

# Методология и междисциплинарное взаимодействие при коррекции когнитивных и эмоционально-волевых нарушений у пациентов с черепно-мозговой травмой

И. В. Литвиненко<sup>1</sup>; <sup>2</sup> С. М. Лосева<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова,  
Санкт-Петербург, Российская Федерация

<sup>2</sup> Ленинградский государственный университет имени А. С. Пушкина,  
Санкт-Петербург, Российская Федерация

**Введение.** Черепно-мозговая травма (ЧМТ) является одной из актуальных проблем современного общества, а её последствия активно изучаются многими исследователями. Считается, что основными причинами инвалидизации населения являются психические и когнитивные нарушения, грубые двигательные и речевые расстройства и др. Когнитивные и эмоциональные нарушения, сопровождающиеся снижением памяти, внимания, нарушением фона настроения, тревогой, являются серьезной социальной проблемой для лиц средней возрастной группы, поскольку приходится на наиболее работоспособную часть населения.

**Материалы и методы.** В ходе исследования были использованы методы теоретического анализа научных источников медико-психолого-педагогического характера, ориентированные на изучение современного состояния коррекционно-восстановительного обучения пациентов с черепно-мозговой травмой в острый период.

**Результаты.** Расстройства когнитивных функций и эмоционально-волевые нарушения являются одним из признаков диффузных и очаговых поражений мозга. Они могут наблюдаться при цереброваскулярных, нейродегенеративных, инфекционных и воспалительных заболеваниях, травматических повреждениях, нейроонкологических поражениях головного мозга. При наличии поражений головного мозга возникает необходимость в оценке состояния отдельных высших психических функций (ВПФ), определении зоны поражения мозга и описании психологического статуса пациента. Реабилитационные и коррекционные мероприятия должны начинаться как можно в более ранние сроки. При этом следует ориентироваться не только на уже сформировавшиеся патологические симптомы, но и на ожидаемые. Программа коррекционно-восстановительного обучения должна подбираться индивидуально для каждого пациента, проводиться в зависимости от состояния пациента и поставленных междисциплинарной командой реабилитационных целей.

**Обсуждение и выводы.** Прогнозировать течение травматической болезни весьма сложно в силу многих причин. Это зависит от тяжести перенесенной травмы и от времени, прошедшего после черепно-мозговой травмы, от степени выраженности имеющихся ограничений жизнедеятельности пострадавшего, его пола, возраста, профессии, образовательного уровня. Своевременная диагностика и реабилитация позволяют значительно улучшить качество жизни пациентов. Остаются открытыми вопросы, касающиеся подробной характеристики когнитивных нарушений, оценки их частоты и выраженности у пациентов с ЧМТ, специфики эмоционально-волевых нарушений, предпочтительных направлений реабилитации в остром периоде, с учетом вида травмы и особенностей отклонений у данного пациента.

**Ключевые слова:** черепно-мозговая травма, когнитивные нарушения; эмоционально-волевые нарушения; диагностика; коррекционно-восстановительное обучение.

**Для цитирования:** Литвиненко И. В., Лосева С. М. Методология и междисциплинарное взаимодействие при коррекции когнитивных и эмоционально-волевых нарушений у пациентов с черепно-мозговой травмой // Вестник Ленинградского государственного университета имени А. С. Пушкина. – 2024. – № 4. – С. 138–152. DOI: 10.35231/18186653\_2024\_4\_138. EDN: FXUEMC

# Methodology and Interdisciplinary Interaction During the Correction of Cognitive and Emotional-Volitional Disorders of Patients with Traumatic Brain Injury

Igor V. Litvinenko<sup>1,2</sup>, Snezhana M. Loseva<sup>2</sup>

<sup>1</sup> S. M. Kirov Military Medical Academy,  
Saint Petersburg, Russian Federation

<sup>2</sup> Pushkin Leningrad State University,  
Saint Petersburg, Russian Federation

**Introduction.** Traumatic brain injury is an urgent problem of contemporary society; its consequences are actively studied by many scientists. The main reasons of people disability are used to be mental and cognitive disorders, gross motor and speech disorders. Cognitive and emotional disorders followed by memory loss, attention decrease, emotional background disorder, are the urgent social problem of the middle – aged people, as these disorders influences on the many employees.

**Materials and methods.** While studying, the methods of theoretical analysis of the sources of medical and pedagogical nature have been used; these sources are also oriented on current state of correctional and rehabilitation training for patients with traumatic brain injury during acute period.

**Results.** Cognitive and emotional-volitional disorders are one of the signs of impairment of diffuse and focal brain lesions. They can be observed whencerebrovascular, neurodegenerative, infectious and inflammatory diseases, traumatic injuries, neuro-oncological lesions of the brain take place. If brain damage takes place, there is a need to assess the state of individual higher mental functions, determine the area of brain damage and describe the psychological status of the patient. Rehabilitation and correctional measures should begin as early as possible. In this case, one should focus not only on the pathological symptoms that have already formed, but also on the expected ones. The program of corrective and restorative training should be selected individually for each patient, carried out depending on the patient's condition and the rehabilitation goals set by the interdisciplinary team.

**Discussion and conclusion.** Predicting the course of a traumatic disease is very difficult due to many reasons. It depends on the severity of the injury and the time that has passed since the traumatic brain injury, the degree of severity of the existing limitations of the victim's life activities, his gender, age, profession, and educational level. Timely diagnostics and rehabilitation can significantly improve the quality of life of patients. There are still opened questions regarding the detailed characteristics of cognitive impairments, assessment of their frequency and severity of patients with traumatic brain injury, specification of emotional and volitional disorders, preferred directions of rehabilitation in the acute period taking into account the type of injury and features of deviations of the patient.

**Key words:** traumatic brain injury, cognitive disorders, emotional-volitional disorders, diagnostics, correctional and rehabilitation training.

**For citation:** Litvinenko, I. V., Loseva, S. M. (2024) Metodologiya i mezhdisciplinarnoe vzaimodejstvie pri korekzii kognitivnykh i ehmocional'no-volevykh narushenij u pacientov s cherepno-mozgovoj travmoy [Methodology and Interdisciplinary Interaction During the Correction of Cognitive and Emotional-Volitional Disorders of Patients with Traumatic Brain Injury]. *Vestnik Leningradskogo gosudarstvennogo universiteta imeni A. S. Pushkina – Pushkin Leningrad State University Journal*. No. 4. Pp. 138–152. (In Russian). DOI: 10.35231/18186653\_2024\_4\_138. EDN: FXUEMC

## Введение

Психика человека всегда являлась предметом научных дискуссий учёных разных областей знаний: медицины; физиологии; психологии; философии; педагогики; дефектологии и др. Под термином «психика» понимается свойство высокоорганизованной материи (мозга) субъективно отражать объективно и независимо от сознания существующую действительность, обеспечивающее целесообразность поведения и деятельности живого организма. Психика человека представляет собой систему, состоящую из идеальной структуры (сознания, личности, когнитивной сферы) и материальной (биологического базиса). Основные формы психики: процессы (познавательные; эмоционально-волевые), состояния (угнетённость; апатия; бодрствования и др.), свойства личности (способности, темперамент, характер и др.) [4].

Л. С. Выготский в психике человека выделил два уровня: натуральные психические функции (НПФ) и высшие психические (ВПФ): 1) НПФ – сенсомоторные функции и все произвольные; 2) ВПФ – произвольные функции, мышление, воображение [3].

Высшие мозговые функции формируются в результате интегрированной деятельности головного мозга в целом, нарушение нормального функционирования каждой его части неизбежно скажется на его работе. В головном мозге человека выделяют три основных «блока»: 1) энергетический (верхний отдел мозгового ствола), 2) приема, переработки и хранения информации (задние отделы обоих полушарий, теменные, затылочные, височные отделы коры), 3) программирования, регуляции и контроля деятельности (лобные отделы коры). При поражении 1-го блока – нарушается внимание, появляется сонливость, нарушается работа; 2-го блока – утрата слуха, зрительно-пространственного восприятия, поверхностной и глубокой сенсорных систем и др.; 3-го блока – дефекты поведения, изменения в сфере обучения движений и навыков [15].

Под когнитивными функциями принято понимать наиболее сложные функции головного мозга, с помощью которых осуществляется процесс рационального познания мира и коммуникация. К когнитивным функциям относится память, гнозис, речь, праксис, внимание и интеллект [8; 9].

Когнитивные функции в значительной степени подвергаются влиянию эмоциональных факторов. В большинстве психологических теорий эмоции рассматриваются и анализируются сегодня как определяющие составные части когнитивных состояний и процессов [27;31]. Человек по своей природе эмоционален, он способен испытывать в разные периоды жизни десятки тысяч оттенков эмоций. Эмоции, по С. Л. Рубинштейну, представляют собой переживание отношения человека к окружающему. Наряду с описательными характеристиками эмоций он рассматривает их природу и функции, а также приводит собственную классификацию эмоций. Всего он выделяет четыре вида эмоций: чувства; аффекты; страсти; настроения [19]. Наряду с эмоциями рассматривается воля. Воля определяется как психический процесс в качестве сознательной регуляции человеком своего поведения и деятельности, выраженный в умении преодолевать внутренние и внешние трудности при совершении целенаправленных действий и поступков. Эмоционально-волевая сфера выполняет функцию психологической регуляции и контроля любой деятельности, обуславливает эффективность адаптации и жизнедеятельности человека.

В отличие от нейродегенеративных заболеваний [14] при ЧМТ, когнитивные нарушения в большинстве случаев не имеют прогрессирования, что определяет целесообразность усилий всех специалистов для их коррекции. Когнитивные и эмоционально-волевые нарушения – наиболее частые последствия черепно-мозговых травм (ЧМТ), данные нарушения препятствуют адекватному восстановительному лечению больных, активизации их социальной и бытовой роли в жизни [11].

## Результаты

Под когнитивными нарушениями понимается субъективное и/или объективно выявляемое ухудшение когнитивных функций, по сравнению с исходным индивидуальным и/или средними возрастными и образовательными уровнями, вследствие органической патологии головного мозга и нарушения его функции различной этиологии, влияющие на эффективность обучения, профессиональную, социальную и бытовую деятельность [23]. Когнитивные нарушения – один из видов нервно-психических расстройств, которые включают также

изменения в эмоциональной и поведенческой сфере [21]. Нейропсихологические синдромы, возникающие при ЧМТ, имеют сложную структуру в зависимости от степени вовлечения в патологический процесс не только стволовых (энергетических), но и корковых (регуляторных) неспецифических систем, а также в зависимости от изменения их функций на различных этапах постравматического периода [17].

Классификация когнитивных нарушений (КН) обычно осуществляется по нозологическому принципу. В клинической практике устоялось разделение КН по тяжести на синдром умеренных когнитивных нарушений и деменцию (легкую, умеренную и тяжелую). В последние годы значительное внимание в исследовательской работе уделяется так называемым преумеренным КН – субъективному и легкому когнитивному снижению [12].

Лёгкие когнитивные нарушения (ЛКН) определяются минимальной выраженностью когнитивных расстройств, и их объективизация требует применения весьма чувствительных нейропсихологических методик. Чаще всего ЛКН проявляется снижением концентрации внимания и нарушениями кратковременной памяти [8].

Умеренные когнитивные нарушения (УКН) представляют собой снижение когнитивных способностей, выходящее за пределы возрастной образовательной гендерной нормы, что отражается в жалобах пациента и может быть заметно окружающим. Наличие УКН не приводит к существенным затруднениям в повседневной жизни и не сопровождается изменением социальной, бытовой и профессиональной деятельности, за исключением наиболее сложных их видов. Диагноз УКН подтверждается данными нейропсихологических методов исследования, которые выявляют более выраженное снижение когнитивных функций, чем допустимое по возрасту [8; 12].

Тяжелые когнитивные нарушения (ТКН) соответствуют выраженному изменению познавательных функций, сопровождающемуся существенными нарушениями повседневной жизни с развитием бытовой и социальной дезадаптации пациента, с частичной или полной утратой независимости и самостоятельности. К тяжелым когнитивным нарушениям относятся деменция, а также выраженные в значительной

степени монофункциональные нарушения (изолированная амнезия, афазии, агнозия, апраксия) [12; 22].

Эмоциональные нарушения на ранних стадиях проявляются в невротоподобном и астенодепрессивных синдромах. Наиболее часто наблюдается маскированная (ларвированная) депрессия, проявляющаяся массой соматических жалоб, при отсутствии жалобы на снижение настроения. В более поздних стадиях на первый план выступают эмоциональное оскудение, сужение круга интересов, спонтанность и апатия [10].

Ведение пациентов с КН при ЧМТ начинается с подробного анализа предъявляемых жалоб больного и окружающих его людей, тщательного обследования неврологического статуса, психоэмоциональной сферы и нейропсихологического тестирования. В клинической практике для диагностики КН используются различные шкалы, опросники и тесты. В процессе диагностики пациентов с КН важна оценка психоэмоционального статуса и выявление аффективных (тревожных и депрессивных) нарушений, при существенной выраженности которых необходимо привлечение психиатра [6]. Дополнительные методы исследования: (краниография; люмбальная пункция; компьютерная томография (КТ); магнитно-резонансная томография (МРТ); церебральная ангиография; электроэнцефалография (ЭЭГ) реоэнцефалография (РЭГ); исследование вызванных потенциалов и другие) применяются по показаниям.

На ранних этапах восстановления пациентов после черепно-мозговой травмы одной из основных задач является мониторинг восстановления сознания. Для этого целесообразно применение качественных (номинальных, описательных) шкал, а также проведение количественной оценки степени восстановления произвольных психических и поведенческих реакций с помощью количественных (порядковых и числовых) шкал, таких как: Шкала восстановления после комы (Coma Recovery Scale – CRS); Шкала оценки сенсорных модальностей и реабилитации – SMART (Sensory Modality Assessment and Rehabilitation Technique – SMART); Матрица травм головы Уэссекса (Wessex Head Injury Matrix – WHIM); Западный профиль нейросенсорной стимуляции (Western Neuro Sensory Stimulation Profile – WNSSP); [25; 28; 29; 32; 33]. Одной из наиболее распространенных является «Шкала

восстановления после комы» или «Coma Recovery Scale, CRS». Она включает в себя 23 параметра оценки в баллах, которые образуют 6 субшкал (шкала слуховой функции; зрительной функции; моторной (двигательной) функции; вербальной функции; коммуникативной функции; активации). Шкала содержит качественные характеристики перехода от одной стадии восстановления сознания к другой. Определение уровня сознания осуществляется на основе осмотра и наблюдаемого поведения пациента. Это позволяет наблюдать разные виды и динамику нарушений сознания (ареактивное бодрствование, минимальное сознание; спутанное сознание; ясное сознание [18]. Переход больного на уровень состояния минимального сознания с возможностью выполнения инструкций позволяет проводить нейропсихологическое обследование с применением адаптированных методик. При состоянии спутанного сознания (делирий и схожие состояния) нейропсихологическую диагностику не применяют до его купирования [13].

По мере восстановления пациента (состояние ясного сознания) нейропсихологическая диагностика проводится с применением классических методик (батарея А. Р. Лурии) и количественных тестов [1].

Для оценки эмоциональных и поведенческих нарушений можно использовать специальные психометрические шкалы, которые представляют собой опросники для пациента (Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital anxiety and depression scale); Шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory); Шкала тревоги Спилбергера-Ханина (State-Trait Anxiety Inventory, STAI)) или рейтинговые шкалы (Шкала Гамильтона для оценки депрессии (Hamilton Rating Scale for Depression); Шкала Монтомгери и Асберга для оценки депрессии (Montgomery – Asberg Depression Rating Scale, MADRS), по которым тяжесть симптомов оценивает специалист ведущий пациента [16; 24; 26; 30].

В настоящее время к восстановлению когнитивных и эмоционально-волевых нарушений подходят с позиции комплексного воздействия, сочетающего в себе как медикаментозную коррекцию, так и коррекционно-восстановительное обучение, а также некоторые подходы двигательной терапии. Комплексное воздействие осуществляется посредством

междисциплинарного подхода, который позволяет координировать работу специалистов, мобильно корректировать реабилитационный процесс и своевременно адаптировать условия для восстановления каждого пациента. Основные составляющие междисциплинарной команды представлены несколькими группами специалистов: это специалисты общей практики (лечащий врач, врач-реабилитолог, медсестра); специалисты смежных профессий (физиотерапевт, дефектолог, нейропсихолог, клинический психолог, социальный работник); а также профильные специалисты (нейрохирурги, неврологи, ортопеды и другие). В традиционной лечебной практике каждый из этих специалистов является носителем определённого объёма знаний, которые обуславливают индивидуальную меру и степень профессиональной ответственности [7].

Основой научно обоснованных психолого-педагогических подходов к восстановлению высших мозговых функций являются работы А. Р. Лурия, Л. С. Выготского, В. М. Когана, Э. С. Бейна, Л. С. Цветковой, В. М. Шкловского, Т. Г. Визель, Е. Н. Винарской, Т. В. Ахутиной, А. В. Закрепиной и др.

Ключевая цель реабилитации пациентов с когнитивными и эмоционально-волевыми нарушениями – восстановление и компенсация нарушенных повседневных навыков больного, возникших в результате когнитивного дефицита, и повышение возможности участия пациента в деятельности, ограниченной из-за расстройств в одной или более когнитивных сферах [20].

Реабилитационные воздействия различны на разных этапах восстановления и зависят от течения травмы и реабилитационных целей при интердисциплинарной форме работы с пациентом. Задачи психолого-педагогической реабилитации пациентов с нарушенным сознанием: поддержание и раннее восстановление когнитивного и эмоционального статуса; минимизация структуры и степени выраженности нарушений сознания, когнитивных, эмоциональных и поведенческих нарушений. В реабилитации пациентов, находящихся в сниженном состоянии сознания, можно выделить два направления:

1. Психологическая реабилитация психотерапевтическими методами пациентов с ЧМТ.

Задачи психологической работы с пациентом: расширение и углубление уровня контакта пациента с внешним миром, рас-



ширение количества и вариативности невербальных сигналов пациента для коммуникации с внешним миром; диагностика возможностей невербальной коммуникации; нахождение внутренних телесных ресурсов для преодоления трудной ситуации.

2. Коррекционно-восстановительное обучение (психостимулотерапия).

Задачи психостимуляции: восстановление навыков осуществления психической деятельности; оживление накопленных больным знаний, в том числе чувственных (о близких людях, привычных ситуациях, событиях и т.п.) и абстрактных, полученных в процессе учебы и общения с окружающими; восстановление произвольной психической деятельности, инициативы, активного стремления к завершению действий, поступков, сложной познавательной и психомоторной деятельности значимым результатом в будущем [1; 7].

Все применяющиеся стимулы можно разделить на две группы. Первая – неречевые воздействия, среди которых выделяют тактильные, слуховые, зрительные, эмоциональные и другие стимулы, в качестве которых может выступать и вся окружающая ситуация в целом. Во вторую группу объединены речевые воздействия: обращения к больному, инструкции (просьбы), вопросы, информационные сообщения, разъяснительные и коррекционные беседы [1; 2].

Программа коррекционно-восстановительного обучения должна составляться индивидуально для каждого пациента, проводиться в зависимости от состояния больного и поставленных междисциплинарной командой реабилитационных целей. По мере восстановления уровня сознания осуществляется переход к следующему этапу реабилитации. Главным критерием эффективности проводимых мероприятий для наиболее тяжелой категории пациентов является расширение возможностей больного, проявление минимальных изменений в рамках одной стадии восстановления сознания. Важным аспектом результативности реабилитационных мероприятий в целом являются педагогические условия (коррекционно-восстановительная среда; налаживание взаимодействия с близкими родственниками пациента и обучение их педагогическим приемам и другим), создаваемые в медицинском учреждении для проведения коррекционно-восстановительных занятий.

Особенностью современной реабилитации когнитивных и эмоциональных нарушений является все более широкое внедрение в её практику новых технологий. В остром периоде заболевания после травмы головного мозга для восстановительных тренировок отдельных психических функций за рубежом используются компьютерные программы. Они включают наборы структурированных, стандартизированных и хорошо оформленных заданий, обеспечивают выбор упражнений заданного уровня сложности и длительности, позволяют предоставлять пациенту мгновенную обратную связь по результатам выполнения задания, могут осуществляться в домашних условиях. Все чаще начинают использоваться технические средства для компенсации когнитивного дефицита пациента при его адаптации к повседневной жизни (микрокомпьютерные устройства – электронный органайзер, электронные диктофоны, голосовой органайзер), широкое применение в процессе коррекционно-восстановительного обучения находит видеотерапия [5].

Реабилитация пациентов с ЧМТ обусловлена уровнем состояния сознания, в зависимости от которого разрабатываются диагностический инструментарий и подходы коррекционно-восстановительного обучения. Реабилитационные мероприятия, направленные на восстановление когнитивных и эмоционально-волевых нарушений, должны носить комплексный характер и включать методы и приёмы психолого-педагогической коррекции, психотерапии, лечебной физкультуры, технические средства, а также медикаментозное лечение.

### **Обсуждение и выводы**

1. У пациентов с ЧМТ в остром периоде когнитивные нарушения (памяти, гнозиса, речи, праксиса, внимания и интеллекта) и эмоционально-волевые нарушения имеют разную степень выраженности.

2. Инструментарий для исследования когнитивных функций и эмоционально-волевой сферы варьируется в очень широких границах. Следует ориентироваться на уже наработанный опыт, а также на цели и задачи коррекционно-восстановительного обучения.

3. Однотипных стандартных программ коррекционно-восстановительного обучения не существует даже для паци-

ентов с одной и той же клинической формой ЧМТ. Реабилитационные программы составляются индивидуально.

4. Эффективная реабилитация предполагает взаимодействие междисциплинарной команды специалистов, действия которых четко согласованы и скоординированы (проведение всеми специалистами осмотра пациента, оценка его состояния и степени нарушения функций; совместная постановка целей лечения; обсуждение особенностей ведения пациента; разработка индивидуальных программ реабилитации; оценка эффективности проводимого вмешательства). Важным аспектом междисциплинарной работы является её направленность не только на пациента, но и на его семью (оценка способности родственников научиться приемам ухода и помощи пациенту и обучение их этим навыкам).

5. В настоящее время в теории и практике реабилитации когнитивных и эмоционально-волевых нарушений при ЧМТ остается немало нерешенных вопросов. Методики, отражающие специфику комплекса коррекционно-восстановительного обучения в острый период пациентов с ЧМТ, весьма малочисленны, что и требует дополнительных исследований в данной области.

#### Список литературы

1. Ахутина Т. В., Варако Н. А., Зинченко Ю. П. и др. Клинико-психологическая диагностика и клинико-психологическая реабилитация пациентов с нарушениями памяти при черепно-мозговых травмах // Медицинский консилиум. – 2016. – № 18 (2.1). – С. 68–81.
2. Белова А. Н. Нейрореабилитация: руководство для врачей. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Антидор, 2010. – 1288 с.
3. Вygотский Л. С. Психология развития человека. – М.: Смысл; Эксмо, 2005. – 1136 с.
4. Гальперин П. Я. Психология как объективная наука. – М.: Изд. Институт практической психологии, Воронеж: НПО МОДЭК, 1998. – 480 с.
5. Григорьева В. Н. Когнитивная реабилитация – новое направление медицинской помощи больным с очаговыми поражениями головного мозга // Современные технологии в медицине. – 2010. – № 2. – С. 95–99.
6. Екушева Е. В. Когнитивные нарушения – актуальная междисциплинарная проблема // Русский Медицинский Журнал. – 2018. – № 12 (1). – С. 32–37. EDN: YOCIRN
7. Закрепина А. В. Педагогические технологии в комплексной реабилитации детей, перенесших тяжелую черепно-мозговую травму: монография. – М.: Парадигма, 2012. – 302 с.
8. Захаров В. В. Когнитивные нарушения в неврологической практике // Трудный пациент. – 2005. – Т. 3. – № 5. – С. 4–9. EDN: OCSFKZ
9. Захаров В. В., Вахнина Н. В., Громова Д. О., Тараповская А. А. Диагностика и лечение когнитивных нарушений после инсульта // Медицинский совет. – 2015. – № 10. – С. 14–20.
10. Кадыков А. С., Черникова Л. А., Шахпаронова Н. В. Реабилитация неврологических больных. – М.: МЕД пресс-информ, 2009. – 560 с.

11. Ковальчук В. В. Тактика и стратегия реабилитации пациентов, перенесших инсульт. – СПб.: Тактик-Студио, 2015. – 120 с.
12. Когнитивные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста. – М.: Издательство Перо, 2021. – 344 с.
13. Литвиненко И. В. Деменция и психотические нарушения при паркинсонизме: общность возникновения и новые перспективы в терапии // Успехи геронтологии. – 2004. – № 13. – С. 94–101. EDN: IACBVR
14. Литвиненко И. В., Одинак М. М., Шатова А. В., Сологуб О. С. Структура когнитивных нарушений при разных стадиях болезни Паркинсона // Вестник Российской Военно-медицинской академии. – 2007. – № 3 (19). – С. 43–49. EDN: KYKLYF
15. Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека. – СПб.: Питер, 2008. – С. 624.
16. Парфенов В. А., Захаров В. В. Преображенская И. С. Когнитивные расстройства. – М.: Ремедиум, 2014. – 192 с.
17. Привалова Н. Н. Структура и динамика нейропсихологических синдромов у больных с сотрясением мозга. /В кн.: Нейропсихология сегодня / под ред. Е. Д. Хомской. – М.: МГУ, 1995. – 226 с.
18. Раннее нейропсихологическое сопровождение детей с тяжелой черепно-мозговой травмой / Е. В. Фуфаева, В. И. Лукьянов, В. И. Быкова, Ж. Б. Семенова, С. А. Валиуллина // Нейрохирургия и неврология детского возраста – 2012. – № 4 (34). – С. 61–75. EDN: PУDKMF
19. Рубинштейн С. Л. Бытие и сознание. Человек и мир. – СПб.: Питер, 2003. – 512 с.
20. Шкловский В. М. Концепция нейрореабилитации больных с последствиями инсульта // Журнал неврологии и психиатрии. инсульт. – 2003. – № 8. – С. 10–23.
21. Щербакова М. М. Когнитивные нарушения и их реабилитация в неврологической клинике (психологический подход). – 2-е изд., эл. – М.: Изд-во В. Секачев, 2022. – 231 с.
22. Яхно Н. Н., Захаров В. В., Локшина А. Б., Коберская Н. Н., Мхитарян Э. А. Деменции. Руководство для врачей. – 3-е изд. – М.: Медпресс-информ, 2011. – 272 с.
23. Яхно Н. Н. Когнитивные расстройства в неврологической клинике // Неврологический журнал, 2006. – Т. 11. – № 51. – С. 4–12. EDN: HTGLIN
24. Airaksinen E., Larsson M., Lundberg I., Forsell Y. Cognitive functions in depressive disorders: evidence from a population-based study // Psychological medicine. – 2004. – № 11. – P. 83–91.
25. Ansell B. J., Keenan J. E. The Western Neuro Sensory Stimulation Profile: a tool for assessing slow-to-recover head-injured patients // Arch. Phys. Med. Rehabilitation. – 1989. – Vol. 70 (2). – P. 104–108.
26. Castaneda A. E., Tuulio-Henrisson A., Marttunen M., Suvisaari J., Lönnqvist J. A review on cognitive impairments in depressive and anxiety disorders with a focus on young adults // J Affect Disord. – 2007. – Vol. 106 (1–2). – Pp. 1–27.
27. Dalglish T., Power M. (eds.) Handbook of cognition and emotion. – Chichester: Wiley, 1999. – 512 p.
28. Giacino J. T., Kalmar K., Whyte J. The JFK Coma Recovery Scale-Revised: Measurement Characteristics and Diagnostic Utility // Arch. Phys. Med. Rehabilitation. – 2004. – № 85 (12). – P. 2020–2029.
29. Gill-Thwaites H. The Sensory Modality Assessment Rehabilitation Technique – a Tool for Assessment and Treatment of Patients with Severe Brain Injury in a Vegetative State // Brain Injury. – 1997. – № 11 (10). – P. 723–734.
30. Gualtieri C. T., Morgan D. The frequency of cognitive impairment in patients with anxiety, depression and bipolar disorder: an uncounted source of variance in clinical trials // J Clin Psychiatry. – 2008. – Vol. 69 (7). – P. 1122–1130.
31. Manstead A., Frijda N., Fischer A. (eds.) Feelings and emotions: the Amsterdam Symposium. – Cambridge: Cambridge Univ. Press, 2004 (Studies in emotion and social interaction: series 2). – 482 p.
32. Rappaport M., Hall K. M., Hopkins H. K. et al. Disability rating scale for severe head trauma: coma to community // Arch. Phys. Med. Rehabilitation. – 1982. – № 63. – P. 118–123.
33. Shiel A., Horn S., Wilson B. A., McLellan D. L., Watson M., Campbell M. The Wessex Head Injury Matrix scale: a preliminary report on a scale to assess and monitor patients recovery after severe head injury // Clin. Rehabil. – 2000. – № 14. – P. 408–416.

1. Ahutina, T. V., Varako, N. A., Zinchenko, YU. P. i dr. (2016) Kliniko-psikhologicheskaya diagnostika i kliniko-psikhologicheskaya reabilitatsiya pacientov s narusheniyami pamyati pri cherepno-mozgovykh travmakh [Clinical and psychological diagnosis and clinical and psychological rehabilitation of patients with memory impairment in traumatic brain injuries]. *Medicinskij konsilium – Medical Council*. No. 18 (2.1). Pp. 21–29. (In Russian).
2. Belova, A. N. (2010) *Nejroreabilitatsiya: rukovodstvo dlya vrachej*. [Neurorehabilitation: a guide for doctors]. 3-e izd. dop. i pererab. Moscow: Antidor. (In Russian).
3. Vygotskij, L. S. (2005) *Psikhologiya razvitiya cheloveka* [Psychology of human development]. Moscow: Smysl; Ehksmo. (In Russian).
4. Gal'perin, P. YA. (1998) *Psikhologiya kak ob"ektivnaya nauka*. [Psychology as an objective science]. Moscow: zd. Institut prakticheskoy psikhologii, Voronezh: NPO MODEHK. (In Russian).
5. Grigor'eva, V. N. (2010) Kognitivnaya reabilitatsiya - novoe napravlenie medicinskoj pomoshchi bol'nym s ochagovymi porazheniyami golovnogo mozga [Cognitive rehabilitation – a new direction of medical care for patients with focal brain lesions]. *Sovremennye tekhnologii v medicine – Modern technologies in medicine*. No. 2. Pp. 95–99. (In Russian).
6. Ekusheva, E. V. (2018) Kognitivnye narusheniya – aktual'naya mezhdisciplinarnaya problema [Cognitive impairment is an urgent interdisciplinary problem]. *Russkij Medicinskij Zhurnal – Russian Medical Journal*. No. 12 (1). Pp. 32–37. (In Russian). EDN: YOCIRN
7. Zakrepina, A. V. (2012) *Pedagogicheskie tekhnologii v kompleksnoj reabilitatsii detej, perenesshikh tyazheluyu cherepno-mozgovuyu travmu* [Pedagogical technologies in the comprehensive rehabilitation of children who have undergone severe head injury]. Moscow: Paradigma. (In Russian).
8. Zakharov, V. V. (2005) Kognitivnye narusheniya v neurologicheskoy praktike [Cognitive impairment in neurological practice]. *Trudnyj pacient – Difficult patient*. Vol. 1. No. 5. Pp. 4–9. (In Russian). EDN: OCSFKZ
9. Zakharov, V. V., Vakhnina, N. V., Gromova, D. O., Tarapovskaya, A. A. (2015) Diagnostika i lechenie kognitivnykh narushenij posle insulta [Diagnosis and treatment of cognitive impairment after stroke]. *Medicinskij sovet – Medical Council*. No. 10. Pp. 14–20. (In Russian).
10. Kadykov, A. S., Chernikova, L. A., Shakhparonova, N. V. (2009) *Reabilitatsiya neurologicheskikh bol'nykh* [Rehabilitation of neurological patients]. Moscow: MED press-inform. (In Russian).
11. Koval'chuk, V. V. (2015). *Taktika i strategiya reabilitatsii pacientov, perenesshikh insult* [Rehabilitation of patients tactics and strategies, transplant stroke]. Saint Petersburg: Taktik-Studio. (In Russian).
12. *Kognitivnye rasstrojstva u lic pozhilogo i starchyego vozrasta* (2021) [Cognitive disorders in the elderly and senile]. Moscow: Pero. (In Russian).
13. Litvinenko, I. V. (2004) Demenciya i psichoticheskie narusheniya pri parkinsonizme: obshchnost' vozniknoveniya i novye perspektivy v terapii [Dementia and psychotic disorders in parkinsonism: commonality of occurrence and new perspectives in therapy]. *Uspekhi gerontologii – Gerontology successes*. No. 13. Pp. 94–101. (In Russian). EDN: IACBVR
14. Litvinenko, I. V., Odinak, M. M., Shatova, A. V., Sologub, O. S. (2007) Struktura kognitivnykh narushenij pri raznykh stadiyakh bolezni Parkinsona [Structure of cognitive impairment in different stages of Parkinson's disease]. *Vestnik Rossijskoj Voenno-meditsinskoj akademii – Bulletin of the Russian Military Medical Academy*. No. 3 (19). Pp. 43–49. (In Russian). EDN: KYKLYF
15. Luriya, A. R. (2008) *Vysshie korkovye funktsii cheloveka* [Higher human cortical functions]. Saint Petersburg: Piter. (In Russian).
16. Parfenov, V. A., Zakharov, V. V. Preobrazhenskaya, I. S. (2014) *Kognitivnye rasstrojstva* [Cognitive disorders]. Moscow: Remedium. (In Russian).
17. Privalova, N. N. (1995) Struktura i dinamika nejropsikhologicheskikh sindromov u bol'nykh s sotryaseniem mozga [Structure and dynamics of neuropsychological syndromes in patients with concussion]. *Nejropsikhologiya segodnya* [Neuropsychology today]. pod obshh. red. E. D. Homskej. Moscow: MGU. (In Russian).
18. Fufaeva, E. V., Luk'yanov, V. I., Bykova, V. I., Semenova, ZH. B., Vatiullina, S. A. (2012) Rannee nejropsikhologicheskoe soprovozhdenie detej s tyazhelej cherepno-mozgovoju travmoju [Early neuropsychological support for children with severe traumatic brain injury]. *Nejrokhiru-*

- rgiya i nevrologiya detskogo vozrasta – Neurosurgery and neurology of childhood*. No. 4 (34). Pp. 61–75. (In Russian). EDN: PYDKMF
19. Rubinshtejn, S. L. (2003) *Bytie i soznanie. Chelovek i mir* [Being and consciousness. Man and the world]. Saint Petersburg: Piter. (In Russian).
20. Shklovskij, V. M., (2003) *Koncepciya nejroreabilitacii bol'nykh s posledstviyami insul'ta* [The concept of neurorehabilitation of patients with stroke consequences]. *Zhurn. nevrologii i psikiatrii. insul't – Journal. Neurology and psychiatry. Stroke*. No. 8. Pp. 10–23. (In Russian).
21. Shcherbakova, M. M. (2022) *Kognitivnye narusheniya i ikh reabilitaciya v nevrologicheskoy klinike (psikhologicheskij podkhod)* [Cognitive impairment and its rehabilitation in a neurological clinic (psychological approach)]. 2-e izd. ehl. Moscow: Izd-vo V. Sekachev. (In Russian).
22. Yahno, N. N., Zakharov, V. V., Lokshina, A. B, Koberskaya, N. N., Mkhitaryan, E.H. A. (2011) *Demencii. Rukovodstvo dlya vrachej* [Dementias. A Guide for Physicians]. 3-e izd. Moscow: Medpress-inform. (In Russian).
23. Yahno, N. N. (2006) *Kognitivnye rasstrojstva v nevrologicheskoy klinike* [Cognitive disorders in the neurological clinic]. *Nevrologicheskij zhurnal – Neurological Journal*. Vol. 11. No. S1. Pp. 4–12. (In Russian). EDN: HTGLIN
24. Airaksinen, E., Larsson, M., Lundberg, I., Forsell, Y (2004) Cognitive functions in depressive disorders: evidence from a population-based study. *Psychological medicine*. No. 11. Pp. 83–91.
25. Ansell, B. J., Keenan, J. E. (1989) The Western Neuro Sensory Stimulation Profile: a tool for assessing slow-to-recover head-injured patients. *Arch. Phys. Med. Rehabilitation*. Vol. 70 (2). Pp. 104–108.
26. Castaneda, A. E., Tuulio-Henricsson, A., Marttunen, M., Suvisaari, J., Lönnqvist, J. (2007) A review on cognitive impairments in depressive and anxiety disorders with a focus on young adults. *J Affect Disord*. No. 106 (1–2). Pp. 1–27.
27. Dalglish, T., Power M. (eds.) (1999) *Handbook of cognition and emotion*. Chichester: Wiley.
28. Giacino, J. T., Kalmar, K., Whyte, J. (2004) The JFK Coma Recovery Scale-Revised: Measurement Characteristics and Diagnostic Utility. *Arch. Phys. Med. Rehabilitation*. No. 85 (12). Pp. 2020–2029.
29. Gill-Thwaites, H. (1997) The Sensory Modality Assessment Rehabilitation Technique – a Tool for Assessment and Treatment of Patients with Severe Brain Injury in a Vegetative State. *Brain Injury*. No. 11 (10). Pp. 723–734.
30. Gualtieri, C. T., Morgan, D. (2008) The frequency of cognitive impairment in patients with anxiety, depression and bipolar disorder: an uncounted source of variance in clinical trials. *J Clin Psychiatry*. No. 69 (7). Pp. 1122–1130.
31. Manstead, A., Frijda, N., Fischer, A. (eds.) (2004) *Feelings and emotions: the Amsterdam Symposium*. Cambridge: Cambridge Univ. Press (Studies in emotion and social interaction: series 2).
32. Rappaport, M., Hall, K. M., Hopkins, H. K. et al. (1982) Disability rating scale for severe head trauma: coma to community. *Arch. Phys. Med. Rehabilitation*. No. 63. Pp. 118–123.
33. Shiel, A., Horn, S., Wilson, B. A., McLellan, D. L., Watson, M., Campbell, M. (2000) The Wessex Head Injury Matrix scale: a preliminary report on a scale to assess and monitor patients recovery after severe head injury. *Clin. Rehabil*. No. 14. Pp. 408–416.

**Личный вклад соавторов**  
Personal co-authors contribution  
50/50 %

**Информация об авторах**

**Литвиненко Игорь Вячеславович** – доктор медицинских наук, профессор, Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова; Ленинградский государственный университет имени А. С. Пушкина, Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID ID: 0000-0001-8988-3011, e-mail: litvinenkoiv@rambler.ru

**Лосева Снежана Михайловна** – кандидат педагогических наук, доцент, Ленинградский государственный университет имени А. С. Пушкина, Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID ID:0000-0001-9115-8812, e-mail: karlik\_73@mail.ru

**Information about the authors**

**Igor V. Litvinenko** – Dr. Sci. (Med.), Full Professor, S. M. Kirov Military Medical Academy; Pushkin Leningrad State University, Saint Petersburg, Russian Federation, ORCID ID: 0000-0001-8988-3011, e-mail: litvinenkoiv@rambler.ru

**Snezhana M. Loseva** – Cand. Sci. (Ped.), Associate Professor, Pushkin Leningrad State University, Saint Petersburg, Russian Federation, ORCID ID: 0000-0001-9115-8812, e-mail: karlik\_73@mail.ru

Поступила в редакцию: 17.10.2024  
Принята к публикации: 01.11.2024  
Опубликована: 28.12.2024

Received: 17 October 2024  
Accepted: 01 November 2024  
Published: 28 December 2024