

Валидация русскоязычной версии опросника для оценки критичности к нарушениям у неврологических больных (Self-Awareness Deficit Interview, SADI)



Варако Н.А.¹⁻³, Гридасова Ю.В.¹, Ковязина М.С.¹⁻³, Юсупова Д.Г.², Зимин А.А.^{2,6}, Зайцев А.Б.⁵,
Васильева С.А.⁴, Даминов В.Д.⁴, Зинченко Ю.П.¹, Сандалова Ю.А.¹, Пирадов М.А.², Супонева Н.А.²

¹ФГБОУ ВО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова», Москва;

²ФГБНУ «Научный центр неврологии», Москва; ³ФГБНУ «Федеральный научный центр психологических
и междисциплинарных исследований», Москва; ⁴ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр
им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва; ⁵ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный
медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва;

⁶ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет
им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва

¹Россия, 119991, Москва, Ленинские горы, 1; ²Россия, 125367, Москва, Волоколамское шоссе, 80; ³Россия, 125009,
Москва, ул. Моховая, 9, стр. 4; ⁴Россия, 105203, Москва, ул. Нижняя Первомайская, 70; ⁵Россия, 119991,
Москва, ул. Трубецкая, 8, стр. 2; ⁶Россия, 117513, Москва, ул. Островитянова, 1

Тщательная и ранняя оценка нарушений критичности после поражения головного мозга является важной проблемой в нейрореабилитации, требующей разработки как качественных, так и количественных методик оценки различных уровней критичности для повышения эффективности восстановительных мероприятий. Несмотря на отсутствие единого мнения относительно определения и измерения нарушений критичности, в зарубежной практике разработан ряд количественных методов оценки. Методика Self-Awareness Deficits Interview (SADI) является одним из наиболее широко используемых структурированных интервью для оценки нарушений критичности у неврологических больных.

Цель исследования — проведение валидационного исследования и разработка официальной русскоязычной версии SADI.

Материал и методы. Исследование включало два этапа: на первом этапе ($n=17$) был осуществлен прямой и обратный перевод методики, затем проведено ее пилотное тестирование; на втором этапе ($n=31$) оценивались межэкспертная и ретестовая надежность, а также внутренняя согласованность методики. В оценке результатов приняли участие три эксперта-нейропсихолога и два студента. Интервью проводились с пациентами, находящимися на госпитализации в Научном центре неврологии и Национальном медико-хирургическом центре им. Н.И. Пирогова Минздрава России. Критерии включения: верифицированный неврологический диагноз, отсутствие выраженных речевых нарушений, свободное владение русским языком.

Результаты. Была проведена лингвокультурная адаптация методики SADI с разработкой русскоязычной версии — Опросника для оценки критичности к нарушениям (ООКН), включая руководство по начислению баллов и список вопросов для близких пациента. Пилотное тестирование показало пригодность ООКН для клинической практики. Анализ психометрических показателей инструмента продемонстрировал «хороший» уровень межэкспертной согласованности ($ICC=0,81$), высокую ретестовую надежность ($r=0,92$) и внутреннюю согласованность ($\alpha=0,77$).

Заключение. Результаты исследования показали, что разработанный ООКН является надежным инструментом оценки критичности к нарушениям, пригодным для клинической практики и для научных исследований у неврологических пациентов.

Ключевые слова: нейропсихологическая диагностика; SADI; критичность; нарушения критичности; скрининг; валидация; лингвокультурная адаптация.

Контакты: Наталия Александровна Варако; nvarako@mail.ru

Для ссылки: Варако НА, Гридасова ЮВ, Ковязина МС, Юсупова ДГ, Зимин АА, Зайцев АБ, Васильева СА, Даминов ВД, Зинченко ЮП, Сандалова ЮА, Пирадов МА, Супонева НА. Валидация русскоязычной версии опросника для оценки критичности к нарушениям у неврологических больных (Self-Awareness Deficit Interview, SADI). Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2025;17(2):22–29. DOI: 10.14412/2074-2711-2025-2-22-29

Validation of the Russian-language version of the Self-Awareness Deficit Interview (SADI)

Varako N.A.¹⁻³, Gridasova Yu.V.¹, Kovyazina M.S.¹⁻³, Yusupova D.G.², Zimin A.A.^{2,6}, Zaytsev A.B.⁵,
Vasileva S.A.⁴, Daminov V.D.⁴, Zinchenko Yu.P.¹, Sandalova Yu.A.¹, Piradov M.A.², Suponeva N.A.²

¹Lomonosov Moscow State University, Moscow; ²Research Center of Neurology, Moscow; ³Federal Scientific Center for Psychological and Interdisciplinary Research, Moscow; ⁴N.I. Pirogov National Medical and Surgical Center, Ministry of Health of Russia, Moscow;

⁵I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Ministry of Health of Russia, Moscow;

⁶N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Ministry of Health of Russia, Moscow

¹1, Leninskiye Gory, Moscow 119991, Russia; ²80, Volokolamskoe Sh., Moscow 125367, Russia;
³9, Mohovaya St., Build. 4, Moscow 125009, Russia; ⁴70, Nizhnyaya Pervomayskaya St., Moscow 105203, Russia;
⁵8, Trubetskaya St., Build. 2, Moscow 119991, Russia; ⁶1, Ostrovityanova St., Moscow 117513, Russia

Thorough and early assessment of self-awareness deficits after brain injury is an important problem in neurorehabilitation that requires the development of both qualitative and quantitative methods to assess different levels of self-awareness to increase the efficacy of rehabilitation. Although there is no consensus on the determination and measurement of self-awareness impairment, several quantitative assessment methods have been developed in international practice. The Self-Awareness of Deficits Interview (SADI) technique is one of the most used structured interviews to assess self-awareness impairment in neurological patients.

Objective: to conduct validation study and to develop the official Russian-language version of SADI.

Material and methods. The study comprised two stages: in the first stage ($n=17$), a direct and reverse translation of the methodology was performed, followed by a pilot test; in the second stage ($n=31$), the reliability of the inter-rater and test-retest reliability, and the internal consistency of the methodology were evaluated. Three neuropsychological experts and two students took part in the evaluation of the results. Interviews were conducted with patients who were hospitalized to the Research Center of Neurology and N.I. Pirogov National Medical and Surgical Center of Ministry of Health of Russia. Inclusion criteria: verified neurological diagnosis, no pronounced speech disorders, Russian language fluency.

Results. The study resulted in the cross-cultural SADI adaptation, leading to the development of the SADI-RU, the Russian-language version, including a scoring guide and a list of questions for patient's relatives. Pilot tests showed the suitability of the SADI-RU for clinical practice. An analysis of the psychometric indicators of the tool showed a "good" level of inter-rater consistency ($ICC=0.81$), high test-retest reliability ($r=0.92$) and internal consistency ($\alpha=0.77$).

Conclusion. The results of the study have shown that the developed SADI-RU is a reliable tool for assessing the self-awareness deficits, which is suitable for clinical practice and scientific research in neurological patients.

Keywords: neuropsychological diagnosis; SADI; self-awareness deficits; screening; validation; cross-cultural adaptation.

Contact: Nataliya Aleksandrovna Varako; nvarako@mail.ru

For reference: Varako NA, Gridasova YuV, Kovyazina MS, Yusupova DG, Zimin AA, Zaytsev AB, Vasileva SA, Daminov VD, Zinchenko YuP, Sandalova YuA, Piradov MA, Suponeva NA. Validation of the Russian-language version of the Self-Awareness Deficit Interview (SADI). *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psichosomatika* = *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2025;17(2):22–29. DOI: 10.14412/2074-2711-2025-2-22-29

Феномен критичности является важным показателем психического здоровья и может проявляться в различных сферах личностного функционирования. Часто нарушение критичности существенно снижает эффективность проводимых восстановительных мероприятий, что делает проблему критичности одной из центральных в нейрореабилитации. Несмотря на то что понятие критичности довольно широко используется в психологии и клинической практике нейрореабилитации, его определение все еще является предметом обсуждений [1–5]. G.P. Prigatano и D.L. Schacter [6] говорят о том, что критичность – это процесс, который включает в себя интеграцию информации как из внешней реальности, так и из внутреннего опыта. D.T. Stuss [7] утверждал, что знание о собственных нарушениях отличается от критичности. Например, пациент может демонстрировать адекватный уровень знания, но не понимать последствий имеющихся у него нарушений. Критичность, описанная С.Л. Рубинштейном [8] как вершинное образование личности, является важной составляющей процесса саморегуляции. В области нейро- и патопсихологии работы таких авторов, как А.Р. Лурия, Б.В. Зейгарник, Л.С. Цветкова, Е.Д. Хомская, С.Я. Рубинштейн, В.В. Лебединский и др., посвящены вопросам критичности в основном у больных с поражением лобных долей головного мозга [9–13]. И.И. Кожуховская [14] выделила три формы нарушения: некритичность к суждениям, действиям и высказываниям; некритичность к собственной личности; некритичность к своим психопатологическим переживаниям. В.В. Николаева [12] рассматривает критич-

ность как адекватность, объективность субъективной картины болезни и отмечает, что неадекватное отношение больного к своему заболеванию может привести к изменению всей личности пациента.

Имеющееся разнообразие теоретических стратегий и объяснительных моделей нарушения критичности обуславливает отсутствие единого мнения относительно способов измерения данного конструкта [5, 6, 15–18]. Однако за последние два десятилетия специалисты в области реабилитации разработали целый ряд методик оценки, предназначенных для выявления нарушений критичности у пациентов с неврологическими расстройствами [19–21]. На данный момент в отечественной практике отсутствуют специализированные количественные методы оценки нарушения критичности. Однако успешно используются качественные инструменты, в частности беседа, в рамках которой определяется способность пациента оценивать последствия собственных нарушений. В зарубежной практике количественные методы оценки нарушений критичности используют целый ряд стратегий: клиническое наблюдение, структурированные и полуструктурированные интервью, сравнение самоотчета пациента и его результатов по нейропсихологическим или функциональным тестам, а также сравнение самоотчета пациента и отчета врача/близких [22]. Самые распространенные количественные инструменты оценивают только интеллектуальный уровень нарушения критичности. Согласно пирамидной модели критичности, данный уровень считается первым шагом на пути к успешному функционированию в повседневной

жизни: пациенты сначала обретают способность признавать наличие определенных нарушений и распознавать их последствия, далее восстанавливается способность распознавать трудности в момент их непосредственного возникновения, наконец, возвращается способность предвидеть проблемы, которые могут возникнуть вследствие имеющихся нарушений [23].

Наиболее широко используемым инструментом является «Опросник для оценки критичности к нарушениям» (Self-Awareness Deficits Interview, SADI). Формат структурированной беседы позволяет проводить не только количественную оценку, но и более глубокое изучение проблем пациента и создает отправную точку для обсуждения целей реабилитации. Поэтому данный опросник потенциально полезен в качестве как исследовательского, так и клинического инструмента, и его апробация представляет собой актуальную научную и практическую задачу [24]. Авторы SADI использовали при его разработке упрощенную клиническую модель определения нарушения критичности, в основе которой лежит выделение трех основных аспектов: критичности к нарушениям, критичности к последствиям нарушений и реалистичности ожиданий [21].

Первый аспект — критичность к нарушениям, связанным с поражением головного мозга (физические, когнитивные, социальные и эмоциональные изменения). Этот аспект приравнивается к объективному осознанию или «знанию» недостатков, описанных выше.

Второй аспект критичности распространяется на осознание функциональных последствий нарушений в различных сферах, например в самостоятельной жизни пациента, работе, вождении транспорта, в быту. Этот аспект характеризует субъективную оценку пациентом последствий нарушений и их влияния на привычную жизнь.

Третий аспект — это способность ставить перед собой реалистичные цели. С отсутствием адекватной оценки собственных нарушений пациентам бывает тяжело сформулировать реалистичные ожидания и достижимые цели на будущее.

Методика SADI представляет собой полуструктурированное интервью, которое оценивает уровень критичности в трех указанных областях: 1) критичность к нарушениям; 2) критичность к функциональным последствиям нарушений; 3) способность ставить реалистичные цели. Для оценки уровня критичности пациенту задаются серии вопросов, связанных с каждой из указанных областей. Вопросы могут быть адаптированы или переформулированы для получения дополнительной информации, при условии что их суть остается неизменной. Также для получения развернутого ответа пациенту могут предъявляться подсказки из представленного списка тем для обсуждения. Каждая из трех областей оценивается исследователем по 4-балльной шкале в соответствии с рекомендациями SADI, где 0 указывает на отсутствие нарушения критичности, а 3 — на грубое нарушение критичности. Общие баллы подсчитываются путем суммирования результатов каждой из трех субшкал, чтобы получить диапазон возможных баллов от 0 до 9, при этом более высокие баллы указывают на большее нарушение критичности. Дополнительно J.M. Fleming и соавт. [25] предлагают обсуждать анамнез и текущий функциональный статус пациента с медицинскими специалистами

и близкими людьми. Для фиксации таких данных и их дальнейшего сопоставления с ответами пациентов может использоваться контрольный список вопросов для близких пациента. Сбор такой информации способствует повышению достоверности оценки критичности к нарушениям в рамках SADI.

Цель данной работы — проведение валидационного исследования и разработка официальной русскоязычной версии SADI.

Материал и методы. Разрешение на лингвокультурную адаптацию методики SADI и ее валидацию было получено от ведущего автора-разработчика, специалиста по клиническим исследованиям в области нейрореабилитации, профессора Квинслендского университета J. Fleming.

Исследование проводилось в два этапа: 1-й — лингвокультурная адаптация методики SADI, 2-й — исследование ее психометрических показателей. Валидационное исследование SADI получило одобрение локального этического комитета Научного центра неврологии.

Лингвокультурная адаптация и валидация проводились совместно экспертами группы валидации международных шкал и опросников Научного центра неврологии и клиническими психологами (нейропсихологами) факультета психологии МГУ им. М.В. Ломоносова согласно общепринятым рекомендациям [26, 27]. Интервью с участниками исследования проводилось на базе Клиники реабилитации Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова и Научного центра неврологии во время плановой госпитализации пациентов. Все пациенты подписывали добровольное информированное согласие на участие перед проведением каждого из этапов исследования.

Критерии включения пациентов в исследование: верифицированный неврологический диагноз повреждения центральной нервной системы (ЦНС) различного генеза, отсутствие значимых речевых нарушений, свободное владение русским языком, способность дать самоотчет, согласие на участие в исследовании.

Критериями не включения служили выраженные психические или тяжелые соматические расстройства, не позволяющие осуществить продуктивный контакт с пациентом, или отказ от проведения исследования.

Для каждого участника исследования были собраны данные о поле, возрасте и характере повреждения ЦНС (по Международной классификации болезней 10-го пересмотра). Кроме того, для повышения достоверности оценочных процедур была изучена информация о характере травмы, сохраняющихся нарушениях и текущем функциональном состоянии каждого пациента (анализ проводился на основе изучения медицинской документации и обсуждения с лечащим врачом и/или близкими пациента).

На **1-м этапе** был осуществлен прямой перевод оригинальной версии шкалы с инструкциями и приложениями (вопросы для близких) с английского языка на русский двумя независимыми переводчиками с психологическим образованием и уровнем владения английским языком не ниже продвинутого (C1). Следующим шагом произведен обратный перевод общей русской версии носителем английского языка, владеющим русским языком как иностранным и имеющим медицинское образование. Далее разработанная русскоязычная версия методики была вы-

несена на экспертную комиссию под председательством лингвиста, медицинского переводчика-эксперта. В состав комиссии также вошли неврологи, клинические психологи (нейропсихологи) и переводчики. После этого было проведено пилотное тестирование разработанной методики на 17 пациентах с различными нарушениями ЦНС: G20 (Болезнь Паркинсона) — 35%, I69.3 (Последствия инфаркта мозга) — 47%, I69.1 (Последствия внутримозгового кровоизлияния) — 12%, G11.4 (Наследственная спастическая параплегия) — 6%. Все участники были носителями русского языка.

На 2-м этапе валидации проводилась оценка психометрических показателей шкалы — межэкспертной и ретестовой надежности, а также внутренней согласованности [28]. Для изучения психометрических свойств были отобраны пять оценщиков: три эксперта в области клинической нейропсихологии и два студента — клинических нейропсихологов. С целью подтверждения того, что мнения оценщиков, участвующих в исследовании, существенно не различаются, было проведено предварительное тестирование согласованности. В дальнейшем случайным образом подбирались пары оценщиков, состоящие из одно-

го эксперта и одного студента, для проведения интервью и оценки по методике SADI. Проведение опроса осуществлял всегда студент. Интервью и его оценка с одним и тем же участником исследования проводилось дважды одной и той же парой исследователей. При изучении ретестовой надежности оценивали устойчивость к ошибкам, связанным с фактором времени, для чего проводили два исследования каждого пациента: первичное — при поступлении пациента в клинику; повторное исследование (теми же экспериментаторами) проводилось через 8–12 дней и оценивалось независимо от результатов первичной оценки. Условия проведения первичного и повторного измерений были по возможности идентичны. Внутреннюю согласованность оценивали по данным первичного осмотра пациентов.

В исследование включен 31 пациент, подробные характеристики участников исследования представлены в табл. 1.

Статистический анализ. Репрезентативность выборки рассчитывали в соответствии с общепринятыми рекомендациями [29]. Объем выборки в 31 человек был достаточным для проведения всех необходимых статистических расчетов с учетом уровня мощности 0,8 и уровня статистической значимости $p=0,05$. Описательная статистика приведена в виде медианы [25-го; 75-го перцентилей]. При исследовании психометрических параметров шкалы использованы следующие статистические методы: ретестовую надежность оценивали с помощью коэффициента корреляции по Спирмену, внутреннюю согласованность — с использованием коэффициента альфа Кронбаха. При проведении предварительного тестирования согласованности мнений оценщиков, а также при исследовании межэкспертной надежности шкалы (в рамках основной части работы) использовали коэффициент внутриклассовой корреляции (intraclass correlation coefficient, ICC). При проверке гипотез использован пороговый уровень статистической значимости, соответствующий $p=0,05$. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы SPSS Statistics 24 (IBM Corp., США).

Результаты. В результате 1-го этапа исследования проведена лингвокультурная адаптация методики SADI с разработкой русскоязычной версии, которая получила название «Опросник для оценки критичности к нарушениям» (ООКН). В ходе пилотного тестирования были сделаны выводы о пригодности разработанной версии ООКН для использования в клинической практике. Текст шкалы оказался доступен для понимания пациентам и оценщикам. Были произведены незначительные доработки и разработаны финальная русскоязычная версия шкалы, руководство по начислению и подсчету баллов, а также список вопросов для близких людей.

В результате 2-го этапа исследования были проанализированы следующие психометрические показатели ООКН. В ходе предварительного изучения согласованности на этапе формирования группы оценщиков полу-

Таблица 1. Характеристика участников 2-го этапа исследования

Table 1. Characteristics of participants in the second stage of the research

Показатель	Значение
Пол (мужской/женский)	22/9
Возраст, годы*:	
все пациенты	54,7 [35,4; 48,7]
мужчины	52,8 [34,1; 47,7]
женщины	60,9 [46,2; 54,3]
Диагноз:	
последствия ишемического инсульта	18
последствия геморрагического инсульта	6
последствия черепно-мозговой травмы	6
токсическая (алкогольная) полиневропатия	1

Примечание. * — данные приведены в виде медианы [25-го; 75-го перцентилей].

Таблица 2. Психометрические показатели русскоязычной версии ООКН у неврологических больных

Table 2. Psychometric indicators of the Russian-language version of the SADI-RU in neurological patients

Параметр	Метод оценки	Пороговое значение показателя	Результат показатель	р-значение
Межэкспертная согласованность	Коэффициент внутриклассовой корреляции	$\geq 0,7$	0,81	$< 0,0004$
Ретестовая надежность	Коэффициент корреляции Спирмена	$\geq 0,7$	0,92	$< 0,0001$
Внутренняя согласованность	Альфа Кронбаха	$\geq 0,7$	0,77	0,0024

чен коэффициент внутриклассовой корреляции ICC=0,92 ($p<0,0001$), что соответствует «хорошему» уровню межэкспертной согласованности.

Коэффициент корреляции Спирмена между результатами повторных осмотров при исследовании ретестовой надежности составил $r=0,92$ ($p<0,0001$), что соответствует высокому уровню устойчивости шкалы к ошибкам, связанным с фактором времени.

Исследование внутренней согласованности (коэффициент альфа Кронбаха) составляет $\alpha=0,77$ ($p=0,0024$), что доказывает высокую сбалансированность пунктов шкалы. Психометрические показатели русскоязычной версии ООКН у неврологических больных представлены в табл. 2.

Обсуждение. Феномен критичности является ключевым показателем психического здоровья и проявляется в различных сферах функционирования человека. Несмотря на его актуальность и использование в психологии и нейрореабилитации, определение критичности в контексте неврологических расстройств остается предметом дискуссий. Исследование существующих теоретических моделей показывает, что критичность связана с множеством факторов, таких как когнитивные, эмоционально-волевые и нейрофизиологические аспекты. Традиционный отечественный подход к оценке критичности основывается на качественных методах, обладающих своими преимуществами. Однако для клинического применения требуется количественный инструмент, позволяющий более точно оценивать степень нарушений и отслеживать изменения этого показателя во времени.

Методика SADI предлагает решение задачи перехода от качественной оценки на основе полуструктурированного интервью к количественной оценке. Это упрощает работу специалистов, стандартизирует данные и делает их дос-

тупными для дальнейшего анализа и использования в реабилитации, при этом сохраняя качественный компонент для детального рассмотрения каждого индивидуального случая. Апробация и внедрение SADI в России окажут значительную пользу, так как в настоящее время отсутствуют стандартизированные методы для оценки критичности. Это нововведение позволит не только получить количественные данные для оценки нарушений критичности у неврологических пациентов, но и усовершенствовать диагностические подходы, повысив эффективность реабилитационных процессов.

Проведенная лингвокультурная адаптация SADI для использования в русскоязычной среде продемонстрировала высокую ретестовую надежность в интервале 9–12 дней, что подтверждает стабильность инструмента. Изначально методика SADI была валидирована только на пациентах с черепно-мозговой травмой, однако на данный момент она успешно применяется и у пациентов с другими неврологическими заболеваниями, что согласовано с автором-разработчиком [30, 31].

Основное ограничение методики SADI, включающей анкетирование и структурированные интервью, заключается в ее зависимости от способности пациентов к устному или письменному самовыражению. Это делает данные методы менее эффективными для пациентов с тяжелыми речевыми нарушениями.

Заключение. В данном исследовании был апробирован первый для российской клинической практики количественный инструмент оценки критичности к нарушениям у неврологических пациентов (см. приложение). Результаты исследования подтверждают, что методика SADI (ООКН) является надежным инструментом оценки, подходящим для использования как в клинических, так и в исследовательских целях.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

- Katz N, Hartman-Maeir A. Occupational Performance and Metacognition. *Can J Occup Ther.* 1997 Jun;64(2):53-62. doi: 10.1177/000841749706400201
- O'Keeffe F, Dockree P, Moloney P, et al. Awareness of deficits in traumatic brain injury: A multidimensional approach to assessing metacognitive knowledge and online-awareness. *J Inter Neuropsych Soc.* 2007 Jan;13(1):38-49. doi: 10.1017/S1355617707070075
- Sansonetti D, Fleming J, Patterson F, Lannin NA. Conceptualization of self-awareness in adults with acquired brain injury: A qualitative systematic review. *Neuropsychol Rehabil.* 2022 Sep;32(8):1726-73. doi: 10.1080/09602011.2021.1924794. Epub 2021 May 19.
- Sunderaraman P, Cosentino S. Integrating the Constructs of Anosognosia and Metacognition: a Review of Recent Findings in Dementia. *Curr Neurol Neurosci Rep.* 2017 Mar;17(3):27. doi: 10.1007/s11910-017-0734-1
- Toglia J, Kirk U. Understanding awareness deficits following brain injury. *NeuroRehabilitation.* 2000;15(1):57-70. doi: 10.3233/NRE-2000-15104
- Prigatano GP, Schacter DL. Awareness of deficit after brain injury: Clinical and theoretical issues. New York, NY, US: Oxford University Press; 1991. P. 13.
- Stuss DT. Disturbance of self-awareness after frontal system damage. In: Prigatano GP, Schacter DL, editors. Awareness of deficit after brain injury: Clinical and theoretical issues. New York, NY, US: Oxford University Press; 1991. P. 63-83.
- Рубинштейн СЛ. Основы общей психологии. Москва: Питер; 2015. 705 с. [Rubinshtein SL. Foundations of General Psychology. Moscow: Piter; 2015. 705 p. (In Russ.).]
- Лурия АР, Цветкова ЛС. Нейропсихологический анализ решения задач. Нарушение и восстановление интеллектуальной деятельности при локальных поражениях мозга. 2-е изд. Москва: МПСИ; 2010. 367 с. [Luriya AR, Tsvetkova LS. Neuropsychological Analysis of Problem Solving: Impairment and Recovery of Intellectual Functioning in Local Brain Damage. 2nd ed. Moscow: MPSI; 2010. 367 p. (In Russ.).]
- Баканова ИВ, Зейгарник БВ, Николаева ВВ. Отношение к болезни как условие формирования осознаваемых и неосознаваемых мотивов деятельности. В кн.: Бессознательное: природа, функции, методы исследования. Т. 2. Тбилиси: Мецниереба; 1978. С. 76-81. [Bakanova IV, Zeigarnik BV, Nikolaeva VV. Attitude to illness as a condition for the formation of conscious and unconscious motives for activity. In: The Unconscious: Nature, Functions, and Research Methods. Vol. 2. Tbilisi: Metsniereba; 1978. P. 76-81 (In Russ.).]
- Зейгарник БВ. Патопсихология: учебное пособие для студентов высших учебных заведений. 5-е изд. Москва: Академия; 2007. 206 с. [Zeigarnik BV. Pathopsychology: A Study Guide for University Students. 5th ed. Moscow: Akademiya; 2007. 206 p. (In Russ.).]
- Николаева ВВ. Влияние хронической болезни на психику. Москва: Изд-во МГУ; 1987. 166 с.

[Nikolaeva VV. The Impact of Chronic Illness on the Mind. Moscow: Publishing House of MSU; 1987. 166 p. (In Russ.)].

13. Рубинштейн СЯ. Экспертиза и восстановление трудоспособности после военных травм мозга. В кн.: Гращенко НН, редактор. Неврология военного времени. Москва: Изд-во АМН СССР; 1949. С. 294-308.

[Rubinshtein SYa. Examination and rehabilitation of working capacity after military brain injuries. In: Grashchenkov NI, editor. Military Neurology. Moscow: Publishing House of AMS of USSR; 1949. P. 294-308 (In Russ.)].

14. Кожуховская ИИ. Нарушение критичности у психически больных. Москва: Изд-во МГУ; 1985. 79 с.

[Kozhukhovskaya II. Impairment of Self-Awareness in the Mentally Ill. Moscow: Publishing House of MSU; 1985. 79 p. (In Russ.)].

15. Fleming JM, Ownsworth T. A review of awareness interventions in brain injury rehabilitation. *Neuropsychol Rehabil.* 2006 Aug;16(4):474-500. doi: 10.1080/09602010500505518

16. Sherer M, Hart T, Nick TG. Measurement of impaired self-awareness after traumatic brain injury: a comparison of the patient competency rating scale and the awareness questionnaire. *Brain Inj.* 2003 Jan;17(1):25-37. doi: 10.1080/0269905021000010113

17. Ownsworth TL, McFarland KM, Young RM. Development and standardization of the Self-regulation Skills Interview (SRSI): a new clinical assessment tool for acquired brain injury. *Clin Neuropsychol.* 2000 Feb;14(1):76-92. doi: 10.1076/1385-4046(200002)14:1;1-8;FT076

18. Bivona U, Lucatello S, Costa A. Self-awareness after severe traumatic brain injury: From impairment of self-awareness to psycho-

logical adjustment. In: Cellular, Molecular, Physiological, and Behavioral Aspects of Traumatic Brain Injury. MA: Academic Press (Elsevier); 2022. P. 539-52. doi: 10.1016/B978-0-12-823036-7.00034-7

19. Mahoney D, Gutman SA, Gillen G. A Scoping Review of Self-Awareness Instruments for Acquired Brain Injury. *Open J Occupat Ther.* 2019 Apr;7(2). doi: 10.15453/2168-6408.1529

20. Bivona U, Ciurli P, Ferri G, et al. The Self-Awareness Multilevel Assessment Scale, a New Tool for the Assessment of Self-Awareness After Severe Acquired Brain Injury: Preliminary Findings. *Front Psychol.* 2020 Jul 24;11:1732. doi: 10.3389/fpsyg.2020.01732

21. Fleming J, Strong J. Self-Awareness of Deficits following Acquired Brain Injury: Considerations for Rehabilitation. *Brit J Occupat Ther.* 1995 Feb;58(2):55-60. doi: 10.1177/030802269505800204

22. Fleming JM, Strong J, Ashton R. Self-awareness of deficits in adults with traumatic brain injury: how best to measure? *Brain Inj.* 1996 Jan;10(1):1-15. doi: 10.1080/026990596124674

23. Crosson B, Barco PP, Vellozo CA, et al. Awareness and compensation in postacute head injury rehabilitation. *J Head Trauma Rehabil.* 1989 Sep;4(3):46-54. doi: 10.1097/00001199-198909000-00008

24. Simmond M, Fleming J. Reliability of the self-awareness of deficits interview for adults with traumatic brain injury. *Brain Inj.* 2003 Jan;17(4):325-37. doi: 10.1080/0269905021000013219

25. Fleming JM, Strong J, Ashton R. Cluster Analysis of Self-Awareness Levels in Adults with Traumatic Brain Injury and Relationship to Outcome. *J Head Trauma Rehabil.* 1998

Oct;13(5):39-51. doi: 10.1097/00001199-199810000-00006

26. Новик АА, ИONOBA ТИ. Языковая и культурная адаптация опросника оценки качества жизни. В кн.: Шевченко ЮЛ, редактор. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. Москва: ОЛМА Медиа Групп; 2007. С. 57-61.

[Novik AA, Ionova TI. Language and cultural adaptation of the quality of life questionnaire. In: Shevchenko YuL, editor. Guidelines for Studying Quality of Life in Medicine. Moscow: OLMA Media Grupp; 2007. P. 57-61 (In Russ.)].

27. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *Spine.* 2000 Dec;25(24):3186-91. doi: 10.1097/00007632-200012150-00014

28. Kottner J, Audige L, Brorson S, et al. Guidelines for Reporting Reliability and Agreement Studies (GRRAS) were proposed. *J Clin Epidemiol.* 2011 Jan;64(1):96-106. doi: 10.1016/j.jclinepi.2010.03.002

29. Serdar CC, Cihan M, Yücel D, Serdar MA. Sample size, power and effect size revisited: simplified and practical approaches in pre-clinical, clinical and laboratory studies. *Biochem Med (Online).* 2021 Feb;31(1):27-53. doi: 10.11613/BM.2021.010502

30. Kersey J, Juengst SB, Skidmore E. Effect of Strategy Training on Self-Awareness of Deficits After Stroke. *Am J Occupat Ther.* 2019 May;73(3):7303345020p1-7. doi: 10.5014/ajot.2019.031450

31. Winkens I, Prinsen A, Meijerink A, et al. Psychometric evaluation of the Self-Awareness in Daily Life-3 Scale (SADL-3) for the assessment of self-awareness after acquired brain injury. *Brain Inj.* 2019 Apr;33(5):598-609. doi: 10.1080/02699052.2019.1566969

Поступила / отрецензирована / принята к печати

Received / Reviewed / Accepted

14.01.2025 / 27.03.2025 / 28.03.2025

Заявление о конфликте интересов / Conflict of Interest Statement

Исследование не имело спонсорской поддержки. Конфликт интересов отсутствует. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.

The investigation has not been sponsored. There are no conflicts of interest. The authors are solely responsible for submitting the final version of the manuscript for publication. All the authors have participated in developing the concept of the article and in writing the manuscript. The final version of the manuscript has been approved by all the authors.

Варако Н.А. <https://orcid.org/0000-0002-8310-8169>

Ковязина М.С. <https://orcid.org/0000-0002-1795-6645>

Юсупова Д.Г. <https://orcid.org/0000-0002-5826-9112>

Зимин А.А. <https://orcid.org/0000-0002-9226-2870>

Зайцев А.Б. <https://orcid.org/0000-0003-3774-3070>

Даминов В.Д. <https://orcid.org/0000-0001-7141-6052>

Сандалова Ю.А. <https://orcid.org/0009-0007-8077-2121>

Пирадов М.А. <https://orcid.org/0000-0002-6338-0392>

Супонев Н.А. <https://orcid.org/0000-0003-3956-6362>

ОПРОСНИК ДЛЯ ОЦЕНКИ КРИТИЧНОСТИ К НАРУШЕНИЯМ (ООКН)

Инструкция: задайте пациенту вопросы и запишите ответы. В качестве альтернативы может проводиться аудиозапись. В тех случаях, где необходимо оценивать степень критичности пациента, попросите его отвечать на вопросы подробнее. По завершении опроса используйте руководство по подсчету баллов для оценки уровня критичности по трем шкалам. В спорных случаях для определения точности самооценки ответы пациента можно сравнить с ответами близких людей из списка вопросов.

Общая сумма баллов по опроснику может составлять от 0 до 9. Чем больше сумма баллов, тем выше

степень нарушения критичности. Баллы по субшкалам распределяются следующим образом:

- 0 — критичность не нарушена;
- 1 — незначительное нарушение критичности;
- 2 — умеренное нарушение критичности;
- 3 — грубое нарушение критичности.

Примечание. Вопросы могут быть адаптированы или переформулированы в контексте беседы; также для получения дополнительной информации могут быть использованы темы для обсуждения, при условии что суть вопросов остается неизменной.

1. Критичность к нарушениям

- Есть ли разница между Вашим состоянием до травмы/болезни и после нее? Есть ощущение, что Вы и Ваши возможности как-то изменились?
- Ваши близкие замечают, что после травмы/болезни Вы как-то изменились? Какие именно изменения они замечают?
- Какие проблемы у Вас возникли после травмы / начала болезни? Над чем Вам необходимо работать в первую очередь? Что в первую очередь надо восстановить?

Возможные темы для обсуждения:

- Физические способности (например, движения рук и ног, равновесие, зрение, выносливость).
- Память.
- Нарушение ориентировки.
- Концентрация.
- Решение проблем, принятие решений, организация и планирование действий.
- Регуляция поведения.
- Общение.
- Способность ладить с окружающими.
- Изменились ли Вы как личность?
- Любые другие проблемы.

2. Критичность к функциональным последствиям нарушений

- Влияет ли травма головного мозга / болезнь на Вашу повседневную жизнь? Каким образом?

Возможные темы для обсуждения:

- Возможность жить самостоятельно.
- Управление финансами.
- Забота о семье / ведение домашнего хозяйства.
- Вождение автомобиля.
- Работа/учеба.
- Досуг / общественная жизнь.
- Есть ли другие области жизни, которые, по Вашему мнению, изменились / могут измениться?

3. Способность ставить реалистичные цели

- Чего Вы надеетесь достичь в ближайшие 6 мес? Есть ли у Вас цели? Какие именно?
- Как Вы думаете, чем Вы будете заниматься через полгода? Как Вы думаете, где Вы будете?
- Как Вы думаете, травма головы / болезнь по-прежнему будет оказывать влияние на Вашу жизнь через 6 мес?
- Если да, то каким образом?
- Если нет, почему Вы в этом уверены?

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ

Приведенные ниже рекомендации по оценке результатов должны использоваться только в качестве общего руководства и применяться в тех случаях, когда эксперт не уверен, следует ли классифицировать нарушение критичности как незначительное, умеренное или грубое.

1. Критичность к нарушениям

0 баллов Пациент сообщает о когнитивных/психосоциальных проблемах (при их наличии) в ответ на общий вопрос или легко признает существование таких проблем в ответ на конкретный вопрос.

1 балл Пациент сообщает о некоторых когнитивных/психосоциальных проблемах, но остальные проблемы отрицаются или преуменьшаются. Может обнаруживаться тенденция к фокусированию на относительно незначительных физических изменениях (например, шрамах) и признанию когнитивных/психосоциальных проблем только в ответ на конкретные вопросы.

2 балла Пациент признает только физические нарушения, при этом отрицает или преуменьшает когнитивные/психосоциальные изменения либо не уверен в них. Может осознавать проблемы, возникшие на более ранней стадии, но при этом отрицает наличие сохраняющихся нарушений либо может заявлять, что другие люди отмечают их наличие, но он с ними не согласен.

3 балла Пациент не признает наличия каких-либо нарушений (кроме очевидных физических) или отмечает только искусственно установленные ограничения, например запрет на вождение автомобиля, запрет на употребление алкоголя.

2. Критичность к функциональным последствиям нарушений

0 баллов Пациент точно описывает текущий функциональный статус в разных сферах деятельности (самостоятельная жизнь, работа/учеба, отдых, ведение домашнего хозяйства, вождение автомобиля) и отмечает связанные с травмой головного мозга / болезнью проблемы, которые ограничивают ту или иную функцию, и/или называет какие-либо компенсаторные меры, принятые для преодоления таких проблем.

1 балл Пациент сообщает о некоторых функциональных последствиях в ответ на вопросы или приведение примеров проблем, связанных с самостоятельной жизнью, работой, вождением автомобиля, досугом и т. д.

2 балла

3 балла

0 баллов

1 балл

2 балла

3 балла

При этом он может быть не уверен в наличии других вероятных проблем, например потому, что еще не пробовал заниматься конкретным видом деятельности после травмы / начала болезни.

Пациент может признавать некоторые функциональные последствия нарушений, но сводит к минимуму важность выявленных проблем. Другие вероятные функциональные последствия могут активно отрицаться.

Пациент почти не признает функциональных последствий нарушений, отмечает только искусственно установленные ограничения/запреты. Может активно игнорировать медицинские рекомендации, ограничивающие рискованное поведение, например употребление алкоголя, вождение автомобиля.

3. Способность ставить реалистичные цели

Пациент ставит достаточно реалистичные цели и признает, что травма головного мозга / болезнь, вероятно, продолжит оказывать влияние на некоторые сферы его функционирования, т. е. после травмы / начала болезни цели на будущее каким-то образом скорректировались.

Пациент ставит несколько нереалистичные цели или не может сформулировать конкретную цель, но признает, что в будущем могут возникнуть проблемы в некоторых сферах деятельности, т. е. понимает, что цели на будущее могут потребовать модификации, хотя он их еще не корректировал.

Пациент ставит нереалистичные цели или не может определить цель и не знает, как будет функционировать через 6 мес, но надеется, что вернется к дотравматическому состоянию, т. е. его цели не претерпели никаких изменений.

Пациент полностью уверен, что через 6 мес будет достигнут дотравматический (или более высокий) уровень функционирования, что не соответствует медицинскому прогнозу