



Особенности психодиагностического обследования пациентов с повреждениями головного мозга (обзор литературы)

Пичугина И. М.¹, Образцова В. С.^{1,2}, Фрай А. В.¹

¹ Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии, Москва, Россия

² Научный центр психического здоровья, Москва, Россия

ИНФОРМАЦИЯ О СТАТЬЕ:

Получено: 09.06.2018
Опубликовано: 30.09.2018

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

психодиагностика; реабилитационный потенциал; психологический реабилитационный потенциал; повреждения головного мозга; обзор

АННОТАЦИЯ:

По данным Всемирной организации здравоохранения, повреждения головного мозга различного происхождения стоят на первом месте населения планеты из-за ограничения возможностей здоровья (ОВЗ). Эффективность реабилитации зависит непосредственно от самого повреждения, сопутствующих заболеваний и свойств личности. Психологическое обследование является одним из основополагающих направлений нейрореабилитации пациентов с поражениями головного мозга различной этиологии. На разных этапах восстановления пациента роль психологического сопровождения дифференцирована: на этапе реанимации ведущая роль отводится диагностике высших психических функций (ВПФ) и психостимулотерапии, а на этапе реабилитации — диагностике и психологической адаптации эмоционально-личностных особенностей пациента. Только комплексный подход к психологической реабилитации человека с ОВЗ может дать положительный эффект. Именно поэтому возникает необходимость определения индивидуального уровня психологического реабилитационного потенциала индивида и психологического сопровождения на протяжении всего процесса реабилитации. Определив факторы, влияющие на уровень ПРП, обозначив его структуру и разработав программу психологического сопровождения в рамках индивидуальной программы реабилитации, можно провести более четкую оценку реабилитационного прогноза, улучшить его и сформировать систему дальнейших коррекционных мероприятий, которые будут направлены на возвращение человека к нормальным условиям жизни и восстановлению его статуса личности.

CITATION

Пичугина И. М., Образцова В. С., Фрай А. В. (2018) Особенности психодиагностического обследования пациентов с повреждениями головного мозга (обзор литературы). // Живая психология. — 2018. — Том 5. — №3. — С. 229–238. — doi: [10.18334/lp.5.3.39370](https://doi.org/10.18334/lp.5.3.39370)

Pichugina I. M., Obraztsova V. S., Fray A. V. (2018) Osobennosti psikhodiagnosticheskogo obsledovaniya patsientov s povrezhdeniyami golovnogogo mozga (obzor literatury). [Features of psychodiagnostic examination of patients with brain injuries (literature review)]. *Zhivaya psikhologiya*, 5(3). — 229–238. doi: [10.18334/lp.5.3.39370](https://doi.org/10.18334/lp.5.3.39370)



Features of psychodiagnostic examination of patients with brain injuries (literature review)

Pichugina I. M.¹, Obraztsova V. S.^{1, 2}, Fray A. V.¹

¹ Federal Scientific and Clinical Center of Reanimatology and Rehabilitation, Russia

² Mental health science center, Russia

ARTICLE INFO:

Received: 09.06.2018

Accepted: 30.09.2018

KEYWORDS:

psychodiagnostics, rehabilitation potential, psychological rehabilitation potential, brain damage, review

ABSTRACT:

According to the world health organization, brain damage of various origins is in the first place among the world's population due to limited health opportunities (HIA). The effectiveness of rehabilitation depends directly on the damage, comorbidities and personality traits. Psychological examination is one of the fundamental directions of neurorehabilitation of patients with brain lesions of different etiology. At different stages of the patient's recovery, the role of psychological support is differentiated: at the stage of resuscitation, the leading role is given to the diagnosis of higher mental functions (VPF) and psychostimulotherapy, and at the stage of rehabilitation — to the diagnosis and psychological adaptation of the patient's emotional and personal characteristics. Only a comprehensive approach to psychological rehabilitation of a person with disabilities can have a positive effect. That is why there is a need to determine the individual level of psychological rehabilitation potential of the individual and psychological support throughout the rehabilitation process. Having determined the factors influencing the level of PRP, having designated its structure and having developed the program of psychological support within the individual program of rehabilitation, it is possible to carry out more accurate assessment of the rehabilitation forecast, to improve it and to create system of the further corrective actions which will be directed on return of the person to normal conditions of life and restoration of his status of the personality.

Received: 09.06.2018 / Received: 09.06.2018

© Author(s) / Publication:

For correspondence: Pichugina I. M. dr.pichugina@gmail.com

For correspondence: Obraztsova V. S. runa7693@mail.ru

For correspondence: Fray A. V. vector.frai@yandex.ru

CITATION

Пичугина И. М., Образцова В. С., Фрай А. В. (2018) Особенности психодиагностического обследования пациентов с повреждениями головного мозга (обзор литературы). // Живая психология. — 2018. — Том 5. — № 3. — С. 229–238. — doi: [10.18334/lp.5.3.39370](https://doi.org/10.18334/lp.5.3.39370)

Pichugina I. M., Obraztsova V. S., Fray A. V. (2018) Osobennosti psikhodiagnosticheskogo obsledovaniya patsientov s povrezhdeniyami golovnogo mozga (obzor literatury). [Features of psychodiagnostic examination of patients with brain injuries (literature review)]. *Zhivaya psikhologiya*, 5(3). — 229–238. doi: [10.18334/lp.5.3.39370](https://doi.org/10.18334/lp.5.3.39370)



По данным Всемирной организации здравоохранения, повреждение головного мозга различного происхождения стоят на первом месте не только по причине ограничения возможностей здоровья (ОВЗ) населения планеты, но и являются ведущей причиной летального исхода [1; 2; 3] (*Gumanenko, Goncharov, Boyarintsev i dr., 2006; Nepomnyaschiy, Likhterman, Yartsev, Akshulakov, 1998; Suslina, Piradov, Varakin, Kadykov, Tanashyan, Geraskina, Shakhparonova, 2008*). Известно, что личность человека с ОВЗ не может быть рассмотрена в отрыве от болезни, травмы и дефекта в силу того, что данные состояния оказывают сильное влияние на качество и образ жизни пациента [4] (*Voytenko, 2007*). Не только функционирование отдельных органов и систем дает возможность адаптироваться к данным условиям жизни, а, по большей части, сама личность: от нее зависит как включенность в реабилитационный процесс, так и эффективность реабилитации в целом. Кроме того, независимо от этиологии повреждения, у всех пациентов реанимационных и нейрореабилитационных отделений наблюдается нарушение или снижение деятельности таких высших психических функций, как мышление, память, восприятие и речь [5; 6] (*Kadykov, 2003; Dobrokhotova, Zaytsev, Uraikov, 2006*).

Учитывая то, что современная неврология делает акцент в основном на нарушениях в рефлекторных зонах головного мозга и упускает из виду более глубокую диагностику высших психических функций, роль нейропсихологического обследования состоит в том, чтобы устранить этот пробел в клинической практике. Одной из важнейших задач нейропсихологического обследования является оценка реабилитационного потенциала пациента, на который опирается прогностический подход к исходу реабилитации в целом [7] (*Khomskaaya, 2007*).

На разных этапах восстановления пациента роль психологического сопровождения дифференцированная: на этапе реанимации ведущая роль отводится диагностике ВПФ и психостимулотерапии, а на этапе реабилитации — диагностике и психологической адаптации эмоционально-личностных качеств пациента, которые оказывают значительное влияние на процесс реабилитации в целом.

При оценке восстановления психической деятельности в отечественной и зарубежной практике наиболее распространены описательные шкалы, которые определяют уровень сознания. Эти шкалы дают возможность специалистам в области нейрореабилитации оценивать качественные переходы от одного уровня сознания к другому. В настоящий момент существует несколько валидизированных отечественных и зарубежных методик определения уровня восстановления сознания пациента, среди них «Шкала восстановления после комы», или «Coma Recovery Scale», CRS (*Giaccino J. T., Kalmar K., 2004*), отслеживающая выход пациентов из комы и восстановление после травматических поражений головного мозга и острых сосудистых заболеваний. Согласно этой шкале выделяют 3 уровня сознания: вегетативное сознание, минимальное сознание (MCS– или MCS+), ясное сознание.

Вегетативным состоянием называется состояние бодрствования без признаков сознания. Движения пациента носят при этом произвольный характер, нет фиксации взора и целенаправленных поведенческих ответов на болевые, зрительные, слуховые и кинестетические стимулы, эмоциональные реакции на внешние стимулы отсутствуют, в силу всего этого диагностика ВПФ недоступна.

В состоянии минимального сознания минус (MCS–) пациент способен локализовать сенсорные раздражители и отчетливо фиксировать взор, но не способен выполнять инструкции [8; 9] (*Akhutina,*



Mikadze, 2014; Mikadze, 2012). Состояние минимального сознания со знаком плюс (MCS+) свойственно пациентам с повреждениями головного мозга, которые способны осуществлять целенаправленные двигательные, поведенческие и/или эмоциональные реакции на внешние стимулы. На этом уровне сознания появляется возможность выполнения простых команд и получения от пациента невербальных или вербальных ответов.

Под ясным сознанием в медицине понимается состояние, в котором человек способен адекватно реагировать на внешние стимулы, а также ориентироваться в своей личности, окружающей ситуации, месте и времени [10].

Раннее нейропсихологическое обследование проводится с пациентами, находящимися в состоянии сознания не ниже минимального сознания — плюс (MCS+). Главным критерием проведения первичной диагностики выступает способность пациента выполнять инструкции.

Во время нейропсихологической диагностики проводится синдромный анализ, осуществляемый с помощью определенных заданий, созданных и введенных в клиническую практику А. Р. Лурия. Синдромный анализ позволяет выявить нейропсихологический фактор, который лежит в основании распада всей функциональной системы, и состоит из ряда этапов: определение симптомов наруше-

ния психических функций, анализ психологической картины проявленных симптомов, нахождение первичного дефекта и поиск нейропсихологического фактора, объединяющего симптомы в нейропсихологический синдром, определение локализации повреждения головного мозга на основании найденного фактора [11; 12] (*Luriya, 1969; Luriya, 1973*).

Л. Б. Лихтерман подробно в своих научных работах описывает локализацию поражения головного мозга и сопутствующие ему нейропсихологические изменения пациента. Например, у пациентов с правосторонним поражением лобной доли снижается или утрачивается критика к своему состоянию, наблюдается апатичность, безынициативность, благодушие, резко страдает память на текущие события. У таких пациентов часто наблюдаются эмоциональные расстройства различной степени выраженности, возможны немотивированная агрессия, раздражительность, эйфория с расторможенностью. У пациентов с поражением левой лобной доли чаще всего встречаются речевые нарушения по типу моторной афазии. При двустороннем повреждении лобных долей помимо вышеназванных нарушений психики добавляется грубая инертность психических процессов и частичная или полная утрата социальных навыков. При повреждении височных долей левого полушария на первое место выходит сенсорная афазия. Также наблюдаются дефекты слухоречевой памяти, узнавания и воспроизведения сходных по звучанию фонем в слогах и словах, отчуждение смысла слов. Повреждение височных долей правого полушария приводит к нарушению узнавания и воспроизведения «первосигнальных» звуков — природных, бытовых, уличных, а также знакомых мелодий, интонационного строя речи. Пациенты с повреждением задней трети нижней височной извилины страдают амнестической афазией. У таких пациентов нередко меняется фон настроения с прео-

” Нейропсихологическое обследование проводит глубокую диагностику высших психических функций.

Neuropsychological examination includes deep diagnosis of higher mental functions.



бладанием отрицательных эмоций, может появиться страх, тревога, тоска, дурные предчувствия. Наиболее заметны для пациента становятся извращенное восприятие обоняния и вкуса. При левостороннем повреждении теменной доли пациентам свойственна амнестическая афазия, нарушение счета, вербального мышления, в некоторых случаях ориентировки в пространстве и времени. При правосторонних повреждениях пациенты утрачивают способность осознания своего болезненного состояния, отмечается преобладание благодушного фона настроения, возможно развитие левосторонней пространственной агнозии. В этом случае больные игнорируют или слабо воспринимают предметы и действия, находящиеся слева от них. При поражении затылочных долей наблюдается зрительная агнозия. Таким пациентам не доступно узнавание предметов по их зрительным образам. Иногда возникает искаженное восприятие формы предметов, которые могут казаться, например, или слишком маленькими, или слишком большими. При поражении коры затылочной доли пациент может видеть вспышки света, цветные пятна или другие сложные зрительные образы [13; 14] (*Likhberman, Potapov, 1995; Likhberman, Khitrin, 1973*).

Правильно подобранная система реабилитационных мероприятий может практически полностью вернуть в привычный образ и ритм жизни пациентов с поражениями головного мозга [15; 16] (*Petrova, Pryanikov, Puzin, 2015; Kalininskaya, Shlyafar, Dneprova, Grechko, 2003*). Но для её построения важно учитывать личностные особенности и оценить ресурсные возможности пациента. Снижению эффективности любой деятельности и психосоциальной дезадаптации способствуют повышенная раздражительность, вспыльчивость, забывчивость, суетливость, рассеянность, чувство тревоги либо стойкое снижение настроения, а значит, можно сделать вывод, что

психоэмоциональное перенапряжение создает трудности социальной адаптации пациента. Кроме того, выздоровление и преодоление социальных ограничений, которые связаны с заболеванием и препятствуют возвращению человека в общество и к труду, зависят от установок и убеждений, а также преморбидных общих и интеллектуальных способностей. К психологическим факторам, которые препятствуют выздоровлению и полной адаптации пациента, можно отнести тревогу, депрессию, отсутствие установок к излечению, возвращению к труду, общее снижение когнитивных возможностей, малую осведомленность насчет протекания заболевания и возможностей лечения, неадекватную «внутреннюю картину болезни» и убеждения, которые касаются собственной роли и роли реабилитологов в процессе выздоровления и адаптации, низкую самооценку, пассивность в выполнении предписаний врача и реабилитационных мероприятий.

Процесс реабилитации рассматривается в виде системной деятельности, направленной на восстановление личного и социального статуса пациента, главным образом путем использования его личности в качестве лечебно-восстановительных мероприятий. Иными словами, реабилитация — это активный процесс, в котором человек выступает не просто объектом лечения, а активным участником мероприятий, направленных на восстановление. Для определения параметров психики, которые способствуют не только психологической, но и всей реабилитации в комплексе, был введен термин психологический реабилитационный потенциал (ПРП). Под ним подразумевается система индивидуально-психологических характеристик личности (мотивационных, эмоционально-волевых, когнитивных), которые сформировались до болезни и которые выступают в качестве основного ресурса в случае изменения социальной ситуации развития в результате заболева-



ния, приводящего к ограничениям возможностей человека, и способствующих его реадaptации к новым условиям жизни [17] (Porokhina, 2004).

Определение уровня ПРП важно не только для установления прогноза на дальнейшую жизнь людей с ОВЗ, но и для самого пациента, так как указывает ему на его скрытые ресурсы личности, с помощью которых возможно скомпенсировать дефекты и провести наиболее полную реадaptацию к новым условиям жизни.

Для того чтобы оценить ПРП личности, необходимо учесть все компоненты психики. Значение психологической составляющей реабилитационного потенциала обусловлено, в первую очередь, его *мотивационным компонентом*, с помощью которого возможно скомпенсировать нарушения не только в других аспектах ПРП, но и повысить недостаточный уровень других составляющих реабилитационного потенциала, таких как медицинский, социальный и профессиональный. Мотивация человека с ограниченными способностями зависит от основной его потребности в процессе реабилитации, а значит, это влияет и на эффективность реабилитационных мероприятий в целом.

Эмоционально-волевой аспект ПРП предопределяет изначальную позицию пациента в отношении реабилитационных мероприятий, но в то же время непосредственно оказывает влияние на другие компоненты реабилитационного потенциала. Уровень данного аспекта можно определить с помощью доминирования соответствующих негативных или позитивных переживаний, их интенсивности, степени их устойчивости, эмоциональной возбудимости, тревожности, способности к волевым усилиям [4] (Voytenko, 2007). Эмоциональная сфера будет нарушаться при различных по тяжести и характеру черепно-мозговых травмах. Аффективные реакции пациен-

тов с данной патологией, в том числе переживших длительную кому и вегетативное состояние, как правило, очень обедненные, суженные, сниженные, с частым преобладанием благодушного фона. При почти полном наличии страдальческих оттенков настроения появляются злоба, агрессивность, не присущие больному до ЧМТ. Но проявление даже этих реакций благоприятно в плане прогноза, так как пациенты уже прошли состояние, характеризующееся абсолютной безэмоциональностью, что может способствовать дальнейшей дифференцировке эмоций [6] (Dobrokhotova, Zaytsev, Urakov, 2006).

Третьим компонентом является уровень *интеллектуальных способностей* индивида, а также состояние высших психических функций, обеспечивающих понимание возникших трудностей, связанных с травмой, ОВЗ и способностей их разрешения путем реабилитации. Ряд исследований доказывает, что пациенты с высшим образованием, высоким уровнем интеллекта «глубже и острее переживают психодуховный кризис», который связан с ОВЗ, в силу осознания своей неполноценности и ограниченности в использовании возможностей и ресурсов [18]. Пациенты с невысоким уровнем интеллекта и мышления так же способны к адаптации к новым условиям жизни, на своем уровне, за исключением нарушений мышления эндогенного характера или умственного дефекта [18].

При оценке уровня РП также следует учитывать условия воспитания и развития человека, в том числе семейные отношения. В данном случае семья выступает уникальной возможностью осуществления реабилитационных мероприятий в условиях естественной среды жизнедеятельности человека с ОВЗ, что снижает возможность риска повторной депривации.

Если говорить о личностном реабилитационном потенциале как более узком понятии в сравнении с ПРП, то его мож-



но определить как систему личностных характеристик, которые позволяют человеку не только эффективно и активно принимать участие в комплексной реабилитации, но и адаптироваться к изменяющимся условиям среды. К составляющим личностного реабилитационного потенциала можно отнести тип отношения к болезни, locus контроля, уровень самооценки, мотивацию достижения, осмысленность жизни, жизнестойкость и временную перспективу [19] (*Gudilina, 2012*).

Чтобы квалифицировать и оценить выраженность тех сторон личности, которые не были затронуты болезнью, следует провести психологическую диагностику, например, определить личностные ресурсы для того, чтобы преодолеть стресс болезни, кризис или экстремальную ситуацию (в частности, за счёт актуализации конструктивных механизмов совладания — копинга) [20] (*Vasserman, Ababkov, Trifonova, 2010*). Если руководствоваться современными концепциями психической адаптации личности, процесс изучения механизмов, способствующих психологической адаптации к болезни, должен включать и анализ особенностей совладающего и защитного поведения больных [21] (*Artyukhova, 2004*). Их структура и выраженность способствует оценке «баланса» конструктивных и деструктивных способов совладания с болезнью, а также определению потенциальных ресурсов личности, которые психотерапевт и психолог должны использовать в психокоррекционной работе [21; 22] (*Artyukhova, 2004; Tashlykov, 1997*). Данный подход полностью отображает биопсихосоциальную парадигму психического и соматического здоровья человека [23] (*Kabanov, 1994*).

Отдельной задачей психологической диагностики выступает оценка качества жизни пациента [24] (*Vasserman, Trifonova, 2007*). Для полной оценки эффективности терапии, в том числе и с позиции качества жизни, требуется

не только объективный анализ динамики симптомов болезни, но и субъективная удовлетворенность пациента лечением и своей изменившейся жизнью. Качество жизни можно определить как отношение к здоровью в качестве жизненной ценности, понимание и осознание этого обстоятельства уже в условиях болезни [25] (*Vasserman, Gromov, Mikhaylov i dr., 2001*).

Таким образом, психологическое обследование является одним из основополагающих направлений нейрореабилитации пациентов с поражениями головного мозга различной этиологии. Совместно с медико-социальной реабилитацией оно направлено на полное или частичное возвращение пациента к полноценной жизни, преодоление когнитивных и эмоциональных нарушений, создание условий для развития личности с учетом вносимых болезнью ограничений. Данные задачи призваны решать медицинские психологи. Только комплексный подход к реабилитации человека с ОВЗ может дать положительный эффект. Именно поэтому возникает необходимость определения индивидуального уровня ПРП индивида и психологи-

” Правильно подобранная система реабилитационных мероприятий может практически полностью вернуть в привычный образ и ритм жизни пациентов с поражениями головного мозга.

Properly selected system of rehabilitation measures can almost completely return patients with brain lesions to the usual way and rhythm of life



ческого сопровождения на протяжении всего процесса реабилитации. Определив факторы, влияющие на уровень ПРП, обозначив его структуру и разработав программу психологического сопровождения в рамках индивидуальной программы реабилитации, можно провести более четкую оценку реабилитационного прогноза, улучшить его и сформировать систему дальнейших коррекционных мероприятий, которые будут направлены на возвращение человека к нормальным условиям жизни и восстановлению его статуса личности.

ИСТОЧНИКИ:

1. Гуманенко Е. К., Гончаров А. В., Бояринцев В. В. и др. Клинико-патогенетическая характеристика острого периода травматической болезни при тяжелой сочетанной травме // Новые технологии до военно-полевой хирургии и хирургии повреждений мирного времени: Материалы между-нар. конф. СПб., 2006. — С. 175–176.
2. Непомнящий В. П., Лихтерман Л. Б., Ярцев В. В., Акшулаков С. К. Черепно-мозговая травма. Клиническое руководство. / в кн. — Черепно-мозговая травма. Клиническое руководство. Т. 1. — М.: Антидор, 1998. — 129–151 с.
3. Суслина З. А., Пирадов М. А., Варакин Ю. Я., Кадыков А. С., Танашян М. М., Гераскина Л. А., Шахпаронова Н. В. Инсульт: диагностика, лечение, профилактика. / Учебное пособие. — М.: МЕДпресс-информ, 2008. — 288 с.
4. Войтенко Р. М. Основы реабилитологии и социальная медицина: концепция и методология. — СПб.: Медя, 2007. — 256 с.
5. Кадыков А. С. Реабилитация после инсульта. — М.: МИКЛОШ, 2003. — 176 с.
6. Доброхотова Т. А., Зайцев О. С., Ураков С. В. Психические нарушения при черепно-мозговой травме. / В кн.: Доброхотова Т. А. Нейропсихиатрия. — М.: БИНОМ, 2006. — 132–164 с.
7. Хомская Е. Д. Нейропсихология. / серия «Классический университетский учебник», 4-е издание. — СПб.: Питер, 2007. — 496 с.
8. Ахутина Т. В., Микадзе Ю. В. Клинические рекомендации «Нейропсихологическая диагностика и нейропсихологическая реабилитация пациентов в сниженных состояниях сознания после повреждения головного мозга». — Москва, 2014. — 47 с.
9. Микадзе Ю. В. [Некоторые методологические вопросы качественного и количественного анализа в нейропсихологической диагностике](#) // Вестник московского университета. Серия 14: Психология. — 2012. — № 2. — С. 96–103.
10. Plum F., Posner J. B. The Diagnosis of Stupor and Coma. // F. A. Davis Company, Philadelphia, 1982
11. Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека. — М., 1969.
12. Лурия А. Р. Основы нейропсихологии. — М., 1973.
13. Лихтерман Л. Б., Потапов А. А. Черепно-мозговая травма. Краткая Медицинская Энциклопедия. — М.: Изд-во Советская Энциклопедия, 1995.
14. Лихтерман Л. Б., Хитрин Л. Х. Травматические внутричерепные гематомы. — М.: Медицина, 1973. — 296 с.
15. Петрова Ю. Г., Пряников И. В., Пузин М. Н. [Особенности ранней психосоциальной реабилитации пациентов, перенесших церебральный инсульт](#) // Клиническая неврология. — 2015. — № 1. — с. 18–20.
16. Калининская А. А., Шляфер С. И., Днепров Е. В., Гречко А. В. Развитие стационаророзмещающих форм организации медицинской помощи // Главный врач. — 2003. — № 2. — С. 34.
17. Порохина Ж. В. Психологический реабилитационный потенциал инвалида (На примере больных с ишемической болезнью сердца). / дис. канд. психол. наук: 19.00.10. — М., 2004. — 183 с.
18. Основа психологии в социальном обеспечении. / Курс лекций. Часть II. Обзорная информация ЦБНТИ. — М.: ЦБНТИ Минсоцзащиты РФ, 1994. — 32 с.



19. Гудилина О. Н. [Специфика личностного реабилитационного потенциала подростков с нарушениями статодинамической функции в связи со временем возникновения нарушения и степенью его тяжести](#) // Психологическая наука и образование. — 2012. — № 4. — С. 60–70.
20. Вассерман Л. И., Абабков В. А., Трифонова Е. А. Совладание со стрессом: теория и психодиагностика. / Монография. — СПб.: Речь, 2010. — 191 с.
21. Артюхова Т. Ю. Психологические основы адаптационных возможностей человека // Методологические проблемы современной психологии: иллюзии и реальность: материалы Сибирского психологического форума. 16–18 сентября 2004 г. Томск, 2004. — С. 513–518.
22. Ташлыков В. А. Психологическая защита у больных неврозами и психосоматическими расстройствами: пособие для врачей. — СПб.: СПб МАПО, 1997.
23. Кабанов М. М. Смена парадигм в современной медицине // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. — 1994. — № 4. — С. 7–11.
24. Вассерман Л. И., Трифонова Е. А. [Дискуссионные вопросы концептуализации и методологии исследования качества жизни в медицине](#) // Сибирский психологический журнал. — 2007. — № 26. — С. 112–119.
25. Вассерман Л. И., Громов С. А., Михайлов В. А. и др. [Концепции реабилитации и качестве жизни: преемственность и различия в современных подходах](#) // Психосоциальная реабилитация и качество жизни. — 2001. — С. 103–114.

REFERENCES:

- Osnovapsikhologii v sotsialnomobespechenii* [The basis of psychology in social security] (1994). М.: TsBNTIMinsotszaschity RF. (in Russian).
- Akhutina T. V., Mikadze Yu. V. (2014). *Klinicheskie rekomendatsii «Neypsikhologicheskaya diagnostika i neypsikhologicheskaya reabilitatsiya patientsov v snizhennyh sos-*

toyaniyakh soznaniya posle povrezhdeniya golovnogo mozga» [Clinical recommendations «Neuropsychological diagnosis and neuropsychological rehabilitation of patients in reduced states of consciousness after brain damage»] Moscow. (in Russian).

- Artyukhova T. Yu. (2004). *Psikhologicheskie osnovy adaptatsionnykh vozmozhnostey cheloveka* [Psychological basis of human adaptive capacity] *Methodological problems of modern psychology: illusions and reality*. 513-518. (in Russian).
- Dobrokhotova T. A., Zaytsev O. S., Urakov S. V. (2006). *Psikhicheskie narusheniya pri cherepnomozgovoy travme* [Mental disorders in traumatic brain injury] М.: Binom. (in Russian).
- Gudilina O. N. (2012). *Spetsifika lichnostnogo reabilitatsionnogo potentsiala podrostkov s narusheniyami statodinamicheskoy funktsii v svyazi so vremenem vozniknoveniya narusheniya i stepeny ego tyazhesti* [Specificity of personal rehabilitation potential in adolescents with static-dynamic functioning impairment depending on the moment of the impairment manifestation and its gravity]. *Psychological-Educational Studies*. (4). 60-70. (in Russian).
- Gumanenko E. K., Goncharov A. V., Boyarintsev V. V. i dr. (2006). *Kliniko-patogeneticheskaya kharakteristika ostrogo perioda travmaticheskoy bolezni pri tyazheloy sochetannoy travme* [Clinical and pathogenetic characteristics of acute traumatic disease in severe concomitant injury] *New technologies in military field surgery and surgery of injuries in peacetime*. 175-176. (in Russian).
- Kabanov M. M. (1994). *Smena paradigmy v sovremennoy meditsine* [Paradigm shift in modern medicine]. *Obzrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V. M. Bekhtereva*. (4). 7-11. (in Russian).
- Kadykov A. S. (2003). *Reabilitatsiya posle insulta* [Rehabilitation after stroke] М.: MIKLOSh. (in Russian).
- Kalininskaya A. A., Shlyafar S. I., Dneprova E. V., Grechko A. V. (2003). *Razvitie statsionarno-zameschayuschikh form organizatsii meditsinskoj pomoschi* [Development of hospital-



- replacing forms of organization of medical care]. *Glavnyy vrach*. (2). 34. (in Russian).
- Khomskaya E. D. (2007). *Neyropsikhologiya* [Neuropsychology] SPb.:Piter. (in Russian).
- Likhberman L. B., Khitrin L. Kh. (1973). *Travmaticheskie vnutricherepnye gematomy* [Traumatic intracranial hematomas] M.: Meditsina. (in Russian).
- Likhberman L. B., Potapov A. A. (1995). *Cherepno-mozgovaya travma. Kratkaya Meditsinskaya Entsiklopediya* [Traumatic brain injury. Short Medical Encyclopedia] M.: Izd-vo Sovetskaya Entsiklopediya. (in Russian).
- Luriya A. R. (1969). *Vysshie korkovye funktsii cheloveka* [Higher cortical functions in man] M. (in Russian).
- Luriya A. R. (1973). *Osnovy neyropsikhologii* [Fundamentals of neuropsychology] M. (in Russian).
- Mikadze Yu. V. (2012). *Nekotorye metodologicheskie voprosy kachestvennogo i kolichestvennogo analiza v neyropsikhologicheskoy diagnostike* [Some methodological issues of qualitative and quantitative analysis in neuropsychological diagnosis]. *Vestnik moskovskogo universiteta. seriya 14: psikhologiya*. (2). 96-103. (in Russian).
- Nepomnyaschiy V. P., Likhberman L. B., Yartsev V. V., Akshulakov S. K. (1998). *Cherepno-mozgovaya travma. Klinicheskoe rukovodstvo* [Traumatic brain injury. Clinical guideline] M.: Antidor. (in Russian).
- Petrova Yu. G., Pryanikov I. V., Puzin M. N. (2015). *Osobennosti ranney psikhosotsialnoy reabilitatsii patsientov, perenesshikhtserebralnyy insult* [Features of early psychosocial rehabilitation of patients after cerebral stroke]. *Klinicheskaya nevrologiya*. (1). 18-20. (in Russian).
- PorokhinaZh. V. (2004). *Psikhologicheskiy reabilitatsionnyy potentsial invalida (Na primere bolnyh s ishemicheskoy boleznью serdtsa)* [Psychological rehabilitation potential of a disabled person (on the example of patients with coronary heart disease)] M. (in Russian).
- Suslina Z. A., Piradov M. A., Varakin Yu. Ya, Kadykov A. S., Tanashyan M. M., Geraskina L. A., Shakhparonova N. V. (2008). *Insult: diagnostika, lechenie, profilaktika* [Stroke: diagnosis, treatment, prevention] M.: MEDpress-inform. (in Russian).
- Tashlykov V. A. (1997). *Psikhologicheskaya zaschita u bolnyh nevrozami i psikhosomaticheskimi rasstroystvami: posobie dlya vrachey* [Psychological protection in patients with neuroses and psychosomatic disorders: manual for doctors] SPb.:SPb MAPO. (in Russian).
- Vasserman L. I., Ababkov V. A., Trifonova E. A. (2010). *Sovladanie so stressom: teoriyaipsikhodiagnostika* [Coping with stress: theory and psychodiagnosics] SPb.:Rech. (in Russian).
- Vasserman L. I., Gromov S. A., Mikhaylov V. A. i dr. (2001). *Kontseptsii reabilitatsii i kachestve zhizni: preemstvennost i razlichiya v sovremennyh podkhodakh* [Concepts of rehabilitation and quality of life: continuity and differences in modern approaches]. *Psikhosotsialnaya reabilitatsiya i kachestvo zhizni*. 103-114. (in Russian).
- Vasserman L. I., Trifonova E. A. (2007). *Diskussionnye voprosy kontseptualizatsii i metodologii issledovaniya kachestva zhizni v meditsine* [Methodological issues in quality of life research in medicine]. *Siberian Journal of Psychology*. (26). 112-119. (in Russian).
- Voytenko R. M. (2007). *Osnovy reabilitologii i sotsialnaya meditsina: kontseptsiya i metodologiya* [Basics of rehabilitation and social medicine: concept and methodology] SPb.: Medeya. (in Russian).

Сведения об авторах?

Пичугина Ирина Михайловна, заведующая лабораторией нейрогастроэнтерологии, кандидат медицинских наук.
E-mail: dr.pichugina@gmail.com

Образцова Виктория Сергеевна, младший научный сотрудник, аспирант.

Фрай Александра Владимировна, научный сотрудник