

| Категории доменов МКФ                                                                                                                                                                                                                       | Диагностические психологические методы                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Функции</b>                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| b152 Функции эмоций                                                                                                                                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Клиническая беседа</li> <li>• Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)</li> <li>• Шкала Бэка</li> <li>• Шкала Гамильтона</li> <li>• Шкала Спилбергера</li> <li>• Опросник «Большая пятерка»</li> <li>• Модифицированный тест исследования самооценки Дембо-Рубинштейн</li> <li>• ВАШ боли</li> </ul> |
| b126 Темперамент и личностные функции                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>b 1260 Экстраверсия</li> <li>b 1261 Компромисс</li> <li>b 1262 Добросовестность</li> <li>b 1263 Психическая устойчивость</li> <li>b 1264 Открытость для опыта</li> <li>b 1266 Уверенность</li> </ul> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| b130 Волевые и побудительные функции                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| b 280 Ощущение боли                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Активность и участие</b>                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| d240 Преодоление стресса и других психологических нагрузок                                                                                                                                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Беседа</li> <li>• Структурированное интервью</li> <li>• Цветовой тест отношений</li> <li>• ВАШ самочувствия</li> <li>• Опросник «Большая пятерка»</li> </ul>                                                                                                                                              |
| d710; d720; d730; d740; d750; d760; d770 Межличностные взаимодействия и отношения                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

### 3.3. Методы и формы психокоррекционной работы

В результате психодиагностики состояния психоэмоциональной сферы пациента индивидуализируются подходы к психокоррекции.

Кроме того, цели и содержание работы психолога имеют личностно-обусловленные ориентиры в разные временные периоды после инсульта [6, 9, 10]:

- *В раннем восстановительном периоде* (1–6 месяцев от начала заболевания) – психологическая помощь направлена на коррекцию самоотношения пациента, помощь в принятии нарушенных двигательных и когнитивных функций, выявление внутренних ресурсов и сохранных аспектов физического и психического функционирования;
- *В позднем восстановительном периоде* (6–12 месяцев от начала заболевания) основной задачей психолога становится исследование и коррекция

межличностных отношений пациента, осознание и принятие личностью новой социальной роли;

- В периоде остаточных явлений, резидуальный период (более 12 месяцев от начала заболевания) программа психологической помощи направлена на стабилизацию системы отношений личности, формирование новой концепции жизни, овладение приемами совладания со стрессом.

Психокоррекционные занятия проводятся в индивидуальной и групповой формах:

1) Пациентам без грубых нарушений двигательных и когнитивных функций рекомендовано посещение «Школы пациента», которая представляет собой информационно-разъяснительную и обучающую работу в групповом формате.

Курс составляет 4–5 занятий длительностью по 40–50 минут каждое. Занятия включают в себя информационную (лекция) и практическую (обучение навыкам) части. Востребованными задачами «Школы пациентов» являются [6, 10, 26, 27]:

- Пояснение роли эмоционального стресса в возникновении заболевания;
- Обучение релаксационным техникам и дыхательным упражнениям;
- Выработка навыков саморегуляции для снижения эмоционального напряжения;
- Формирование осознанной мотивационной установки к продуктивному взаимодействию с медицинским персоналом, необходимости выполнять рекомендации лечащего врача и приверженности к здоровому образу жизни;
- Прояснение входящих в компетенцию психолога вопросов, касающихся течения заболевания и перспектив выздоровления.

2) Сеансы релаксации также могут проводиться в групповом формате.

Аутогенные тренировки и релаксационная музыкотерапия применяются в медицине для снятия стресса и оздоровления, используя композиции с минорным ладом, невысокой громкостью, мягким ритмом и звуками природы [2, 12, 34]. Аутогенные тренировки, релаксационные и дыхательные упражнения также снижают болевые синдромы [6, 36, 43].

Необходимое оборудование психолога для работы с психоэмоциональной сферой:<sup>1</sup>

кресло функциональное,

- программное обеспечение для релаксационной гипнотерапии,
- аудиовизуальный комплекс мобильный,
- комплекс акустический для коррекции психосоматического состояния.

---

<sup>1</sup> Приказ МЗ РФ от 31.07.2020 № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых»

3) *Арт-терапия* – метод психокоррекции и развития личности через художественное творчество, используемый в медицинских учреждениях для редукации болезненных состояний и гармонизации эмоциональной сферы. Включает все виды терапии искусством [2, 6, 10, 27, 28]. Арт-терапевтические занятия не имеют ограничений (кроме общих противопоказаний для работы с психологом) и чаще всего проводятся в групповой форме.

Арт-терапия для пациентов с последствиями инсульта – это проекция переживаний через невербальную изобразительную деятельность (рисование, лепка, аппликация) под руководством психолога в доверительной атмосфере, направленная на выражение, исследование и трансформацию опыта, выработку нового отношения к себе и миру [2, 6, 10].

Психологу важно обеспечить безопасность и гигиеничность материалов, возможность санобработки, а также удобство для пациентов с гемипарезом (доступ к столу, эргономика, манипулирование одной рукой).

4) *Применение психофизиологических технологий с БОС* осуществляется для психокоррекции пациентов в индивидуальной форме.

Противопоказаниями к занятиям с психологом с применением БОС-терапии являются [35]:

- Снижение интеллекта;
- Тяжелые психические расстройства;
- Острые инфекционные заболевания;
- Обострение хронических болезней;
- Некоторые виды эпилепсии.

БОС-технологии обучают самоконтролю и саморегуляции физиологических процессов, приводя к функциональному улучшению. АПК позволяют пациенту наблюдать и осознанно влиять на свои физиологические показатели (ЭЭГ, вегетативная активация). БОС-терапия включает измерение, преобразование и передачу информации пациенту для обучения контролю над этими процессами. [35]. Работа с АПК помогает пациентам с последствиями ИИ регулировать состояние, повышая самооценку и мотивацию к реабилитации [21, 37].

Занятие БОС-терапии длится 20–30 минут. Курс состоит из 10–20 сеансов с частотой 2–3 раза в неделю. Психолог должен следить за признаками утомления пациента и завершать занятие при их появлении [26, 27].

5) *Индивидуальные сессии психокоррекции* ориентированы на конкретный запрос пациента (детско-родительские и семейные отношения, смена профессионального, личностного и социального статуса, адаптация мотивационно-смысловой сферы к ситуации заболевания, формирование позитивного мышления).

Методики работы психолога подбираются индивидуально, с учетом возраста пациента, его личностных особенностей, наличия или отсутствия когнитивных

расстройств, а также относительной кратковременности психокоррекционного вмешательства в рамках медицинского учреждения [6, 9, 12, 36].

Медицинским психологом преимущественно используются рациональный и телесно-ориентированный подходы, а также когнитивно-бихевиоральные, арт-терапевтические техники [11, 37].

Тренинги, релаксация и профилактика, а также индивидуальные консультации длятся 45–50 минут 2–3 раза в неделю из-за быстрой утомляемости, истощаемости и когнитивных нарушений у пациентов.

Для коррекции психоэмоциональной сферы и восстановления эмоционального баланса пациентов с нарушением речи центрального характера – афазией применяются методы, не подразумевающие восприятие вербальных инструкций и вербального отчета (арт-терапия, сеансы релаксации) (Приложение 2).

Высокая эффективность методов психокоррекции подтверждена рандомизированными клиническими исследованиями и поддержана Российскими, международными и национальными клиническими рекомендациями:

- *пациент-центрированный полимодальный подход («Школа пациента»)* – уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 3) [46];

- *когнитивно-поведенческая терапия* – уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2) [46, 49];

- *арт-терапия* – уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3) [19];

- *прогрессивная мышечная релаксация* – уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3) [57];

- *аутогенная тренировка* – уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2) [54];

- *технологии с биологической обратной связью* – уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3) [35];

- *телесно-ориентированная терапия* – уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3) [55].

### 3.4. Критерии оценки эффективности психокоррекционной работы

Критерии эффективности работы медицинского психолога с психоэмоциональной сферой пациентов приведены в таблице 4 [6, 9].

**Таблица 4. Критерии эффективности работы психолога с психоэмоциональной сферой пациентов**

| <b>Критерий</b>                                                                                                                                                                      | <b>Способ оценки</b>                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| - готовность пациента к межличностным коммуникациям<br>- стабилизация фона настроения пациента<br>- выполнение рекомендаций врача, приверженность к реабилитации и забота о здоровье | <b>Качественный</b><br>- наблюдение за динамикой эмоционального состояния и поведения пациента психологом и всеми членами МДРК<br>- клиническая беседа                   |
| - снижение уровня депрессии и тревоги                                                                                                                                                | <b>Количественный</b><br>- положительная динамика балльных показателей по шкалам (HADS) и доменам МКФ (уменьшение значения определителя выбранного домена МКФ на 1 балл) |

## 4. РАБОТА ПСИХОЛОГА С КОГНИТИВНОЙ СФЕРОЙ

### 4.1. Проблема нарушения когнитивной сферы после инсульта

Одним из наиболее значимых последствий очагового поражения головного мозга является развитие когнитивного дефицита. Возникающие расстройства приводят к снижению качества жизни, нарушению всех видов активности человека, а зачастую - к инвалидизации и полной зависимости от окружающих.

К когнитивным относят следующие функции головного мозга: комплексное внимание, восприятие и психомоторную функцию, обучаемость и память, речь, мышление, социальный интеллект [4]. Когнитивные нарушения могут привести к глубоким ограничениям, влияющим на ежедневные функциональные возможности, профессиональную деятельность и социализацию. Нарушения памяти, по данным разных авторов, наблюдаются у 23–70% пациентов в первые три месяца после инсульта. К концу первого года число пациентов с нарушениями памяти уменьшается до 11–31%. Частота деменции у пациентов после перенесенного инсульта достигает 26%, и с возрастом имеет тенденцию к увеличению [4, 8]. У больных старше 60 лет риск возникновения деменции в первые 3 месяца после инсульта в 9 раз выше, чем у лиц без инсульта. Частота развития недементных когнитивных нарушений еще выше [4, 8].

Важнейшим направлением работы психолога является изучение структуры нарушений когнитивных функций и их динамики в клинике мозговых поражений сосудистого генеза [20, 45]. Особое значение придается мозаичности и нестабильности клинической картины нарушений когнитивных функций при сосудистых синдромах, т.к. благодаря коллатеральному кровотоку отдельные компоненты синдрома могут не проявиться, а общая картина симптомов может динамично меняться во времени [20, 30, 45].

Структура синдрома когнитивных нарушений в значительной степени зависит и от характера поражения церебральных сосудов. Так, в клинике инфарктов мозга вследствие окклюзии сосудов ведущими являются афазии, агнозии и апраксии, в клинике спазма – нарушения памяти [20, 45].

На состояние когнитивных функций у больных накладывают отпечаток и множество других факторов, таких как возраст, характер лечения, наличие дополнительных очагов, условия коллатерального кровотока [20, 45].

#### **4.2. Методы психологической диагностики нарушений когнитивной сферы**

Согласно действующим Клиническим рекомендациям «Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака» (2024 г), исследование когнитивной сферы проводится всем пациентам с ИИ для определения наличия или отсутствия очаговых симптомов поражения головного мозга [18].

В настоящий момент для диагностики состояния когнитивной сферы наиболее точным инструментом является развернутое нейропсихологическое исследование по схеме А. Р. Лурия (1969) [1, 30, 36].

Нейропсихологическое исследование высших психических функций (ВПФ) по форме является клиническим экспериментом, и представляет собой систему взаимосвязанных стандартизированных диагностических проб, которые выполняет пациент. Пробы направлены на оценку фонового и регуляторного компонентов когнитивных функций, гностико-праксической сферы, памяти, внимания, мышления, речи [1].

Применяя метод синдромного факторного анализа, психолог определяет структуру и выраженность нарушений когнитивной сферы пациента, и может, с опорой на сохранные звенья ВПФ, построить максимально индивидуализированную программу когнитивной реабилитации пациента [36].

Несмотря на то, что для клинической практики разработан блиц-вариант классического Луриевского обследования [5], широкого распространения в рутинной практике он не получил из-за больших временных затрат на проведение и необходимости специальной подготовки медицинского психолога МДРК в сфере нейропсихологии [1, 27].

Второй по результативности когнитивной диагностики может считаться методика «Краткое нейропсихологическое обследование когнитивной сферы» (КНОКС) [27, 44]. Тест валидирован на русскоязычной популяции, обладает известными психометрическими характеристиками, часть заданий предполагает вариации выполнения с учетом возможных речевых нарушений, временные затраты находятся в пределах 30 минут.

К недостаткам данной методики относят отсутствие специфических интерпретационных нормативов для пациентов с цереброваскулярной патологией и стандартизации показателей, оценивающих вклад каждого из исследуемых когнитивных доменов (память, внимание, исполнительские функции и т.д.) в структуру интегральной оценки [27].

Союз Реабилитологов России рекомендует оценивать постинсультные когнитивные нарушения с использованием тестов MMSE и MoCa [27]. Однако в литературе показано, что MMSE оказывается нечувствительным к тяжелым когнитивным нарушениям и завышает количество случаев отсутствия когнитивных нарушений у пациентов с последствиями инсульта [27].

В связи с этим, в качестве метода первого выбора для скрининговой диагностики когнитивной сферы предлагается проведение MoCa с оценкой синдрома игнорирования [27].

Вместе с тем MoCa-тест не учитывает ассоциированные с инсультом нарушения речи (афазии), поскольку включают в себя вопросы, требующие сохранности импрессивной речи и возможности давать вербальные ответы.

Определение формы афатического синдрома и степени его выраженности требует отдельного обследования, которое в составе МДПК проводит медицинский логопед.

Существует ряд методик, которые предлагаются для диагностики когнитивных расстройств у пациентов с постинсультными афазиями [27], например, тест прокладывания пути/построения маршрута (Trail Making Test, TMT); тест «Рисование часов» (Clock Drawing Test, CDT) и др.

В случаях грубых речевых нарушений когнитивная сфера пациентов может быть оценена психологом клинически:

- методом специально организованной беседы (жестово-мимические ответы пациента на закрытые вопросы специалиста) и невербальных проб из нейропсихологического обследования (пробы на оценку гнозиса, мануального праксиса, конструктивная деятельность, зрительная память, счет, наглядно-действенное мышление);
- методом структурированного наблюдения за поведением пациента (мера ориентировки, критичность, особенности социального взаимодействия);

Препятствуют достоверному обследованию когнитивных функций:

- невозможность продуктивного контакта с пациентом (психотические расстройства и нарушения поведения, выраженная депрессия, явный или маскированный отказ пациента от обследования);
- наличие нарушений физического зрения и слуха, не компенсированных ТСР;
- острые заболевания внутренних органов, хронические заболевания в стадии декомпенсации.

Кодирование по МКФ нарушений когнитивной сферы осуществляется в доменах Функции, Активности и Участие.

В таблице 5 отражены основные категории доменов МКФ и методы их психодиагностики.

**Таблица 5. Кодирование нарушений когнитивной сферы в доменах МКФ и психодиагностические методы**

| Категории доменов МКФ                                                                                                                                                                                                                                                                 | Диагностические психологические методы                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Функции</b>                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                              |
| b114 – Функции ориентированности<br>b117 – Интеллектуальные функции<br>b134 – Функции сна<br>b140 – Функции внимания<br>b144 – Функции памяти<br>b156 – Функции восприятия<br>b160 – Функции мышления<br>b164 – Познавательные функции высокого уровня<br>b172 – Функции вычисления   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• МоСА</li> <li>• клиническая беседа</li> </ul>                       |
| b167 – Умственные функции речи                                                                                                                                                                                                                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• МоСА</li> </ul>                                                     |
| <b>Активность и участие</b>                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                              |
| d160 Концентрация внимания<br>d163 Мышление<br>d166 Чтение<br>d170 Письмо<br>d172 Вычисление<br>d175 Решение проблем<br>d177 Принятие решений<br>d210 Выполнение отдельных задач<br>d330 Речь<br>d350 Разговор<br>d355 Дискуссия<br>d360 Использование средств связи и техник общения | <ul style="list-style-type: none"> <li>• МоСА</li> <li>• Наблюдение</li> <li>• Клиническая беседа</li> </ul> |

По назначению врача ФРМ пациент может быть консультирован нейропсихологом. В структуре нейропсихологического заключения развернуто описывается когнитивный статус пациента, когнитивная симптоматика квалифицируется в терминах нейропсихологической методологии (нейропсихологический статус).

На первый план при определении нейропсихологического статуса пациента выносятся симптоматика:

- наибольшей степени выраженности;
- наиболее дезадаптирующая пациента в ежедневной жизни.

Заключение нейропсихолога рассматривается на консилиуме МДРК, и в программу реабилитации пациента при необходимости вносятся коррективы и дополнения.

### **4.3. Методы и формы коррекционно-восстановительной работы при нарушении когнитивных функций**

Уменьшению выраженности когнитивного дефицита при инсульте способствует комплексная МР, которая включает в себя не только лекарственные, но и немедикаментозные методы коррекции когнитивных функций [9, 27].

К общим принципам когнитивной реабилитации, принимаемым во внимание при составлении индивидуальных реабилитационных программ, относятся [6, 9, 27]:

- Дифференциация задач, методов и форм когнитивной реабилитации в зависимости от стадии восстановления;
- Опора на сохраненные когнитивные функции при восстановительных тренировках и восстановительном обучении в начальном периоде восстановления;
- Постепенное увеличение длительности, сложности и интенсивности лечебных когнитивных нагрузок;
- Учет индивидуальных особенностей и текущего состояния пациента
- Многократность тренирующих воздействий;
- Стимуляция положительных эмоций и повышение самооценки пациента;
- Повышение мотивации пациента к собственному активному участию в реабилитации;
- Объединение усилий МДРК и родственников пациента.

Одним из направлений когнитивной реабилитации является компьютерный когнитивный тренинг, представляющий комплекс программ для нейропсихологической реабилитации [40]. Комплекс стимулирующих

компьютерных программ включает в себя: тренировку оптико-пространственного гнозиса и оптико-пространственной памяти, тренировку внимания и зрительной памяти, тренировку счета. Курс состоит из 10 занятий по 30–40 минут каждое. Отмечена достоверная эффективность занятий с нейропсихологическими компьютерными программами у пациентов раннего и позднего восстановительного периода полушарного ИИ [40].

Идеи мультимодальной коррекции, интегративного гибкого воздействия на двигательную, когнитивную и психоэмоциональную сферу, находят свое отражение в разработке методов психофизиологических технологий с БОС, виртуальной реальностью (VR) (полного или частичного погружения), применением роботизированных систем [22, 25, 38]. Получены патенты на изобретения в этой области [23–24].

Технологии мультимодальной коррекции, такие как когнитивно-двигательные тренировки с мультисенсорным воздействием (зрительным, слуховым, вестибулярным и проприоцептивным), эффективны в условиях многозадачности. Использование VR и БОС позволяет пациентам тренировать выполнение двойных, когнитивно-двигательных задач, что способствует восстановлению и сохранению социально-трудовой активности [28].

Использование БОС и VR в двигательной реабилитации пациентов после инсульта приводит к стойкому улучшению нейропсихологических показателей по шкалам MoCa, MMSE и HADS [37, 38].

Методы мультимодальной коррекции применяются в раннем, позднем восстановительном периодах и периоде остаточных явлений [21–22, 25]. Доступна индивидуализированная подборка тренировочных блоков и моделирование степени нагрузки в зависимости от выраженности сенсомоторных нарушений [21–23, 25].

Медицинский психолог должен активно использовать в своей работе психофизиологические технологии с БОС, которые предназначены для психофизиологической адаптации в процессе психокоррекционной работы [21–22]. Разработанные протоколы психофизиологических тренингов с БОС (в том числе neuro-feedback, bio-feedback):

- Развивают навык психоэмоциональной релаксации;
- Снижают возбуждение, психическое напряжение, тревожность и страх;
- Формируют навык удержания оптимального уровня произвольного внимания;
- Улучшают навыки саморегуляции [21, 22].

Включение технологий БОС в протокол МР после инсульта может значительно ускорить восстановление двигательных и когнитивных функций, эмоционального состояния и повысить качество жизни пациентов [21, 37, 42].

Тренинги с применением ВР все шире используются в реабилитации пациентов с последствиями ИИ. АПК, объединяющие БОС и ВР, направлены на восстановление двигательных, координационных и когнитивных функций с эффектом погружения [23, 29]. Программы тренингов включают кинезио- и эрготерапию, когнитивную и психологическую реабилитацию в игровой форме, индивидуализированы и применимы амбулаторно и стационарно [23, 42].

Методы контроля реабилитационных рисков при использовании данных технологий включают в себя инструментальные методы (ЭКГ, ЭЭГ, Эхо-КГ и пр.) и осмотр специалистами (невролог, терапевт, кардиолог, психотерапевт) исходно и в динамике [23, 24].

Стратегии и методики, применяемые при сосудистых когнитивных нарушениях, отражены в таблице 6.

**Таблица 6. Стратегии и методики когнитивной реабилитации у пациентов с последствиями сосудистых нарушений**

| <b>Когнитивная стратегия</b> | <b>Содержание</b>                                                                                                                                                      | <b>Форма реализации</b>     |
|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Когнитивный тренинг          | Тренировка наиболее пострадавших когнитивных функций с помощью специально подобранных упражнений, мультимодальная стимуляция (в том числе, с применением АПК, БОС, ВР) | Индивидуальная<br>Групповая |
| Когнитивная реабилитация     | Выработка индивидуализированных стратегий преодоления имеющегося когнитивного дефицита за счет относительно сохраненных когнитивных функций                            |                             |
| Когнитивное стимулирование   | Социальное общение, проблемно-ориентированные дискуссии, интеллектуальные игры                                                                                         | Групповая                   |

Формы и содержание когнитивной реабилитации зависят от степени выраженности когнитивных нарушений [6, 9, 10, 11, 12, 13, 16].

Определена следующая система соотношения результатов тестирования по тесту МоСа (интегративный когнитивный показатель) и определителями МКФ [2].

**Таблица 7. Стандартизация оценок по шкалам для определения количественных значений кода МКФ**

| Интегративная оценка когнитивной сферы | МКФ, определитель          |                                 |                                     |                                   |                                       |
|----------------------------------------|----------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|
|                                        | 0                          | 1                               | 2                                   | 3                                 | 4                                     |
|                                        | нет проблем<br><b>0-4%</b> | легкие проблемы<br><b>5-24%</b> | умеренные проблемы<br><b>25-49%</b> | тяжелые проблемы<br><b>50-95%</b> | абсолютные проблемы<br><b>96-100%</b> |
| Тест «МоСА», баллы                     | 28-30                      | 22-27                           | 10-21                               | 0-9                               |                                       |

Для пациентов с абсолютными нарушениями когнитивных функций (определитель 4 по МКФ) специальный когнитивный тренинг *не проводится*, признается достаточной сенсорная стимуляция в процессе сестринского ухода<sup>1</sup>.

Для пациентов с тяжелыми нарушениями (значение определителя по МКФ = 3) когнитивный тренинг проводится в *индивидуальной форме*.

*Цель* – восстановление ориентировки, повышения уровня психической активности, стимуляции социального взаимодействия, выработки дифференцированной реакции на раздражители.

*Методы:*

1. Элементарная сенсорная стимуляция пациента, с постепенным переходом от мономодальных к мультимодальным её видам [6, 13, 36, 47];
2. Растормаживание интегративных ВПФ (памяти, речи, невербальной коммуникации) и базовых социально – поведенческих навыков (приветствие, прощание, самообслуживание) [13, 47].

Для пациентов с нарушениями умеренной степени (значение определителя по МКФ = 2) когнитивный тренинг проводится в *индивидуальной и в групповой форме*.

*Цель* – внутрисистемная и межсистемная перестройка функциональных систем дефицитарных ВПФ, с опорой на сохраненные звенья; восстановление интегративных когнитивных и бытовых навыков.

*Методы:*

1. Индивидуальные коррекционные занятия, направленные на восстановление произвольной регуляции [14], памяти [16], мышления [17], гностико-практической сферы [15, 47];
2. Мультимодальная стимуляция (психофизиологические технологии с БОС) [21, 25, 27];

<sup>1</sup> Приказ министерства здравоохранения РФ от 31.07.2020 № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых»

3. Групповые тренировки когнитивных навыков (использование внешних помощников памяти, составление планов, реорганизация окружающей среды, поиск и исправление ошибок и пр.) [6, 14, 16, 47].

Показания для групповой работы для пациентов с умеренной степенью выраженности когнитивных нарушений определяются психологом по согласованию с другими членами МДРК.

Для участия в групповой работе необходимы:

- согласие пациента;
- готовность пациента к коммуникации с другими людьми;
- ровный фон настроения;
- опрятность;
- правильное поведение пациента (возможность планировать и контролировать свое поведение и эмоциональные реакции на занятия);
- сохранность базовых социальных навыков;
- возможность сохранять достаточный уровень внимания и работоспособности.

**Для пациентов с нарушениями легкой степени (значение определителя по МКФ = 1) когнитивный тренинг проводится в групповой (преимущественно) форме.**

*Цель* – максимальное восстановления интегративных когнитивных навыков, преодоление трудностей социального и межличностного взаимодействия, поиск путей компенсации остающихся когнитивных дефицитов.

*Методы:*

1. Коррекционные занятия с применением сенсibilизированных когнитивных проб и/или в сенсibilизированных условиях, максимально приближенных к реальным;
2. Поддерживающий и профилактический когнитивный тренинг, направленные на восстановление произвольной регуляции [14], памяти [16], мышления [17], гностико-праксической сферы [15, 47] с использованием АПК и компьютерных стимулирующих программ [40];
3. Мультимодальная стимуляция (психофизиологические технологии с БОС) [21, 25, 27];
4. Групповой тренинг решения проблем, обсуждения социально-значимых тем, проблемно-ориентированных дискуссий, планирования, использования мнемотехник [6, 47];
5. Информирование и обучение навыкам социального и сложного межличностного взаимодействия на занятиях «Школы пациента» (см Приложение 3).

#### 4.4. Критерии оценки эффективности коррекционно-восстановительной работы

Критерии эффективности работы психолога с когнитивной сферой пациентов представлены в таблице 7 [13–17].

**Таблица 7. Критерии эффективности работы психолога с когнитивной сферой пациентов**

| Критерий                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Способ оценки                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>- Наличие адекватной внутренней картины болезни в отношении нарушенных когнитивных функций и необходимости их восстановления</p> <p>- Минимизация степени дезадаптации в одной или нескольких сферах деятельности, действия, операции (в пределах поставленных реабилитационных целей)</p> <p>- Применение в ежедневной жизни когнитивных навыков, освоенных на занятиях с психологом</p> <p>- Мотивация к продолжению когнитивной реабилитации, готовность выполнять рекомендации реабилитологов, использовать доступные ресурсы (амбулаторные когнитивные группы, когнитивные тренинги в дистанционном формате и пр.)</p> | <p><b>Качественный</b></p> <p>- наблюдение за ежедневным функционированием и поведением пациента психологом и всеми членами МДРК;</p> <p>- клиническая беседа</p>                                                                                                                                            |
| <p>- Устойчивая положительная динамика в состоянии когнитивных функций, над которыми проводилась коррекционно-восстановительная работа</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <p><b>Количественный</b></p> <p>- уменьшение времени выполнения, повышение точности, сокращение количества ошибок в ходе выполнении заданий когнитивного тренинга</p> <p>- положительная динамика балльных показателей по доменам МКФ (уменьшение значения определителя выбранного домена МКФ на 1 балл)</p> |

## 5. РАБОТА ПСИХОЛОГА С РОДСТВЕННИКАМИ ПАЦИЕНТОВ

### 5.1. Проблема помощи семье пациента, перенесшего инсульт

Семья – это система, и серьезное заболевание одного из членов семьи нарушает её общее эмоциональное, экономическое и социальное благополучие [6, 36]. Длительный процесс реабилитации после инсульта, выраженные двигательные, когнитивные и психоэмоциональные нарушения у пациентов негативно влияют как на них самих, так и на членов их семей, вызывая истощение, чувство вины, отчаяние и апатию. Для родственников внезапная, тяжелая болезнь близких с труднопреодолимыми последствиями является стрессом [9, 10].

Реабилитация пациента сопровождается моральными и физическими нагрузками родственников, финансовыми тратами, длительным нервно–психически напряжением, что нередко приводит к психосоматическим расстройствам [6, 9]. У членов семьи пациентов отмечены жалобы психосоматического круга (головные боли, боли в спине и сердце, нестабильность артериального давления, бессонница и т.д.) [34, 36, 50, 51].

Существуют исследования, показывающие, что качество жизни ухаживающих за больным родственников значительно ниже, чем в семьях, где нет родственника с инвалидностью [33].

Описан феномен «семейной инвалидности», включающий в себя как нарушение социальных связей, изоляцию и снижение участия всей семьи в жизни общества, так и отчетливые депрессивные расстройства у членов семьи, ухаживающих за маломобильным пациентом с когнитивными и психоэмоциональными нарушениями [33].

Вместе с тем, в современной литературе отмечается, что семья как система и семейные взаимоотношения являются одним из показателей социальной адаптации в обществе [6, 33, 36]. Велика роль семьи как микросоциума – ближайшей социальной среды на пути возвращения пациента в жизнь, и важнейшего терапевтического фактора, воздействующего на личность пациента и активизирующего его функции [1, 4, 6–7, 9].

В связи с этим, психологическая помощь родственникам пациента является одной из мишеней комплексной реабилитации в рамках биопсихосоциального подхода [6, 18, 26]. Выделены и описаны типы отношения членов семьи к своему больному родственнику, которые во многом зависят от отношений, сложившихся в семье до заболевания [9–10, 12].

В литературе отмечается необходимость обучения родственников приемам ухода за пациентом и модификации окружающей среды, организации психологической работы с родственниками с целью коррекции гиперопеки, обучению терпимому отношению к больному, помощи в принятии болезни

близкого, гармонизации семейных взаимоотношений, а также информированию по интересующим вопросам [6, 50–51].

## **5.2. Методы психологической диагностики для работы с родственниками**

**Цель работы психолога с родственниками пациента** – помощь родственникам в принятии сложившейся ситуации и максимальной адаптации к ней, поиск психологических ресурсов для сохранения собственного психического и физического здоровья [6, 10].

### **Задачи работы психолога с родственниками:**

- помощь в осознании и принятии случившегося;
- помощь родственникам в формулировании цели реабилитации в соответствии с критериями МКФ;
- гармонизация психоэмоциональной сферы родственников, обучение методам саморегуляции и аутотренинга;
- психологическое семейное консультирование (особенности взаимодействия с пациентом дома);
- обучение методам реорганизации окружающей среды и приемам модификации собственного поведения;
- информирование по вопросам, связанным с реабилитацией.

### ***Консультация родственника назначается лечащим врачом/врачом ФРМ:***

- по показаниям (клинически наблюдаемые врачом у близких пациента эмоциональная неустойчивость, тревожность, растерянность, отчаяние, подавленность);
- по запросу родственника или самого пациента (психологическое консультирование, информирование).

Кодирование по МКФ различных аспектов работы с родственниками и близкими пациентов осуществляется в доменах Факторы окружающей среды.

В таблице 8 отражены основные категории доменов МКФ и методы их диагностики психологом.

**Таблица 8. Кодирование работы психолога с родственниками пациента и основные психодиагностические методы**

| Домены МКФ                                                                               | Диагностические психологические методы                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>е3 Поддержка и взаимосвязи</b>                                                        |                                                                                                                        |
| е 310 семья и ближайшие родственники                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Наблюдение</li> <li>• Беседа</li> <li>• Структурированное интервью</li> </ul> |
| е 315 отдаленные родственники                                                            |                                                                                                                        |
| е320 друзья                                                                              |                                                                                                                        |
| е 325 знакомые, сверстники, коллеги, соседи и члены сообщества                           |                                                                                                                        |
| е 330 лица, обладающие властью и авторитетом                                             |                                                                                                                        |
| <b>е4 Установки</b>                                                                      |                                                                                                                        |
| е410 индивидуальные установки семьи и ближайших родственников                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Наблюдение</li> <li>• Беседа</li> <li>• Структурированное интервью</li> </ul> |
| е 415 индивидуальные установки отдаленных родственников                                  |                                                                                                                        |
| е 420 индивидуальные установки друзей                                                    |                                                                                                                        |
| е 425 индивидуальные установки знакомых, сверстников, коллег, соседей и члены сообщества |                                                                                                                        |
| е 430 индивидуальные установки лиц, обладающих властью и авторитетом                     |                                                                                                                        |

Примеры структурированного интервью психолога с родственниками предложены в литературе [6]. Интервью в рамках МКФ может содержать в себе следующие вопросы:

- какое у пациента образование, кем он работал, каковы его интересы, образ жизни, личностные особенности до болезни;
- какие ограничения в жизни семьи и пациента появились в связи с болезнью;
- какие проблемы вызывают наибольшее напряжение, осложняются ли они развитием тревоги или депрессии;
- каким образом семья и пациент справляются с этими трудностями, какие стратегии совладания используют;
- с какими проблемами в своей жизни пациент и его семья предполагают встретиться в будущем;
- на какие иные ресурсы пациент и члены его семьи могут, по их мнению, рассчитывать.

Интервью с родственниками обычно проводится психологом после психодиагностической работы с пациентом. Таким образом, психолог может, сопоставив результаты психодиагностики пациента с мнением о нем его родных, оценить реалистичность представлений членов семьи о своем больном родственнике и в целом о сложившейся ситуации.

Прояснение ожиданий семьи от реабилитации является одной из мишеней работы психолога с родственниками пациента.

Если родственник пациента предъявляет медицинскому психологу жалобы психологического характера:

- снижение настроения;
- эмоциональная лабильность;
- плаксивость;
- тревога, беспокойство;
- нарушения сна и аппетита;
- страхи;
- нежелание общаться с окружающими;
- или, если в ходе беседы с близкими пациента психолог отмечает у них внешние признаки тревожно-депрессивного расстройства, рекомендуется провести оценку по HADS.

В соответствии с результатами тестирования и с согласия родственника пациента психолог проводит следующие виды работ (таблица 9).

**Таблица 9. Результаты тестирования по шкале HADS и содержание работы психолога с родственниками пациента**

| <b>HADS<br/>(баллы)</b>           | <b>0 – 7<br/>баллов</b>                                                                                                             | <b>8 – 10<br/>баллов</b>                                                                                                                                                                                     | <b>11 и более<br/>баллов</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Значение                          | Нормативное                                                                                                                         | Субклинически<br>выраженная<br>тревога/депрессия                                                                                                                                                             | Клинически<br>выраженная<br>тревога/депрессия                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Содержание<br>работы<br>психолога | Психологическое<br>консультирование<br>по запросу<br>родственника<br>пациента<br>(1 встреча):<br><br>- рациональная<br>психотерапия | Психологическое<br>консультирование<br>(1–2 встречи):<br><br>- обучение приемам<br>самокоррекции и<br>аутотренинга для<br>гармонизации<br>эмоционального<br>состояния;<br><br>- рациональная<br>психотерапия | Психологическое<br>консультирование<br>(1–2 встречи):<br><br>- обучение приемам<br>самокоррекции и<br>аутотренинга для<br>гармонизации<br>эмоционального<br>состояния;<br><br>- рациональная<br>психотерапия;<br><br>- маршрутизация<br>родственника для<br>адресного получения<br>им<br>специализированной<br>психотерапевтическо<br>й помощи |

Вместе с тем, в рамках МР в медицинских учреждениях родственник пациента с ИИ не рассматривается психологом как мишень глубокой личностной или семейной психотерапии.

*Цель работы психолога с родственником пациента – помощь семье в организации оптимального взаимодействия с пациентом с целью его максимальной адаптации к ежедневной жизни [3, 18, 51].*

### 5.3. Методы и формы психологической работы с родственниками

Психокоррекционная работа медицинского психолога с близкими и родственниками пациента осуществляется в виде психологического консультирования, которое направлено на решение психологических проблем и психолого-просветительское информирование.

Оно может проводиться в индивидуальной (занятие с психологом) или групповой форме («Школа родственников») – таблица 10.

**Таблица 10. Формы и задачи психологического консультирования**

| Форма консультирования         | Индивидуальная                                                                                                                                                                                                                                                                             | Групповая                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Задачи консультирования</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- помощь в осознании и многостороннем понимании сложившейся ситуации;</li> <li>- конкретизация реабилитационного запроса;</li> <li>- мобилизация психологических ресурсов;</li> <li>- гармонизация психоэмоциональной сферы родственника</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ информирование по вопросам психологических особенностей взаимодействия в системе «пациент – родственник»</li> <li>✓ обучение изменению поведения, психологического состояния и среды: <ul style="list-style-type: none"> <li>• методам реорганизации окружающей среды</li> <li>• приемам модификации собственного поведения</li> <li>• методам саморегуляции и аутотренинга</li> </ul> </li> </ul> |
|                                | Освещение интересующих родственников вопросов, касающихся реабилитационного процесса (психологическое просвещение)                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

Основными методами работы психолога с родственниками пациентов в учреждениях реабилитации являются:

- информирование;
- разъяснение, убеждение (рациональная психотерапия);
- обучение новым навыкам взаимодействия и сотрудничества родственников с пациентом [10, 26, 50].

**«Школа родственников»** – групповое профилактическое консультирование близких и родственников пациентов. Психолог может проводить занятия с родственниками как самостоятельно, так и в рамках «Школы здоровья», которую организует врач ФРМ [50]. Оптимальный вариант занятий - устное изложение материала (60–90 минут с последующими ответами на вопросы), которое сопровождается показом слайдов и схем. Рекомендуемая кратность занятий – один раз в неделю, в вечернее время, удобное для работающих родственников [50].

Занятие «Школы родственников» рекомендовано методически делить на лекционную и практическую части, которые связаны одной общей темой [50].

Темы занятий психолога в рамках «Школы родственников» могут быть сформулированы следующим образом:

1. Вводное занятие. Психологические реакции людей на развившееся у их родственника заболевание.
2. Что происходит с пациентом после инсульта: двигательные, эмоциональные и когнитивные нарушения.
3. Особенности эмоционального состояния пациента после инсульта. Как вести себя родственникам.
4. Постинсультная депрессия: симптомы и способы лечения.
5. Нарушения памяти и внимания после инсульта и как их преодолеть.
6. Стресс и пути совладания со стрессом.
7. Особенности коммуникации с пациентом, имеющим речевые нарушения.
8. Пути и способы модификации окружающей среды пациента с последствиями инсульта.
9. Здоровый образ жизни: практические рекомендации для пациентов и их родственников.
10. Психологическая помощь вне стационара: где и как её можно получить в очном и дистанционном формате.

Дополнительное информирование родственников может быть представлено в отделениях в виде тематических информационных стендов, раздаточных материалов и брошюр-рекомендаций (Приложение 3). Раздаточные материалы «Школы родственников» могут быть использованы психологом для проведения занятий с медицинским персоналом Отделений реабилитации.

*Цель занятий* – психологическое просвещение медперсонала для создания благоприятной психологической обстановки в отделении и большей вовлеченности пациента в процесс реабилитации.

Гармонизация психоэмоциональной сферы родственников, обучение приемам совладания со стрессом и мобилизация психологических ресурсов по запросу родственника могут проводиться психологом в индивидуальной форме. Курс состоит из нескольких занятий (чаще 2–3), количество которых определяет

психолог. Психолог использует классические методики аутогенной тренировки, произвольной регуляции дыхания (противострессовое дыхание, диафрагмальное дыхание «по квадрату» и т.д.), мышечной релаксации [12, 26, 43].

Необходимое оборудование психолога для работы с психоэмоциональной сферой<sup>1</sup>:

- кресло функциональное;
- программное обеспечение для релаксационной гипнотерапии;
- аудиовизуальный комплекс мобильный;
- комплекс акустический для коррекции психосоматического состояния.

#### **5.4. Критерии оценки эффективности психологической работы с родственниками**

Критерии оценки эффективности работы психолога с родственниками представлены в таблице 11 [6, 50]:

**Таблица 11. Критерии оценки эффективности работы психолога с родственниками**

| <b>Критерий</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Способ оценки</b>                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Осознание и принятие родственниками ситуации болезни близкого</li> <li>- Понимание родственниками целей и ближайших задач реабилитации</li> <li>- Устойчивое психоэмоциональное состояние, отсутствие клинически выраженных признаков депрессии и тревоги</li> <li>- Мотивация к продолжению реабилитации, готовность выполнять рекомендации реабилитологов</li> <li>- Информированность и готовность искать информацию о способах решения возникающих проблем, путях получения помощи, имеющихся социальных ресурсах</li> </ul> | <p style="text-align: center;"><b>Качественный</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- наблюдение за динамикой эмоционального состояния и поведения родственников пациента психологом и всеми членами МДРК</li> <li>- клиническая беседа</li> </ul>                   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Снижение уровня депрессии и тревоги</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <p style="text-align: center;"><b>Количественный</b></p> <p>положительная динамика балльных показателей по шкалам (HADS, шкале Гамильтона, шкале Бэка – если было первичное тестирование) и доменам МКФ (уменьшение значения определителя выбранного домена МКФ на 1 балл)</p> |

<sup>1</sup> Приказ МЗ РФ от 31.07.2020 № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых»

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Медицинский психолог входит в состав МДРК и оказывает помощь пациентам с последствиями инсульта. В имеющихся методических материалах приемы и методы работы психолога представлены фрагментарно, с акцентом на какой-либо одной сфере психического функционирования пациента.

В настоящей работе продемонстрирован алгоритм комплексного подхода к оказанию психологической помощи постинсультным пациентам. Описаны и обоснованы основные мишени работы психолога: нарушения психоэмоциональной сферы, когнитивные нарушения, а также помощь родственникам пациента.

В методических рекомендациях раскрыты содержание и принципы психологической диагностики и коррекции, описаны формы и алгоритмы работы медицинского психолога, необходимые для эффективной комплексной реабилитации когнитивной и психоэмоциональной сферы пациентов, перенесших ишемический инсульт, и помощи родственникам больных.

Подчеркивается роль как классических, так и новейших методов психодиагностики и психокоррекции, которые реализуются с применением современного высокотехнологичного оборудования. Предложены качественные и количественные методы оценки эффективности психологической работы.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айзенштейн А.Д., Трофимова А.К., Микадзе Ю.В., Иванова Г.Е. Методологические проблемы использования психометрических тестов в практике клинических исследований когнитивных расстройств у пациентов с сосудистыми поражениями мозга // Вестник восстановительной медицины – 2023. – Т. 22, №1, – С. 46–59.
2. Арт-терапия — новые горизонты / Под ред. А.И. Копытина. – М.: Когито-Центр, 2006. – 336 с.
3. Архипов В.В., Прокудин В.И. Методологические основы ранней психосоциальной реабилитации в неврологической клинике у больных, перенесших инсульт. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, приложение Инсульт, – 2005. – Вып. 14. – С. 35–42.
4. Боголепова А.Н. Постинсультные когнитивные и астенические нарушения // Фармакология & Фармакотерапия. – 2021. – № 2. – С. 26–28.
5. Визель Т.Г. Нейропсихологическое блиц-обследование. – М.: изд-во Секачев В. Ю., 2018. – 24 с.
6. Григорьева В.Н., Ковязина М.С., Тхостов А.Ш. Когнитивная реабилитация больных с инсультом и черепно-мозговой травмой – Н. Новгород: НижГМА, 2012. – 324 с.
7. Гусев Е.И., Боголепова А.Н. Когнитивные нарушения при цереброваскулярных заболеваниях (3-е изд). М., 2013, – 176 с.
8. Дамулин И.В. Постинсультная деменция. Некоторые диагностические и терапевтические аспекты // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2005. – № 7. – С. 23–28.
9. Ермакова Н.Г. Психологическая реабилитация больных с последствиями инсульта в условиях восстановительного лечения: этапы и методы // Международный научно-исследовательский журнал, – 2018. – Т. 46, №4, Часть 7, апрель, – С. 114–119.
10. Ермакова, Н.Г. Психологическая помощь больным с двигательными нарушениями после инсульта и их родственникам / Н. Г. Ермакова // Международный научно-исследовательский журнал. – 2016. – Т. 50, № 8-4. – С. 43–47. – DOI 10.18454/IRJ.2016.50.154. – EDN PQSZOB.
11. Захарченко Д.А., Петриков С.С. Возможности применения когнитивно-поведенческой терапии в коррекции депрессивных и тревожных нарушений после инсульта // Консультативная психология и психотерапия. – 2018. – Т.26, №1 (99). – С. 95–111.
12. Карвасарский Б.Д. Психотерапия: учеб. для вузов / Изд. 2-е, перераб – СПб.: Питер, 2002. – 672 с.
13. Клинико-психологическая диагностика и реабилитация пациентов нарушениями сознания после повреждения головного мозга. Клинические рекомендации. – М., 2016.
14. Клинико-психологическая диагностика и реабилитация пациентов с нарушениями регуляторных функций при повреждениях головного мозга. Клинические рекомендации. – М., 2016.
15. Клинико-психологическая диагностика и реабилитация пациентов с апраксиями при повреждениях головного мозга. Клинические рекомендации. – М., 2016.

16. Клинико-психологическая диагностика и реабилитация пациентов с грубыми нарушениями памяти при повреждениях головного мозга. Клинические рекомендации. – М., 2016.

17. Клинико-психологическая диагностика и реабилитация пациентов с нарушениями мышления при повреждениях головного мозга. Клинические рекомендации. – М., 2016.

18. Клинические рекомендации по ишемическому инсульту и транзиторной ишемической атаке. Взрослые/дети. 2024.

19. Ковальчук В.В. Сравнительный анализ эффективности психотерапевтических методик при реабилитации больных, перенесших инсульт / В.В. Ковальчук, А.А. Скоромец // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2007. – Т. 107, № 6. – С. 122–126.

20. Корсакова Н.К., Московичюте Л.И. Клиническая нейропсихология: учебник для вузов / Н.К. Корсакова, Л.И. Московичюте. — 2-е изд., испр. и доп. – Москва: Издательство Юрайт, 2025. – 165 с.

21. Костенко Е.В., Котельникова А.В., Петрова Л.В., Погонченкова И.В., Филиппов М.С. Психофизиологические технологии с биологической обратной связью в комплексной реабилитации пациентов после инсульта: рандомизированное контролируемое исследование // Вестник восстановительной медицины, – 2025. – Т. 24, № 1. – С. 55–66.

22. Костенко Е.В., Петрова Л.В., Погонченкова И.В., Непринцева Н.В., Шурупова С.Т., Копашева В.Д., Рыльский А.В. Инновационные технологии и возможности мультимодальной коррекции постинсультных двигательных и нейропсихологических нарушений // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2022. – Т. 99, №6. – С. 67–78.

23. Костенко Е.В., Петрова Л.В., Погонченкова И.В. Способ реабилитации нарушений предметно-манипулятивной деятельности верхней конечности методом эрготерапии в виртуальной среде у пациентов, перенесших ишемический инсульт. Изобретение RU 2817336 С1; 2023.

24. Костенко Е.В., Петрова Л.В., Погонченкова И.В. Эрготренинг в виртуальной среде VR KITCHEN. Государственная регистрация программы для ЭВМ. Номер регистрации (свидетельства): 2022685352; 2022.

25. Костенко Е.В., Петрова Л.В., Рыльский А.В. Послеинсультные двигательные нарушения: возможности инновационных технологий и результаты собственных исследований. // Международный журнал инновационной медицины. – 2022. – № 1. – С. 4–10.

26. Котельникова А.В. Психологические аспекты реабилитационного процесса / Кукшина А.А., Котельникова А.В., Голубев М.В., Харитонов С.В., Верещагина Д.А. // Избранные лекции по медицинской реабилитации / под ред. А.Н. Разумова, Е.А. Туровой, В.И. Корышева; Российская акад наук, Отделение мед наук. Секция профилактической мед. – Москва, – Москва. Международный университет восстановительной медицины, 2016. – С. 31–44.

27. Кукшина А.А., Котельникова А.В., Погонченкова И.В., Турова Е.А., Лямина Н.П. Организация психокоррекционного процесса на втором этапе медицинской реабилитации у пациентов с нарушениями двигательных функций // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2022. – № 1–2. – С. 35–43.

28. Кукшина А.А. Котельникова А.В., Голубев М.В., Харитонов С.В., Верещагина Д.А. Лекция 2. Психологические аспекты реабилитационного процесса // Избранные

лекции по медицинской реабилитации. Международный университет восстановительной медицины. Москва, 2016. – С. 31–44.

29. Кукшина А.А., Котельникова А.В., Разумов А.Н., Погонченкова И.В., Турова Е.А., Рассулова М.А., Лямина Н.П. Сравнительное когортное исследование применения иммерсивных технологий в комплексной психологической реабилитации пациентов с нарушениями двигательных функций // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2021. – Т. 79, № 5S. – С. 544–554.

30. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях головного мозга. – изд-во Питер серия Мастера психологии. 2024 г – 768 с.

31. Максимова М.Ю., Хохлова Т.Ю., Суанова Е.Т. Постинсультная депрессия как частая медико-социальная проблема. // Журнал неврологии и психиатрии им С.С. Корсакова, – 2016. – Т. 116, № 3. – С. 6–103.

32. Малкова А.А., Амирасланова А.А., Мингазов А.Р., Насибов Р.Р. Особенности реабилитации пациентов, перенесших правополушарный ишемический инсульт // Заметки ученого. – 2023. – № 4. – С. 359–363.

33. Мальцева М.Н., Шмонин А.А., Мельникова Е.В. Феномен «семейной инвалидности», или депрессия у родственников, ухаживающих за пациентом с инвалидностью // Ученые записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Том XXIII N 3, 2016. – С. 40–43.

34. Митрушина Н.А. Введение в психологию лечебного процесса: методические указания / Н. А. Митрушина; Яросл. гос. ун-т им. П. Г. Демидова. – Ярославль: ЯрГУ, 2011. – 48 с.

35. Можейко Е.Ю., Петряева О.В. Обзор исследований использования БОС-терапии при реабилитации и восстановительном лечении пациентов неврологического профиля. // Доктор.Ру. – 2021. – Т. 20, № 9. – С. 43–47.

36. Нейрореабилитация: учебное пособие для вузов, ред. Шкловского В.М. – М.: Юрайт, 2023. – 401 с.

37. Погонченкова И.В., Котельникова А.В., Костенко Е.В., Петрова Л.В., Филиппов М. С., Каверина Е. В. Опыт и перспективы внедрения иммерсивных технологий в психологическую реабилитацию. // Московская медицина. Июнь 2024, – С. 46–55.

38. Погонченкова И.В., Аксенова Е.И., Камынина Н.Н., Костенко Е.В. Когнитивно – двигательная тренировка как технология восстановления и сохранения социальной независимости и активности // Проблемы социальной гигиены, общественного здравоохранения и истории медицины. – 2024. – Т. 32, № s2. – С.1147–1153.

39. Попп А.Д., Дэшайе Э.М. Руководство по неврологии (пер с англ) М., ГЭОТАР – Медиа. 2014. – 688 с.

40. Эффективность компьютерного когнитивного тренинга у пациентов с постинсультными когнитивными нарушениями / С.В. Прокопенко, А.Ф. Безденежных, Е.Ю. Можейко, Е.М. Зубрицкая // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2017. – Т. 117, № 8-2. – С. 32–36. – DOI 10.17116/jnevro20171178232-36. – EDN ZGYWRF.

41. Пирадов М.А., Максимова М.Ю., Домашенко М.А. Инсульт. В кн.: Интенсивная терапия: национальное руководство: в 2 т. Т. II. // Под ред. И.Б. Заболотских, Д.Н. Проценко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – С. 717–733.

42. Рубакова А.А., Сербя Я.А., Иванова Г.Е., Трофимова А.К., Булатов М.А. Интерфейс мозг-компьютер в сочетании с технологией виртуальной реальности в реабилитации после инсульта. Современная медицина: новые подходы и актуальные исследования: сб. ст. по материалам LVII Международной научно-практической

конференции «Современная медицина: новые подходы и актуальные исследования». М.: Интернаука; 2022. – С. 41–47.

43. Сандомирский М.Е. Защита от стресса. Физиологически-ориентированный подход к решению психологических проблем (Метод РЕТРИ). – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2001. – 336 с.

44. Тонконогий И.М. Краткое нейропсихологическое обследование когнитивной сферы (КНОКС) / И.М. Тонконогий // Под. ред. Ю.В. Микадзе. – М.: ПЕР СЭ, 2010. – 69 с.

45. Тонконогий И., Пуанте А. Клиническая нейропсихология. СПб.: Питер, 2007. – 528 с.

46. Тукаев Р.Д. Доказательные исследования эффективности психотерапии: тренды и результаты / Р.Д. Тукаев // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2022. – Т. 13, № 3. – С. 332–343.

47. Храковская М.Г. Афазия. Апраксия. Агнозия. Методы восстановления. – С-ПБ.: Нестор-История, 2017. – 309 с.

48. Хромов А.Б. Пятифакторный опросник личности: учебно-методическое пособие. Курган: КГУ, 2010. – 48 с.

49. Цыганков Б.Д. Эффективность когнитивно-поведенческой терапии в лечении соматоформных расстройств: обзор зарубежных метаанализов и клинических исследований / Б.Д. Цыганков, А.Д. Куличенко // Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2015. – № 1. – С. 81–88.

50. Школа здоровья. Жизнь после инсульта. Руководство для врачей / под ред. В.И. Скворцовой. – М.: ГЭОТАР – Медиа. 2008. – 208 с.

51. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. СПб.: Речь, 2005. – 336 с.

52. Юхновец, Т.И. Релаксационный тренинг: учеб.-метод. пособие/ авт.-сост. Т.И. Юхновец; Е.В. Коян. – Минск: БГПУ, 2007. – 47 с.

53. Chohan S.A., Venkatesh P.K., How C.H. Long-term complications of stroke and secondary prevention: an overview for primary care physicians // Singapore Medical Journal. – 2019. – № 60(12). – С. 616-620.

54. Kohlert A, Wick K, Rosendahl J. Autogenic Training for Reducing Chronic Pain: a Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. Int J Behav Med. 2022;29(5):531-542.

55. Kuhfuß M, Maldei T, Hetmanek A, Baumann N. Somatic experiencing - effectiveness and key factors of a body-oriented trauma therapy: a scoping literature review. Eur J Psychotraumatol. 2021;12(1):1929023. Published 2021 Jul 12.

56. Sexton E., McLoughlin A., Williams D. J., Merriman N. A., Donnelly N., Rohde D., et al. Systematic review and meta-analysis of the prevalence of cognitive impairment no dementia in the first year post-stroke. European Stroke Journal. 2019; 4(2): 160–71.

57. Xiao W, Chow KM, So WK, Leung DY, Chan CW. The Effectiveness of Psychoeducational Intervention on Managing Symptom Clusters in Patients With Cancer: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. Cancer Nurs. 2016;39(4):279-291.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 1

### Немедикаментозные технологии психологической реабилитации\*

| Реабилитационные задачи                                                                                                                                    | Методики психокоррекции                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Восстановление нарушенных когнитивных функций                                                                                                              | - Коррекционно – восстановительное обучение (когнитивный тренинг в индивидуальной и групповой формах; в том числе мультимодальная стимуляция с интерфейсом БОС, ВР)                                                                         |
| Информирование пациентов и родственников<br>Снижение тревожности, поиск психологических ресурсов<br>Конкретизация и формулирование запроса на реабилитацию | - Информационно-разъяснительная работа в индивидуальной и групповой («Школы пациента», «Школы родственников») форме;<br><br>- Релаксация в индивидуальной и групповой формах (в том числе с применением аппаратно – программных комплексов) |
| Стабилизация текущего эмоционального состояния                                                                                                             | - Обучение техникам эмоциональной саморегуляции (релаксация, аутогенная тренировка, дыхательные техники, БОС);<br>- Арт-терапия                                                                                                             |
| Коррекция мотивационно-личностной сферы, проработка индивидуальных запросов пациентов (семейные отношения, поиск новых смыслов жизни, принятие себя и др)  | Индивидуальные и групповые сессии психокоррекции (техник и когнитивно-поведенческой, семейной, гештальт-терапии, экзистенциальной, эмоционально-образной и арт-терапии)                                                                     |

*Примечание:*

\*Согласно Клиническим рекомендациям «Посттравматическое стрессовое расстройство – 2023-2024-2025 (28.02.2023)», утвержденным Минздравом РФ, психофармакотерапия ПТСР является зоной профессиональной ответственности врача-психиатра/психотерапевта.

В компетенцию медицинского психолога, согласно Приказу Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 N 541н (ред. от 09.04.2018) «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» (Зарегистрировано в Минюсте России 25.08.2010 N 18247), входит осуществление немедикаментозных психокоррекционных мероприятий.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 2

### Программа психологического сопровождения пациентов с последствиями ИИ

| Психодиагностическое обследование, определение мишеней психокоррекции –<br>однократно, 60 минут* |                                                               |                         |                                      |                          |                                      |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| Методы и методики<br>психокоррекции                                                              | Длительность процедуры. Рекомендуемая<br>кратность назначения |                         |                                      | Мишени<br>психокоррекции |                                      |                          |
|                                                                                                  | длительность<br>процедуры (мин.)                              | кратность<br>назначения | количество<br>процедур               | Когнитивные<br>функции   | Психо-<br>Эмоциональное<br>состояние | Родственники<br>пациента |
| Когнитивный<br>тренинг                                                                           | 30 - 40                                                       | ежедневно               | период<br>пребывания в<br>стационаре | +                        |                                      |                          |
| «Школа пациента»                                                                                 | 40 - 50                                                       | 3 раза в неделю         | 6                                    | +                        | +                                    |                          |
| Релаксационные<br>процедуры,<br>аутотренинг                                                      | 40                                                            | 3 раза в неделю         | период<br>пребывания в<br>стационаре |                          | +                                    |                          |
| БОС-терапия                                                                                      | 20 - 30                                                       | 3 раза в неделю         | 10                                   |                          | +                                    |                          |
| Индивидуальное<br>психологическое<br>консультирование<br>пациента                                | 50                                                            | 2 – 3 раза в<br>неделю  | период<br>пребывания в<br>стационаре |                          | +                                    |                          |
| «Школа<br>родственников»                                                                         | 60 - 90                                                       | 1 раз в неделю          | 2 - 3                                |                          |                                      | +                        |
| Индивидуальное<br>психологическое<br>консультирование<br>родственников<br>пациента               | 50                                                            | 1 раз в неделю          | 1 - 3                                |                          |                                      | +                        |
| Динамическая оценка эффективности психокоррекционных мероприятий –<br>однократно, 60 минут*      |                                                               |                         |                                      |                          |                                      |                          |

*Примечание:*

\*Время обследования может быть сокращено при условии когнитивной сохранности пациента и возможности самостоятельно заполнять бланки психодиагностических методик.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 3

### Рекомендации для родственников

#### Оптимизация пространства и времени:

- ❖ Зрительные подсказки (указатели, напоминания, таблички - маршрутизация) – облегчение ориентировки;
- ❖ Использование внешних помощников памяти (таблетницы, будильники, списки, планы, расписания и пр);
- ❖ Поддержание стандартного порядка вещей в квартире;
- ❖ На видном месте – часы с арабскими цифрами, квартальный календарь, важные телефонные номера;
- ❖ Обращать внимание больного на дату и время (специальное привлечение внимания!);
- ❖ Устойчивый и воспроизводимый распорядок дня;
- ❖ Поощрение больного даже за незначительные изменения, за стремления и проявления активности;
- ❖ Внедрить принцип «Сегодня получилось лучше, чем вчера».

В ежедневной жизни самое главное – принцип разумной и безопасной активности!

#### Оптимизация поведения и общения с пациентами:

##### Рекомендации по общению с пациентом:

- ❖ Прежде чем обратиться к больному, привлеките его внимание: обратитесь по имени, поймите взгляд, коснитесь рукой;
- ❖ Говорите в медленном темпе, простыми словами, короткими фразами;
- ❖ Дайте время больному понять вас, «включиться» в ситуацию;
- ❖ - Не спешите, будьте готовы повторять ваши вопросы и выслушать ответ;
- ❖ Дозируйте информацию! Много – не значит хорошо;
- ❖ Затрагивайте только ситуативные темы (говорите о том, что происходит здесь и сейчас) – пациент лучше понимает конкретную, ситуативно-бытовую речь;
- ❖ Уточняйте, понял ли вас пациент;
- ❖ Старайтесь задавать вопросы, не требующие развернутого речевого ответа (вопросы, на которые можно ответить только «Да» или «Нет» или жестом);
- ❖ В беседе активно используйте жесты, окружающие предметы (указывайте на них);
- ❖ Старайтесь богаче интонировать вашу собственную речь – пациент во многом опирается на невербальные компоненты сообщения (жесты, мимику, тон);
- ❖ Поощряйте пациента, который хочет вам что-то сказать. Будьте терпеливы;
- ❖ Дайте пациенту понять, что вы его поняли (кивок, улыбка, «да», «конечно» и пр);

- ❖ Не перебивайте пациента, дайте ему договорить, даже если вы уже поняли, что он хочет сообщить;
- ❖ Имейте под рукой простой мягкий карандаш и блокнот – часто в общении пациент сможет писать цифры, отдельные слова и пр., для лучшего понимания.

#### **Категорически не рекомендуется:**

- ❖ Начинать общаться с пациентом, находясь вне зоны его видимости («из-за спины», стоя сбоку и пр);
- ❖ Говорить быстро, монотонно, сложными фразами;
- ❖ Давать большие объемы информации;
- ❖ Торопить пациента и торопиться самим (жестикуляция, темп речи и ходьбы);
- ❖ Говорить о том, что случится не скоро или было очень давно, говорить об отвлеченных вещах;
- ❖ Перебивать пациента, не реагировать на его вопросы и обращения;
- ❖ Говорить о пациенте в его присутствии в третьем лице.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 4

### АЛГОРИТМ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

