

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ

АВТОНОМНАЯ НЕКОММЕРЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
"СИБИРСКИЙ ИНСТИТУТ БИЗНЕСА, УПРАВЛЕНИЯ И ПСИХОЛОГИИ"

КАФЕДРА ПСИХОЛОГИИ

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИЦ,
ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ

Выполнил: Матецкий И.Ю.

Научный руководитель: доцент кафедры психологии,

кандидат педагогических наук



Суворова Н.В.

КРАСНОЯРСК 2021

Предоставленная исследовательская выпускная квалификационная работа состоит из введения, основной части, состоящей из двух глав, приложений и списка литературных источников.

В первой главе рассматривается теоретический анализ постинсультных состояний. Психологическая характеристика лиц, перенёсших инсульт. Особенности нарушений ВПФ при повреждения мозга. Нарушения ВПФ в постинсультном периоде.

Во второй главе «Нейропсихологическое исследование при пост инсультном состоянии» представлены: нейропсихологическое исследование ВПФ при пост инсультном состоянии; интерпретация и анализ результатов исследования; рекомендации по восстановлению ВПФ постинсультном периоде. Отдельными приложениями даны методики, пробы, инструкции, таблицы для проведению исследования ВПФ.

А также выводы и заключения.

Работа состоит страниц 77 и содержит 22 литературных источника.

Содержание

Введение	4
Глава 1. Теоретический анализ постинсультных состояний.	8
1.1 Психологическая характеристика лиц, перенёсших инсульт.	8
1.2 Особенности нарушений ВПФ при повреждения мозга.	16
1.3 Нарушения ВПФ в постинсультном периоде.	24
Глава 2. Нейропсихологическое исследование ВПФ при постинсультном состоянии.	28
2.1 Нейропсихологическое исследование при постинсультном состоянии	28
2.2 Интерпретация и анализ результатов исследования	35
2.3 Рекомендации по восстановлению ВПФ постинсультном периоде.	42
Выводы.	46
Заключение.	49
Библиографический список.	51
Приложения.	54

Введение

Инсульт (лат.*insultus*<<наскок, нападение, удар>>)устар. апоплексия(на древнегреческом <<паралич>>) острое нарушение кровоснабжения головного мозга (острое нарушение мозгового кровообращения ОНМК), характеризующиеся внезапным (в течении нескольких минут, часов) появлением очаговой и/или общемозговой неврологической симптоматики, которая сохраняется более 24 часов или приводит к смерти больного в более короткий промежуток времени в следствии цереброваскулярной патологии. Ишемический инсульт встречается более чем в 80% случаев (спазм или закупорка сосудов).

Геморрагический инсульт-кровоизлияние в мозг из-за разрыва кровеносного сосуда,итающего мозг. В России число перенёсших инсульт пациентов составляет 450 000 человек в год (Гусев и др., 2013, 2015; Суслина и др., 2014; Самородская и др., 2017). А по данным академика РАН Юрия Беленкова (президент Общества специалистов по сердечной недостаточности, директор клиники госпитальной терапии им. А.А.Остроумова) выявляют 500 000 новых случаев инсульта (2020), в течении пяти лет умирают около половины пациентов. При этом только 10% перенесших инсульт возвращается к трудовой деятельности.

По данным Всемирной организации здравоохранения, инсульт занимает третье место, после болезней сердца онкологических заболеваний, среди причин смерти взрослого населения планеты. А органические поражения центральной нервной системы в период после инсульта сопровождаются тяжелыми функциональными дефектами, приводящими к двигательным и когнитивным нарушениям, которые, в свою очередь, обуславливают наступление инвалидизации, социальной и психологической дезадаптации больных (Григорьева 2004; Суслина и др., 2014; Стаковская, Котов, 2014; Парfenov, Хасанова,

2012; Чуканова, 2017;) . По прогнозам медиков весьма вероятным может произойти повторный инсульт. Поэтому реабилитация и предупреждение рецидива актуальны и важны для больных перенесших инсульт.

Нейропсихологическое исследование было проведено п. Элита Красноярского края в домашних условиях. В качестве испытуемой была женщина 70 лет в постинсультном периоде (3 года после инсульта).

Цель исследования:

- исследовать сохранность высших психических функций(далее по тексту ВПФ) у лица перенесшего инсульт.
- дать рекомендации по укреплению здоровья и сохранению ВПФ.

Задачи исследования:

1. Теоретический анализ литературы постинсультных состояний.
2. Проведение нейропсихологического исследования ВПФ в постинсультном периоде: гнозис, праксис, речь.
3. Дать рекомендации по восстановлению нарушений ВПФ (гнозиса, праксиса, речи) в постинсультном периоде.

Объект исследования - особенности ВПФ у лиц, перенёсших инсульт.

Предмет исследования – ВПФ при повреждении головного мозга.

Гипотеза: предполагаем, что у пациента после перенесённого инсульта существуют нарушения ВПФ (гнозиса, праксиса, речи), эмоциональные нарушения.

Глава I. Теоретический анализ постинсультных состояний.

1.1. Психологическая характеристика лиц, перенёсших инсульт.

Инсульт является острым, тяжёлым заболеванием мозгового кровообращения, возникающий на фоне высокого давления и сосудистых заболеваний. Психофизическое постинсультное состояние больного значительно отличается от привычных до инсультных возможностей пациента. Инсульт сопровождается нарушениями Высших Психических Функций(ВПФ) таких, как речь, двигательные функции, иногда мышление, память. Нарушения речи, двигательных функций в постинсультном периоде ведёт к изменению социального статуса, снижению самооценки, приводят к социально-психологической дезадаптации, снижению эмоционального самочувствия, другим психологическим проблемам.

К концу первого месяца на основные последствия инсульта приходятся:

- двигательные нарушения - 81%
- речевые афазии - 35,9%, дизартрия - 13,4%
- когнитивные нарушения (снижение памяти, внимания, интеллекта) - 26%
- эмоционально-волевые (депрессия, снижение активности) - 20 - 60% нарушений.

Различные нарушения двигательной активности, в первую очередь влияют на поведение пациента и являются основной причиной инвалидизации. В своих работах О.С. Левин, опираясь в том числе на иерархическую теорию основателя функциональной неврологии, Х. Джексона выделяет четыре уровня двигательных нарушений:

- 1). Нарушения движений «высшего коркового уровня» (апраксия - нарушение целенаправленных движений и действий при сохранности

составляющих их элементарных движений; возникает при очаговых поражениях коры больших полушарий(часто лобно-теменных) или проводящих путей мозолистого тела). Праксис – в переводе с греческого «действие», в психологии - Высшая Психическая Функция, обеспечивающая способность совершать целенаправленные последовательные действия;

2). Нарушения движений «среднего уровня» - пирамидальный синдром (легкая форма паралича в результате патологических процессов в нервных волокнах на участках от коры головного мозга до соответствующего спинномозгового сегмента спинного мозга), мозжечковая атаксия (координаторное нарушение моторики), экстрапирамидальные синдромы – пирамидные парезы и спастичность, нарушения проводимости мотонейронов, нарушения походки;

3). Нарушения движений «ништего(периферического) уровня» (расстройства связанные с поражением краиальных нервов, контрактуры (ограничение подвижности сустава) и синкезии (непроизвольные мышечные сокращения и движения);

4). Комбинированные нарушения.

К двигательным расстройствам высшего уровня относят:

- апраксию(идеомоторную/кинестетическую);
- нарушение равновесия высшего уровня (подкорковая, лобная астазии (апраксия поддержания равновесия), синдром «заваливания»));
- абулию (нарушения побуждения к действию)
- нарушения ходьбы высшего уровня (подкорковая/лобная дисбазия, апраксия ходьбы);
- синдром «чужой» (автономной) руки;

- стереотипы (бесцельные движения, взмахи руками, раскачивания, трясение головой);
- моторное игнорирование (вид пространственного игнорирования связан с неспособностью инициировать движение в сторону противоположную поражения мозга, при сохранности восприятия стимулов в этой половине пространства сохранено).

Вторые по значимости и распространённости постинсультным дефектом являются речевые нарушения. Постинсультные речевые нарушения можно разделить на две основные группы:

1). Афазия – расстройства ранее сформированной речевой деятельности, при котором частично или полностью утрачиваются способность пользоваться собственной речью и/или понимать обращённую речь. Вызвана локальным органическим поражением речевых зон головного мозга(центр Брука и центр Вернике. Центр Брука – двигательный центр речи в задней части лобной доли, зона рече двигательных органов – моторики речи, ответственной за воспроизведение речи. Этот участок коры головного мозга управляет мышцами лица, языка, глотки, челюстей. Центр Вернике, отвечает за понимание речи, - слуховой центр речи. Это область в верхнезаднем участке височной доли. Органическое повреждение этой области влияют на способность человека воспринимать звуки речи. Дугообразный пучок соединяет зону Брука и зону Вернике) Часто системное нарушение речи, т.е. в разной степени страдает экспрессивная речь (звукопроизношение, словарь, грамматика), импрессивная речь(восприятие и понимание), внутренняя речь, письменная речь(чтение и письмо).

2). Дизартрия – расстройство организации произношения речи, связанное с поражением центрального анализатора и нарушением

иннервации мышц артикуляционного аппарата. Структура дефекта при дизартрии включает нарушения речевой моторики, звукопроизношения, речевого дыхания, голоса и просодической стороны речи (паузы слоги: долгие и краткие, ударные и безударные). При дизартрии, в отличие от афазии, ограничена подвижность органов речи (мягкого неба, языка, губ), из-за чего нарушена артикуляция.

Восстановление речевых функций после инсульта наиболее быстрыми темпами происходят в течении первого года. Помощь по восстановлению речи у больных с афазиями, развившимися после острого поражения головного мозга, оказывает логопед.

Когнитивные нарушения часто возникают после инсульта, включающие, дефицит внимания, снижение памяти, замедленность мышления и быстрота психических процессов, доходящие в ряде случаев до деменции. Внимание этому аспекту нарушений мозгового кровообращения уделяется мало, при этом когнитивные нарушения во многом определяют исход реабилитационных мероприятий и качество жизни пациента после инсульта.

Постинсультные когнитивные нарушения ухудшают прогноз, повышают смертность и риск повторного инсульта. У пациента теряется способность к умственному восприятию и переработки информации. Такие пациенты страдают невнимательностью и испытывают дефицит краткосрочной памяти, нарушается логическое мышление, способность быстрой ориентации в меняющейся обстановке, сужение круга интересов.

На когнитивном уровне понижается самооценка, появляется ощущение неуверенности и непонимания своего положения семье и социуме. Восстановление нарушенных функций в постинсультный период качественная реабилитация зависит и от усилий родственников, их ухода за пациентом, вовлечение пациента в привычную для него повседневную

жизнь, восстановление физической, психологической активности, стимуляция его социальной активности.

После острого состояния, даже если больной полностью выздоравливает, и симптомы паралича полностью исчезают, могут возникнуть различные психические и психологические осложнения. Больные могут бояться повторения приступа. Страхи могут принимать форму фобий, навязчивых страхов, связанными с сердечными или иными заболеваниями. Навязчивость страха может подпитываться депрессивным состоянием. Депрессия, в свою очередь, может поддерживаться невыносимостью своего физического состояния. Могут проявляться депрессивные реакции, часто глубокая подавленность настроения.

Реже встречаются гипоманиакальные и параноидные состояния. Человеку необходимо приспособиться к новым условиям и состояниям своего тела. Физиологические функции, как и ВПФ становятся более ограниченными по сравнению с доинсультным периодом жизни. У таких людей могут возникать состояние беспомощности, страха незащищённости, и других негативных эмоций. Это ещё больше нагружает и угнетает нервную систему. Человек может чувствовать себя, неполноценным, ненужным. Как следствие у пациентов выявляются эмоциональные, когнитивные, поведенческие нарушения.

На эмоциональном уровне человек может чувствовать себя неполноценным, испытывать состояние безысходности, растерянности, незащищённости, впадать в депрессию и апатию. Человек на поведенческом уровне может замыкаться, отстраняться, «ходить в себя», считать себя обузой для окружающих его родственников.

Эмоциональное состояние в первые месяцы после инсульта крайне нестабильное. Человек может быть плаксивым, апатичным,

раздражительным, немотивированный, гнев и негодование у него может сменяться смехом. У больных часто нарушается сон, отмечаются трудности с засыпанием. Могут возникать приступы психомоторного возбуждения. Они болезненно переживают свое состояние: ощущают стыд за свою несостоятельность, страх перед пожизненной инвалидностью, им тяжело осознавать, что теперь они беспомощны, и зависимы от родных и не могут вернуться к привычной жизни. В депрессивном состоянии могут появляться суицидальные мысли.

Важную роль в постинсультной реабилитации пациента играет психологическое сопровождение. Необходимы мероприятия по формированию мотивации для дальнейшего лечения и реабилитации: работа с психологом для снятия напряжения, занятия медитацией, переключение сознания на картины природы, прослушивание релаксационной музыки.

Один из этапов психологического сопровождения – это работа с родственниками больных. Родственникам зачастую требуется помочь в коммуникативном воздействии с больным, рекомендации по уходу

В статье "Особенности психических состояний у пациентов, перенёсших инсульт различной степени тяжести" Григорьева Н.В. на основе исследований делает выводы:

1. Пациенты, перенесшие инсульт вне зависимости от его тяжести испытывают выраженную потерю жизненной энергии и потребность в помощи, субъективные страдания пациентов носят спастический или алгический характер и имеют выраженную интенсивность.

Алгия (греч.algos–боль), общее название для болей различного происхождения и различной локализации, к ним относятся невралгии, миалгии, психалгии, и т.д.

2. Перенесенное состояние острого нарушения мозгового кровообращения сопровождается практически во всех случаях выраженными вегетативными нарушениями.

3. Пациенты со средней степенью тяжести перенесшие инсульт чаще испытывают повышенную утомляемость, нехватку сил и нуждаются в помощи, они также больше локализуют свои жалобы в эпигастральной и сердечно-сосудистой сфере, испытывая большую выраженность давления жалобы.

4. Специфика невротических состояний пациентов, перенёсших инсульт, характеризуется выраженной вегетативных нарушений и для групп с разной степенью тяжести перенесённого инсульта имеет свои особенности. Для групп с легкой степенью тяжести невротическое состояния достаточно выражены с предрасположенностью к истерическому реагированию и обсессивно-фобическим нарушениям(обсессивно-компульсивные расстройства - невроз навязчивых состояний - навязчивые мысли(обсессии) и утомительные навязчивые действия(компульсии)). Для группы со средней степенью тяжести специфика невротических состояний характеризуется достаточной выраженностью болезненных проявлений с предрасположенностью к возникновению состояний астении и невротической тревоги.

Родным и близким больного необходимо создавать благоприятную социально-психологическую обстановку для его реабилитации в постинсультный период. Своевременно выявлять ухудшение состояния, что позволяет скорректировать программу реабилитации и добиться стабилизации здоровья пациента. Необходим контроль и уход, без гиперопеки со стороны родственников.

Психологический климат в семье больных, перенёсших инсульт оказывает значимое влияние на динамику процесса реабилитации и является существенным фактором в повышении уровня адаптации больных.

Чем лучше качество психологического климата в семье с начала реабилитационных мероприятий, тем более выражены результаты адаптации и восстановления пациента.

1.2 Особенности нарушений ВПФ при повреждении мозга.

Особенности нарушений ВПФ при церебральных повреждениях головного мозга. ВПФ - сложноорганизованные психофизиологические процессы прижизненно формирующиеся социальные по своему происхождению, опосредствованные по психологическому строению и произвольные по способу осуществления(основное понятие современной психологии, введённое в отечественную психологическую науку Л. С. Выготским).

ВПФ - память, мышление, речь, письмо, счёт, движение, воображение, произвольные действия, восприятие, внимание. Нарушения ВПФ - это ухудшение или их полное разрушение. Например ухудшение памяти, внимания, речевые расстройства, расстройства движения и другие. Нарушения ВПФ очень часто происходят по следующим причинам:

1.Черепно-мозговые травмы.

2.Онкологические заболевания головного мозга, опухоли, кистообразные образования.

3.Энцефалопатии (органические поражения головного мозга различного генеза : токсического(отравление химическими веществами), гипертонического, нейроинфекционного, врождённые патологии головного мозга, сосудистые заболевания головного мозга нехватка витамина В1.)

В соответствии с теорией системной динамической локализации ВПФ (предложенной Л.С. Выготским и развитая А.Р. Лuria), при локальных поражениях головного мозга нарушается не какая-то одна психическая функция, а их совокупность, составляющая единый нейропсихологический синдром. А.Р. Лuria предложил рассматривать синдром как закономерное сочетание нейропсихологических симптомов, связанное с выпадением определённого фактора (совокупность

нейрофизиологических процессов локальных участков головного мозга). Нарушение факторов является причиной нарушения работы всей функциональной системы, обеспечивающей ту или иную психическую функцию. Фактор как определённый вид специфической деятельности отдельных зон мозга.

Понятие «Фактор»:

1. Определенный вид аналитико-синтетической деятельности специфических, дифференцированных, определенных зон мозга. (Фактор выступает как результат деятельности мозга).

2. Фактор как бы вводится в структуру психических функций; имея специфику, отражающую неоднозначную специфику зон мозга, обеспечивая реализацию одного из звеньев функциональной системы и, в следствии этого, представлен в ней как психологическая составляющая.

Целью синдромного анализа является поиск фактора, который приводит к формированию нейропсихологического синдрома.

СИНДРОМ - сочетанное, комплексное нарушение психических функций, определенных зон мозга и закономерно обусловленное выведением из нормальной работы того или иного фактора. Нарушение факторов являются причиной нарушения работы всей функциональной системы, обеспечивающей ту или иную психическую функцию. В этом смысле вводится такое понятие как **СИМПТОМ**.

СИМПТОМ употребляется в двух смыслах, составляющий этапы самой процедуры нейропсихологического обследования больного.

1. Предварительно устанавливаются в общем состоянии у больного проявления недостаточности психических функций в виде речевых расстройств, нарушений восприятия, движений и т.д.

2. Проводится целенаправленное изучение симптомов, их нейропсихологическая квалификация с установлением нарушенного фактора, лежащего в основе формирования симптома и придающего ему локальный смысл.

Анатомически нейропсихологические синдромы делят на поражения корковых отделов и синдромы поражения подкорки.

Необходимо исследовать, как нарушенные так и сохранные ВПФ у пациента, т.к. при любом органическом корковом очаге поражения одни функции нарушаются, а другие остаются сохранными. Нарушения Высших Психических Функций имеют различные проявления. Могут быть грубые расстройства ВПФ, могут существовать как незначительное патологическое ослабление или снижение уровня выполнения функций. Необходимо у пациентов исследовать моторные функции, слухомоторные координации (восприятие и воспроизведение звуковысотных и ритмических структур), кожно-кинестетические функции, зрительный гнозис, память, речь (импрессивную и экспрессивную), письмо, чтение, счет, наглядно-образное мышление, вербально-логическое мышление.

Агнозия- нарушения восприятия при локальном поражении мозга. Бывают зрительные, тактильные, слуховые.

Зрительные агнозии:

1. Предметная агнозия - больной не может узнать предмет и его изображение на картинке.

2. Цветовая агнозия - сложно соотнести цвет с определенным объектом.

3. Буквенная агнозия - вид зрительной агнозии, при которой нарушается способность синтезировать воспринимаемые буквы и/или цифры в целостный (симультанный) образ.

Речевые нарушения:

- Дизартрия — нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата. При дизартрии, в отличие от афазии, ограничена подвижность органов речи (мягкого нёба, языка, губ), из-за чего затруднена артикуляция. У взрослых дизартрия не сопровождается распадом речевой системы: нарушением восприятия речи на слух, чтения, письма. В детском же возрасте дизартрия нередко приводит к нарушению произнесения слов и, как следствие, к нарушению чтения и письма, а иногда к общему недоразвитию речи. Выявление дизартрии требует неврологического обследования, по результатам которого назначаются лечение и логопедическая коррекция.

- Алалия — отсутствие или недоразвитие речи у детей при нормальном слухе и первично сохранным интеллекте; причиной алалии чаще всего являются билатеральные повреждения коры головного мозга при родах, а также мозговые заболевания или травмы, перенесённые ребёнком в доречевой период жизни; тяжёлые степени алалии выражаются у детей полным отсутствием речи или наличием лепетных отрывков слов; в более лёгких случаях наблюдаются зачатки речи, характеризующиеся ограниченностью запаса слов, аграмматизмом, затруднениями в усвоении чтения и письма.

В строгом смысле слова алалия — полное отсутствие или достаточно выраженная дефицитарность речи (продуцирования речи или

тактильное невнимание)-поражение теменных постцентральных областей коры, и интеллектуальные расстройства, связанные с нарушением различных модально-специфических факторов. К ним относят:

- синдром поражения затылочных и затылочно-теменных отделов коры больших полушарий. Проявляются в нарушении зрительного гноэза, зрительной памяти, зрительного пространства, нарушение оптико-пространственного анализа и синтеза;
- синдромы поражения зоны ТРО (третичных височно-теменно-затылочных отделов коры). Эти нарушения приводят к трудностям ориентации во внешнем зрительном пространстве, конструктивной апраксии, расстройству наглядных мыслительных процессов;
- синдромы поражения коры теменной области мозга. В их основе лежит нарушение модально-специфических кожно-кинестетических факторов (тактильные агнозии, соматоагнозии);
- синдромы поражения конвексиальной (наружной) коры височной области мозга. Проявляются нарушениями фонематического слуха, слуховой агнозии, амузии;
- синдромы поражения коры медиобазальных (внутренних) отделов височной области коры больших полушарий. Проявляются в виде модально неспецифических нарушений памяти, сознания, эмоциональной сферы.

Нейропсихологические синдромы поражения передних отделов коры больших полушарий могут проявляться в виде двух синдромов:

-синдром поражения премоторных отделов коры, связанный с нарушением плавности, автоматизированности, последовательности движений;

- синдром поражения префронтальной области мозга: основными нарушениями здесь являются общие нарушения поведения и изменения личности больного.

Нейропсихологические синдромы связанные с поражением глубоких структур мозга:

- синдромы поражения средних неспецифических структур мозга, проявляются в виде нарушений памяти, внимания, эмоциональных процессов;

- синдромы поражения средних комиссур (комиссуры - пучки нервных волокон, идущие из одного полушария в другое и связывающие между собой симметричные участки мозга (напр. мозолистое тело). Проявляются в виде нарушения координации движений, затруднения в названии предметов, попавших в левое поле зрения, а также в форме дископии - дисграфии (синдром расщепленного мозга - недоступность письма левой рукой в сочетании с невозможностью рисовать(срисовывать) правой рукой);

-синдромы поражений глубинных полушарных подкорковых структур (базальные ганглии). В него входит широкий спектр нарушений, которые характерны для поражения как передних, так и задних отделов мозга.

Синдромный подход к анализу нарушений психических функций при локальных поражениях мозга является основным в современной нейропсихологии.

Синдромный анализ основан на трех основных положениях.

1. Синдромный анализ предполагает тщательное качественное изучение характера нарушений ВПФ (нейропсихологических симптомов). Под качественным анализом понимается определение формы

нарушения психической функции (первичного дефекта или первичного нарушения), какой характер носит наблюдаемый дефект и в силу каких причин (или факторов) этот дефект появляется, т.е. особенностей осуществления той или иной психической деятельности.

2. Синдромный анализ заключается в сопоставлении первичных расстройств, непосредственно связанных с нарушенным фактором, и вторичных расстройств, которые возникают по законам системной организации функций. Это позволяет понять структуру нейропсихологического синдрома в целом, что дает основание для топического диагноза. Первичным выступает нарушение “собственной функции” поражённого участка, которая обеспечивает нормальное протекание определенного звена функциональной системы. Вторичным (или системным) следствием данного нарушения является распад всей функциональной системы в целом.

Дифференциация нарушенных и сохранных функций - окончательный шаг к постановке топического диагноза.

1.3 Нарушения ВПФ в постинсультном периоде.

У многих пациентов перенёсших инсульт, наряду с двигательными нарушениями, развиваются различные нарушения Высших Психических Функций, наличие которых значительно затрудняет их психическую и физическую адаптацию, снижает качество жизни.

Речевые нарушения в постинсультный период жизни проявляются у многих больных. Согласно статистики к концу острого периода инсульта афазия наблюдается у 35,9% больных, дизартрия у 13,4% (Регистр инсульта НИИРАМН) О.В. Валунов. Я. Н. Кушниренко (2001, 2009) диагностировали нарушения речи к концу острого периода у 2,5% пациентов моторная афазия наблюдалась у 68,5%, сенсорная - у 7,4%, сенсо-моторная – у 4,2% пациентов перенёсших инсульт. Речевые нарушения осложняют личную, семейную, социальную жизнь человека , вызывают значительную психическую социальную дезадаптацию.

У постинсультных больных могут проявляться и другие нарушения высших психических функций:

- когнитивные расстройства, включающие дефицит внимания, снижение памяти, замедленность мышления и быстроты психических процессов, в некоторых случаях наступает деменция; эмоционально-волевые нарушения (депрессия, снижение двигательной и психической активности); развитие нейро-психо-патологических синдромов : односторонняя пространственная агнозия, нарушения схемы тела, конструктивно пространственная апрактоагнозия (сочетание двигательных расстройств (апраксия) и зрительно-пространственных нарушений(агнозия)), анозогнозия (пациент не сознает дефекты вызванные патологическим процессом);

- нарушения эмоционально-волевой сферы, поведения, позы, ходьбы, расстройства праксиса - характерны для поражения лобных

долей головного мозга (лобный синдром). В процессе адаптации постинсультного периода реабилитации важно обращать внимание на когнитивные нарушения, т.к. они значительно влияют на качество жизни, саму реабилитацию. Нарушения памяти, по данным разных авторов, наблюдаются у 23-55% больных в первые 3 месяца после инсульта. К концу первого года реабилитации количество больных с нарушением памяти уменьшается до 11-31%. По данным А. Н. Бойко с соавторами (2007) частота когнитивных нарушений у больных перенёсших инсульт достигает 68%.

Частота когнитивных нарушений наблюдается у 40-70% больных, перенёсших инсульт (по данным Димулина И.В.). Частота деменций у больных перенёсших инсульт, может достигать 26% и с возрастом имеет тенденцию к увеличению. У больных старше 60 лет риск возникновения деменции в первые 3 месяца после инсульта в 9 раз выше, чем у лиц без инсульта. У больных перенёсших инсульт, в возрасте 60-69 лет деменция развивается в 15% случаев, в возрасте 70-79 лет - в 26% случаев, старше 80 лет - в 36% случаев.

Частота умеренных когнитивных нарушений ещё большая. Повторные инсульты связаны с ещё более высоким риском развития когнитивных нарушений.

Существенную дезадаптацию могут вызывать эмоциональные расстройства. Часто сопутствуют депрессивные реакции, достигая, по данным различных исследователей, от 11 до 40,4% больных, перенёсших инсульт. По данным Ковальчука В.В., Скоромца А.А., Высоцкой М.Л. и соавторов депрессия встречается у 74,3% больных.

Лёгкие депрессивные симптомы отмечаются у 40% больных, перенёсших инсульт, а умеренные и тяжёлые у 12%. У 33% больных депрессия наблюдалась независимо от периода инсульта. Наиболее

частым нарушением в эмоционально-волевой сфере, возникающим после инсульта и влияющим на социальную реадаптацию и качество жизни больных, относится постинсультная депрессия (ПИД) и синдрома аспонтанности (общая психическая беспомощность, невозможность самостоятельного включения в выполнения какой либо деятельности, отсутствие побуждений к двигательной, психической и другим видам деятельности с ослаблением памяти, снижения интеллекта, недержание аффектов - возникает при повреждении наружной, выпуклой поверхности лобных долей мозга). По данным большинства исследователей ПИД страдают в среднем 30 - 40% больных, перенёсших инсульт /Шахпоранова, Н.В., Кадыков А.С., Кашина Е.М./

Заслуживают особого внимания эмоциональные расстройства после инсульта. Упоминалось ранее, что возможны депрессивные состояния, угнетение эмоционального фона в общей сфере поведения. Доминирование эмоций страха, незащищённости, гнева, злости, снижение уровня самооценки, обиды на себя и других людей. Апатия, печаль, тоска, грусть, безразличие к себе, жизни и окружающим и т.п.

В следствии этого реабилитационный потенциал падает, так как не хватает ни сил, ни желания для восстановления. Желание - это одно из основополагающих условий успеха реабилитации. Роль родственников в этих условиях чрезвычайно важна. Необходимо создавать больному оптимистический настрой, проявлять заботу так, что бы он не чувствовал себя обузой. И по мере возможности позволить выполнять больному элементарные операции, несмотря на то, что у опекающего получится это «быстрее, лучше, качественнее». Необходимо позволять больному проявлять самостоятельность. Если необходимо, то проводить мероприятия по коррекции эмоционального состояния, и не только

медикаментозными средствами. Обратиться к психологу, психотерапевту. Научить самостоятельной работе с аффирмациями, релаксации, аутотренингу.

В настоящее время недостаточно изучены динамика нарушений ВПФ и их обратного развития, значение медикаментозной и психологической коррекции. Мало исследована роль в развитии нарушений и последующем восстановлении ВПФ таких факторов, как локализация и размеры очага поражения, характер инсульта (инфаркт или кровоизлияние), возраст больного, наличие предшествующего инсульта. Необходимость изучения состояния ВПФ определяется важным компонентом в реабилитации больного, как личности.

Глава II. Нейропсихологические исследования ВПФ при постинсультном состоянии.

2.1. Нейропсихологическое исследование при постинсультном состоянии.

Метод системного анализа предложенные Ф. Р. Лурия являются инструментом синдромного анализа нарушения психических процессов, проверяется сохранность моторных функций, слухомоторных координаций, высших кожных кинестетических функций, зрительный гноэзис, мнестические процессы, речевые процессы, счёт, интеллектуальная деятельность. Анализируется состояние сознания, активности, состояние эмоциональной сферы, адекватности поведения.

Нейропсихологическое исследование позволяет выявить природу и механизмы нарушений функций, и организовать последующую работу по восстановлению или замещению утраченных функций.

Нейропсихологическое исследование было проведено в феврале месяце 2021 с человеком перенёсшим инсульт в июле 2019 года. Пациентка находилась на лечении в стационаре 21 день.

Испытуемая:

- Женщина 1952 года рождения, находится на пенсии.
- Образование среднетехническое. В школе и техникуме училась хорошо.
- Последнее место и должность работы -комендант общежития.
- Живёт со вторым мужем в гражданском браке. Имеет от первого брака трёх детей, дети живут отдельно своими семьями.

Имеет внуков. Детей и внуков любит. С большой благодарностью отзыается о муже и младшей дочери, которые принимали активное участие в реабилитации, в ее постинсультный период. Дочь имеет медицинское образование и практику в целительстве народными методами. Активно применяли в постинсультный период массаж и гирудотерапию.

- В детстве болела детскими болезнями, диагнозов не помнит. Медицинской карты в наличие не было.

По характеру спокойная, властная, любит занимать ведущие роли. Отношения с мужем гармоничные, взаимная забота и уважение. Внешне опрятная, доброжелательная, вежливая.

Исследование проводилось в домашней обстановке. Настроена испытуемого оптимистично настроенное. Особых жалоб с её стороны на физическое состояние не было.

С её слов, в период перед инсультом перенесла смерть близких ей людей и другие стрессовые эмоциональные события. В дневное время дома случился приступ. Муж и дочь вовремя оказались рядом и сразу отвезли в больницу к квалифицированным специалистам.

Основная жалоба на сегодняшний день ухудшение памяти и быструю утомляемость. Критика: к своей болезни и поведению относится с пониманием, адекватно. Хорошо ориентируется во времени и пространстве.

Контакт: на момент исследования находилась в ясном сознании, задания выполняла охотно, контакту доступна.

Цели и задачи исследования понимает, инструкции усваивает. На утомляемость и плохое самочувствие во время исследования не

жаловалась. Исследование проводили по 1,5 часа 3 дня. После проведения проб наблюдалось утомление, испытуемая отдыхала.

Были выбраны методики на определение доминантности полушарий головного мозга, выявление нарушений ВПФ:

- праксиса (произвольно целенаправленные действия)

- гнозиса (опознавание стимулов разной модальности)

- речи.

1. Латеральное предпочтение правая рука (доминантность левого полушария).

2. Для определения латеральных предпочтений использовали пробы на функциональную асимметрию рук, поза Наполеона - правая рука сверх.

3. "Аплодирование" - правая рука сверху.

4. В пробе переплетения пальцев рук - палец сверху правой руки.

Пробы показали доминантность левого полушария.

Исследовали сохранность зрительного, слухового, тактильного гнозиса:

- пальцевой гнозис: показ пальцев по подражанию, показ пальцев по верbalной инструкции, называние пальцев, воспроизведение позы пальцев по зрительному образцу, воспроизведение соотносительного положения рук по отношению к лицу;

- стереогнозис (тактильный): узнавание реальных предметов с помощью осязания. Предлагались реальные предметы для опознания, пациент находился с закрытыми глазами.

- зрительный гноэзис: метод описания (очки, арбуз, велосипед) - попросили представить и описать словами предметы (очки, арбуз, велосипед).

- предметный зрительный гноэзис: использовались реальные предметы, находящиеся на столе, проверялось узнавание реальных предметов; узнавание изображенных предметов; узнавание наложенных друг на друга изображений предметов (модифицированные рисунки пробы Поппельрейтера); узнавание изображений предметов с «недостающими» признаками, узнавание изображений предметов на «зашумленных» рисунках, идентификации цветов.

Испытуемая испытывала сложности с узнаванием наложенных друг на друга изображений, предметов (модифицированные рисунки пробы Поппельрейтера).

Проба узнавание изображений предметов с "недостающими" признаками: Предъявили 6 изображений набора предметов: лампочка, очки, кофейник, якорь, ножницы, ключ(не смогла опознать лампочку).

Идентификация цветов. Испытуемой предлагалось выбрать называемые цвета карандашей: красный, черный, зелёный, синий, коричневый, жёлтый. Классификация цветов по оттенкам. Испытуемой предлагалось подобрать оттенки к 3-м чистым тонам: жёлтому, зелёному, синему.

- лицевой гноэзис: узнавание знакомых лиц, идентификация фотографий незнакомых лиц по заданному образцу, идентификация предметных изображений в условиях интерференции.

Исследования функций праксиса:

- идеомоторный праксис: действия с реальными предметами, действия с воображаемыми предметами, выполнение символических действий;
- конструктивный праксис: складывание из палочек пообразу 3х фигур (использовались спички);
- динамический праксис: проба «кулак - ладонь - ребро» по зритальному показу ;
- пространственный праксис: Проба Хэда (повторение за психологом положения рук в пространстве);
- оральный праксис: простые движения губ и языка, символический оральный праксис (действия без предметов и объектов).

Пробы на исследования схемы тела:

- право-левая ориентировка (показать правую, затем левую руку);
- показ пальцев по подражанию; показ пальцев по вербальной инструкции; называние пальцев.

Пальцевый гноэзис:

- воспроизведение позы пальцев по зритальному образцу;
- воспроизведение соотносительного положения кистей двух рук;
- воспроизведение соотносительного положения руки по отношению к лицу.

Были проведены пробы на исследование ориентировки в реальном пространстве: определение частей света.

Пространственный гноэзис:

- пробы «зеркальные буквы» и «слепые часы».

Исследовались речевые функции:

- экспрессивная речь (устная и письменная) исследовалась с помощью беседы (спонтанная речь) и диалогическая речь (метод коротких вопросов и ответов), автоматизированная речь (произнесение цифрового ряда от 1 до 10 и обратно, называние дней недели, месяцев), повторная речь (повторение звуков, дизъюнктивных пар, серий звуков), активная речь (называние предметов по предметным картинкам, понимание и название частей тела - нос, глаз и т.д.).

- фонематический слух - "Повторяй за мной" - "Б-П, С-З, Ба-Па, Ра-Ла, Да-Та-Да, Ба-Бу-Бо.

- речевая артикуляция - "Повторяй за мной" - повторение звуков и слов.

- письмо - написание предложений и отдельных слов.

- чтение - чтение простых и наложенных букв. Прочтение рассказа.

- импресивная речь исследовалась в процессе нейропсихологического исследования (с помощью метода понимания и выполнения верbalных инструкций, понимания обращенной речи, понимания логико-грамматических конструкций).

Исследовали письмо и чтение. Испытуемому предлагается текст для прочтения, предлагалось написать на листе слово по вербальной инструкции.

Практически со всеми тестовыми заданиями исследования гноэзиса и праксиса испытуемая справилась.

Исследовали интеллектуальную деятельность методами:

2.2 Интерпретация результатов исследования

Проведя нейропсихологическое исследование и проанализировав полученные данные мы получили такие результаты:

- пробы на выявление латеральных предпочтений показали:
- доминирующая рука -правая;
- доминирующая нога -правая;
- доминирующее полушарие -левое.

Характеристика гностических процессов:

при исследовании гностических функций нарушений у испытуемой не выявлено, предметы описывает правильно, нет затруднений в опознавании портретов писателей; правильно идентифицирует цвета; узнаёт предметы с закрытыми глазами, называет их материал и структуру (мягкий, шероховатый, гладкий); на зашумлённых рисунках испытывала затруднения в распознавании предметов; показывает и называет пальцы по подражанию, по верbalльной инструкции; воспроизводит позы пальцев по зрительному образцу; правильно воспроизводит положение руки относительно лица.

Характеристика праксиса:

нарушений функций праксиса не выявлено: - динамический праксис (в пробе «кулак- ребро –ладонь») левой рукой был несколько затруднён, правой выполнен правильно, но в начале пробы наблюдались затруднения (после тренировки с заданием справилась);

простые примеры на сложение и вычитание, правильно повторяла звуки. Правильно читала текст. Правильно и свободно писала текст.

Интеллектуальные характеристики.

Под интеллектом понимают способность сопоставлять информацию, находить общее и различия, выносить суждения и умозаключения.

Применялись метод «Исключение лишнего», понимание поговорок и выражений, сравнения понятий. Были допущены ошибки в пробе «Исключение лишнего». Трудности в распознавании предметов в пробе «зашумленные рисунки». Поговорки выражения понимает верно.

В пробе «Сюжетные картинки» схематично передала смысл изображенного сюжета: мальчик разбил окно, мужчина ругает мальчика, мальчик стоит за деревом, женщина смотрит в разбитое окно.

«Простые аналогии»:

цель исследовать понимание логических связей и отношений между понятиями, а так же умение сохранять заданный способ рассуждений при решении длинного ряда разнообразных задач. Использовались таблицы стимульного материала «Простые аналогии». Подробно объяснялась инструкция задания. С заданием справилась.

«Сложные аналогии»:

цель выявить у испытуемого доступность понимания сложных логических отношений и выделение абстрактных связей. Методика состоит из 20 пар слов – логических задач, испытуемый должен

определить отношения между словами в паре, затем найти «аналог», то есть выбрать в таблице «шифр» пару слов с такой же логической связью. Время выполнения ограничено тремя минутами. С заданием не справилась.

Память и внимание:

испытуемая предъявили 10 слов(мел, сор, кон, шкаф, звук, стул, рот, лен, игла, тень), которые она должна была запомнить и воспроизвести в фиксируемом порядке после 3-4 повторений .Затем через 20 мин. Она должна была воспроизвести 8-9 слов. Испытуемая не смогла запомнить и воспроизвести более 5-6 слов в фиксированном порядке. Через двадцать минут постоянно сбивалась и воспроизвела в фиксированном порядке 4-5 слов;

-в пробе «Повторение цифр в прямом и обратном порядке» не смогла запомнить и повторить цифровые ряды после 4 ряда в прямом порядке(кратковременная память);

-методика «Оперативная память» -называлось пять чисел, испытуемая должна была их запомнить, затем в уме сложить первое со вторым, а полученную сумму записать; второе число сложить с третьим, сумму записать; третье сложить с четвертым, сумму записать; четвёртое с пятым, сумму записать. Время вычисления и выполнения 15 секунд.- оказалась для неё сложной и она отказалась от этой методики т.к путалась и не укладывалась во время отведённое на тест состояние оперативной памяти

Цель: определить состояние оперативной памяти.

Мышление

-методика «Существенные признаки» для исследования мышления (необходимо было выбрать из предложенных слов, стоящих в скобках, 2 слова, которые находятся в наибольшей связи со словом перед скобками. Пример: КУБ(углы, чертеж, сторона, камень, дерево)-углы, сторона . Из 20 примеров правильных ответов 50%.

Цель: исследовать способность к дифференциации существенных признаков предметов и явлений от несущественных, второстепенных.

- методика «Исключение лишнего». Предметный вариант: набор карточек с изображениями четырёх предметов на каждой. Из нарисованных предметов испытуемая должна исключить один предмет, а остальным дать одно название. Когда лишний предмет исключён, испытуемая должна объяснить почему она исключила именно этот предмет.

Словесный вариант: на бланке с напечатанными сериями из пяти слов четыре можно объединить в одну группу и дать ей название, а одно слово к этой группе не относится. Его нужно вычеркнуть.

Цель исследования: исследовать мышление, способность к обобщению, умение выделять главные признаки, мыслить абстрактно.

Материал для методики «Исключение лишнего» для словесного варианта;

1. Стол, стул, кровать, пол, шкаф.
2. Молоко, сливки, сало, сметана, сыр.
3. Ботинки, сапоги, шнурки, валенки, тапочки.
4. Молоток, клещи, пила, гвоздь, топор.
5. Сладкий, горячий, кислый, горький, соленый.
6. Береза, сосна, дерево, дуб, ель.

7. Самолет, телега, человек, корабль, велосипед.
8. Василий, Петр, Иванов, Федор, Семен.
9. Сантиметр, метр, килограмм, километр, миллиметр.
10. Токарь, учитель, врач, книга, космонавт.
11. Глубокий, высокий, светлый, низкий, мелкий.
12. Дом, мачта, машина, корова, дерево.
13. Скоро, быстро, постепенно, торопливо, поспешно.
14. Неудача, волнение, поражение, провал, крах.
15. Ненависть, возмущаться, негодовать, презирать, понимать.
16. Успех, неудача, удача, выигрыш, спокойствие.
17. Смелый, храбрый, решительный, злой, отважный.
18. Футбол, волейбол, хоккей, плавание, баскетбол.
19. Грабёж, кража, землетрясение, поджог, нападение.
20. Карандаш, ручка, рейсфедер, фломастер, чернила.

Неверные ответы и ее объяснения: 2. молоко («все остальные слова на букву «С»);

3. Валенки («зимняя обувь»); 5. Затруднилась отвечать; 15. Понимать;
16. Неудача («потому что остальные ответы-хорошо», а неудача -плохо).
20. Карандаш («твёрдый грифель, остальные предметы связаны с чернилами»).

Вывод: в ходе проведённого исследования у пациентки Высших Психических Функций было выявлено: гностические и практические функции у испытуемой сохранены, произвольное внимание не нарушено, переключается с одного задания на другое. Речь чёткая, разборчивая, иногда замедленная(вспоминает слова).

Интеллект: и в логическом понимании общих признаков предметов (проба «Исключение лишнего»), трудности распознавания предметов в «зашумлённых рисунках». С заданием «простые аналогии» справилась. С заданием «Сложные аналогии» не справилась: тяжело понимала инструкцию, сложно понимала аналогии логических связей и в итоге отказалась выполнять задание.

Память и внимание. Выявили: явное ослабление оперативной памяти, ослабление краткосрочной памяти и внимания (методика «10 слов», методика «повторение цифр в прямом и обратном порядке» тесты Вексслера), мышления («сложные аналогии»).

В эмоциональной сфере выявили (с ее слов и методом кинезиологических проб по Рой Мартина) тревожность и страх перед возможностью повторного инсульта.

Таким образом у испытуемой мы обнаружили лёгкие когнитивные расстройства: памяти, интеллекта.

2.3 Рекомендации по восстановлению ВПФ в постинсультном периоде.

Эффективность и длительность реабилитации зависит от степени поражения головного мозга, возрастных возможностей организма и индивидуальных особенностей человека. В период нейропсихологической реабилитации необходим комплексный подход. Необходимо уделять внимание когнитивным функциям, психологическому состоянию, эмоциональной сфере, необходима разъяснительная работа с близкими и родственниками пациента.

Удельная доля и конкретное содержание каждого направления может различаться и зависит от особенностей заболевания пациента, когнитивного дефицита, личностных особенностей, специфики его социальной ситуации и т.д. однако каждый вид работы является необходимым звеном процесса нейропсихологической реабилитации.

По данным проведённого нейропсихологического исследования можно дать рекомендации: данной пациентке необходимо всестороннее обследование у невролога, для выяснения нарушений повреждения структур головного мозга, что поможет составить программу поддержания оптимального уровня здоровья и не допустить повторения инсульта.

Общие рекомендации для лиц перенёсших инсульт:

- соблюдение режима дня. Спать ночью не менее 7-8 часов, днем бодрствовать. Возможен после обеденный сон не более 1 часа.
- правильное, сбалансированное питание, способствующее работе клеток головного мозга, с необходимым набором витаминов и аминокислот, повышающие иммунитет;
- прогулки на свежем воздухе;

- массаж конечностей для улучшения кровообращения;
- помощь и поддержка родных;
- дыхательная гимнастика;
- комплекс упражнений для постинсультных больных;
- упражнения для развития моторных навыков;
- общение и мероприятия улучшающие эмоциональное состояние пациента (концерты, хобби, любимые люди);
 - для развития и поддержания памяти и интеллекта: читать книги, решать кроссворды, заучивать стихи;
- получить консультацию у невролога и психотерапевта по медикаментозной поддержке когнитивных функций;
- арттерапия;
- занятия медитацией;
- эмоциональный баланс по методике Рой Мартина;
 - в мире получило развитие и применение канально-меридиональные методики восстановления здоровья на основе китайской народной медицины, иглоукалывание (В.Г. Вагрилик «АККУПУНКТУРА». Основы традиционной восточной рефлексодиагностики и пунктурной адаптационно-энергезирующей терапии: ци-гун>-РОССИЯ).

В настоящее время все больше получает популярность метод психологической коррекции эмоционального состояния предложенный психотерапевтом Рой Мартина. Метод заключается в стимуляции точек аккупунктуры меридианов и энергетических каналов на лице и теле, с одновременным проговариванием позитивных аффирмаций. Существуют определенные точки энергетических каналов связанные

с конкретным эмоциональным состоянием человека, с проявлением конкретной эмоции. Пальцевая стимуляция этих точек на теле и лице с одновременным проговариванием аффирмаций приводит в баланс эмоциональное состояние человека, создаёт новые паттерны психологического восприятия реальности и поведения. Точки и аффирмации даны в приложении.

Методика:

Инструменты :

-- ТЛ(терапевтическая провокация) – постановка пальцев пациента на какую -либо часть тела для проверки ответа ИМ(усиление или ослабления тонуса); - ИМ (индикаторная мышца)-любая нормотоничная мышца, тонус которой ЦНС ослабляет на 6 секунд в результате провокации-сближения мышечных веретен к центру;

- ПРОВОКАЦИЯ – постановка пальцев терапевта, магнита, камертона на орган , мышцу, зону прохождения нерва, меридиана, сосуды, и в данном исследовании на точки соответствующие определенным психофизическим эмоциональным состояниям;

- ММТ (мануально-мышечное тестирование) – использование ИМ, ТЛ, ПРОВОКАЦИИ для определении дисфункций организма и в данном исследовании преобладании в эмоциональной сфере тех или иных негативных эмоций активно влияющих на психофизическое состояние пациента.

Инструкция. 1. Находим, нормотоничную мышцу(обычно дельтовидную, можно использовать любую другую М). затем делаем ТЛ или ПРОВОКАЦИЮ на точки соответствующих эмоциональных проявлений(смотри в приложении). Если ИМ при этом ослабляется, делаем вывод о патологическом влиянии соответствующей эмоции. Составляем карту негативных эмоций.

2. Составляем аффирмацию для каждой точки негативных эмоций.

Включаем в аффирмацию утверждения: «я люблю и принимаю себя с ... (называется эмоция)», « я люблю и принимаю себя, даже если я не буду испытывать(ощущать)...(называем эмоцию)», и «теперь я выбираю на самом глубоком уровне сознательного и бессознательного отпустить ... (называется эмоция) и «я выбираю на самом глубоком уровне ..(проговариваем положительные эмоции)». Проговаривание аффирмаций происходит с одновременной стимуляцией эмоциональных точек.

Пример. «Я люблю и принимаю себя на самом глубоком уровне со всем своим ужасом, незащищённостью, страхом, и паникой, которые я испытала в течении жизни, как с самого рождения, и до рождения, и по сегодняшний день. Я люблю и принимаю себя на самом глубоком уровне даже, если я не буду испытывать, ощущать, чувствовать, ужас, незащищённость, страх и панику. И теперь я выбираю отпустить мои ужас незащищённость, страх, панику. И я выбираю безусловную любовь, мир, радость, счастье в душе и теле. Я выбираю чувствовать себя защищённой, уверенной, гармоничной... здесь, сейчас и всегда в будущем и даже если есть внутренние или внешние препятствия этому! На приёме пациент повторяет аффирмацию за терапевтом. Аффирмации даются пациенту, чтобы он повторял их дома.

Выводы:

Синдромный подход к анализу нарушений высших психических функций при локальных поражениях мозга является основным в современной нейропсихологии. Восстановительный период после перенесённого инсульта - это сложный и длительный процесс. Может продолжаться на протяжении всей оставшейся жизни человека. У значительной части больных, перенёсших инсульт, развиваются различные нарушения высших психических функций, наличие которых может значительно затруднить их психическую и социальную реадаптацию, снизить качество жизни.

Квалифицированная и своевременная помощь специалистов, правильно проведённое медицинское обследование, постановка диагноза, повреждённых структур головного мозга, логопедов, специалистов лечебной физкультуры помогает верно подобрать восстановительные мероприятия повреждённых функций организма.

Правильно организованная нейропсихологическая диагностика и реабилитация больных, включающая восстановительное обучение, позволяет вернуть человека не только в окружающую его среду, но сделать его трудоспособным.

После проведённого нейропсихологического исследования, с помощью наблюдения, беседы и проведённых методик было выявлено у испытуемой лёгкие когнитивные расстройства: замедление процессов мышления и интеллекта (проба «зашумлённые рисунки», «четвёртый лишний»), частично нарушения памяти и внимания (методики «10 слов», «Повторение цифр»-тест Векслера), «Оперативная память», «Существенные признаки», «Исключение лишнего».

Остальные ВПФ сохранены или восстановлены. Были даны рекомендации по мероприятиям улучшающие память и речь (решение кроссвордов, чтение книг и пересказ отдельных глав и страниц, декларация стихов, поговорок, скороговорок).

Были даны схемы и точки воздействия для улучшения и регулировки психоэмоциональной сферы и физического состояния.

Важное значение в постинсультный период имеет поддержка родных и близких, желание самого больного настроится на активную работу, связанную с реабилитацией и восстановлением утраченных функций. Квалифицированная и своевременная диагностика и помощь специалистов, проведение медицинского обследования, постановка диагноза, повреждённых структур головного мозга, логопедов и специалистов лечебной физкультуры в дальнейшем облегчает правильно подобрать восстановительные мероприятия для повреждённых функций организма.

Обязательная диагностика постинсультных состояний для предупреждения повторных случаев инсульта :

- контроль уровня артериального давления, изменения динамики артериального давления, с целью предупреждения развития гипертонии;
- исследование состояния крови, анализ показания сахара (в динамике);
- проведение эхокардиограмм, для оценки состояния сосудов сердца и мозга;
- магнитно-резонансную томографию;

- проверка проходимости венозных столбов более мелких сосудов в районе шеи;
- консультации у психотерапевта и психолога;
- проведение мероприятий улучшающих мозговое кровообращение;
- консультации у иглорефлекстерапевта, гирудотерапевта, невролога.

Заключение.

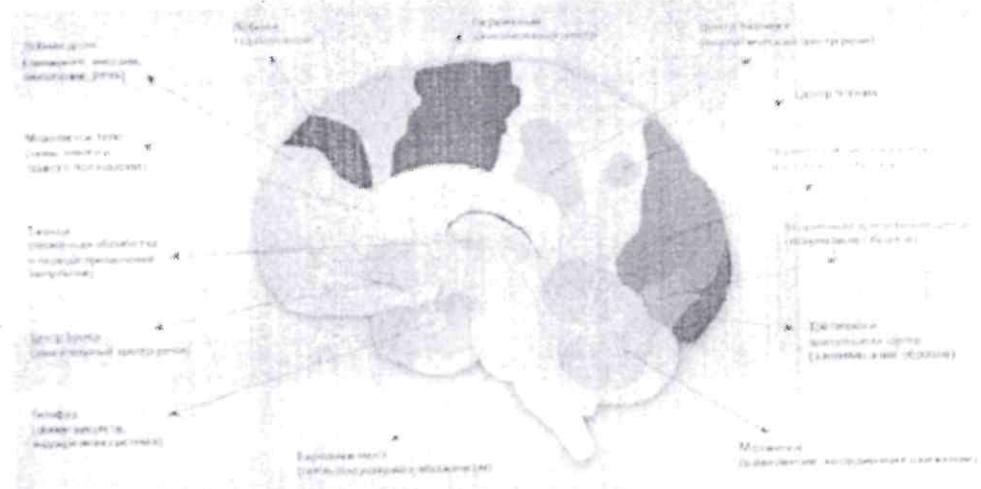
В соответствии с заданной цели и задачам исследования был проведён теоретический анализ психологической и медицинской литературы по инсультным состояниям, определены ключевые моменты нейропсихологического исследования. В данном исследовании рассмотрели высшие психические функции в постинсультный период—гноэзис, праксис, речь, память, сохранность интеллекта.

В рамках данного исследования, на основе нейропсихологических методик выявили нарушения ВПФ у испытуемой, даны рекомендации для поддержания и реабилитации здоровья ВПФ.

Было проведено практическое исследование высших психических функций у постинсультной пациентки. Исследование проводилось по месту жительства испытуемой в посёлке Элита Красноярского края. На основании обобщения результатов проведённого нейропсихологического исследования и их интерпретации были сделаны следующие выводы: у испытуемой нарушения двигательной активности не выявлены. Гноэзис и праксис не нарушены, речевых нарушений не обнаружили. Имеются нарушения памяти, частичное снижение интеллектуальных способностей (вероятно последствия инсульта на фоне возрастных изменений структур головного мозга).

Были даны рекомендации по поддержанию здоровья и памяти.

Этот принцип указывает на взаимодействие определенных групп высших психических функций и их определенный способ локализации — не изолированной, а системной.



Библиографический список:

1. Клиническая психология : учебник / Под ред. Б. Д. Карвасарского.—СПб. : ПИТЕР, 2002. —960 с. (Серия<< Национальная медицинская библиотека >>)
- 2.Лурия А. Р. Функциональная организация мозга// Естественно-научные основы психологии/Под ред. А.А. Смирнова, А.Р. Лурия,В.Д.Ребылицина- М :Педагогика, 1978.с109-139(Электронный ресурс)Текст//Режим доступа:<http://www.ido.rudn.psychologyp/psychophysiology/ch>
- 3.В.Г. Вогралик, М.В. Вогралик. АККУПУНКТУРА. Основы традиционной восточной рефлексодиагностики иpunktурной адаптационно-энергезирующей терапии: ци-гун.-336 стр.
4. Вассерман. Л.И. Методы нейропсихологической диагностики. Практическое руководство/ Л.И. Вассерман, С.А. Дорофеева, Я.А.Меерсон.-СПб.: Издательство «СТРОЙЛЕСПЕЧАТЬ», 1997. – 304 с.
5. Бизюк. А.П. Основы нейропсихологии. Учебное пособие.- СПб.: Речь. 2005.- 293 с.
6. Визель, Т,Г, Основы нейропсихологии : учеб.для студентов вузов/ Т.Г.Визель.- М.: АСТ Астрель Еранзиткнига, 2005.- 384с.- (Высшая школа).
7. Классификация нарушений мышления по Б.В. Зейгарник.Медицинская психология: новейший справочник практического психолога[Текст]/ Сост. С.Л. Соловьева, М., «Аст»; СПб, «Сова». 2007. С.89-96.
- 8.Рой Мартина<< Искусство эмоционального баланса >>пер. с англ. Воскречан Г.-СПб.: Будущее земли. 2009.-320с

9.Григорьева Н.В. Особенности психических состояний у пациентов, перенесших инсульт различной степени тяжести//Современные проблемы науки и образования.-2015.-№5.;

10. Карвасарский, Б.Д. Клиническая психология [Текст] : учебник / Б .Д. Карвасарский.- СПб. : Питер, 2002.- 960 с. (Серия «Национальная медицинская библиотека2).

11.Шахпоранова, Н.В. Постинсультные нарушения высших психических Функций: феноменология, прогноз, реабилитация; Медицинские Диссертации/ Режим доступа:

<http://medicaldiss.com/medicina/postinsultnye-vysshih-funktsiy-fenomenologiya-hrognoz-reabilitatsiya>

12. Цветкова, Л. С. Восстановление высших психических функций (после поражения головного мозга) : Учебник для студентов высших учебных заведений [Текст]/ Л.С. Цветкова. – М.: Академический проспект,2004.-384 с.

13. Хомская, Е. Д. Нейропсихология: 4-е издание [Текст]/ Е.Д. Хомская.-СПб.: Питер. 2005.—496 с: ил.—(Серия «Классический университетский учебник»).

14. Менделевич, В.Д. Клиническая и медицинская психология: Практическое Руководство [Текст] / В.Д. Менделевич.—М.: МЕД пресс, 2001—592 с.

15. Попова, Ю.С. Инсульт. Самые эффективные методы лечения [Текст]/ Ю.С. Попова.—СПб.: Издательство «Крылов», 2014.-128 с.

16. Основы клинической психологии/ Режим доступа:
<http://bookap.info/genpsy/osclin/g124.shtm>

17.Варако, Н. А. Нейропсихологическая реабилитация после инсульта. Некоторые необходимые составляющие

нейропсихологической Реабилитации постинсультных больных/ Варако, И.С. Куликова, В.Д. Даминов.-М. ФГУ «НМХЦ им.Н.И Пирогова Росздрава»/ Режим доступа:<http://medical-diss.com/medicina/postinsultnye-narusheniya-vysshem-funksiy-fenomenologiya-prognoz-reabilitatsiya#ixzz4jxyEKFPu>

18.Лурия, А.Р. Основы нейропсихологии / А.Р. Лурия.- 8-е изд. М. : Академия. 2013. -384 с.

19. Виленский Б.С., Тупицын Ю.А. Аффективно-эмоциональные нарушения, осложняющие инсульт // Неврол. журн. -2003. -Т.8, №2, -с.23-26.

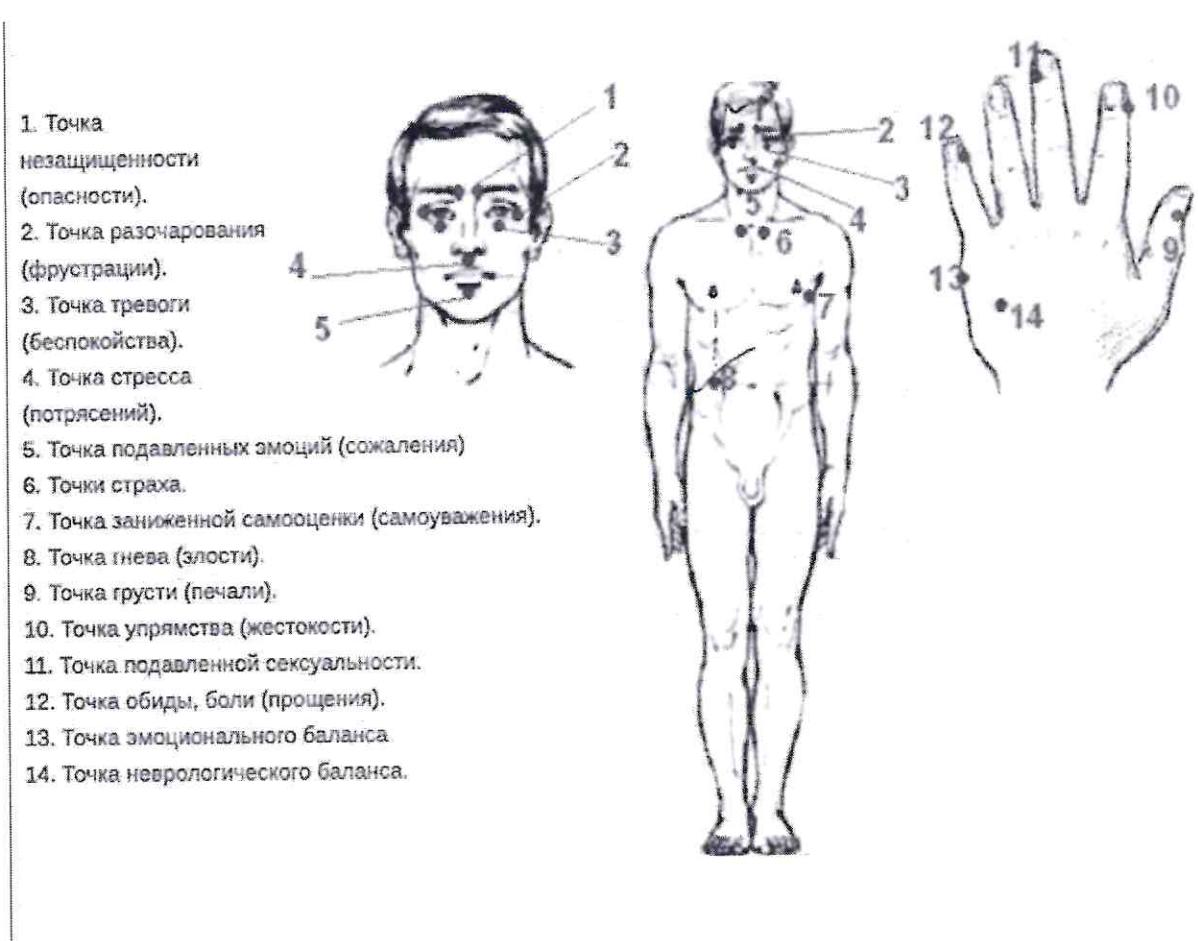
20. Герасименко Н.Ф. Сверхсмертность населения – главная демографическая проблема России в контексте европейских тенденций здоровья. Здравоохранение РФ, 2009, № 3,- С. 4-10.

21. Гусев Е.И., Скворцова В.И. Ишемия головного мозга – М.: Медицина, 2001. – 326 с.

22. Джон Ти. Д.Х., Мэттью Ти . М.Пед Целебное прикосновение. Полный курс. Практическое руководство для достижения природного здоровья при помощи акупунктуры и массажа.//институт кинезиологии. 2017 -с.442

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Точки эмоционального баланса для снятия психологического напряжения и ослабления негативных эмоций(их названия).



ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Соответствие эмоций точкам эмоционального баланса
по Рой Мартина.

Расположение точек по Рой Мартину		Эмоция
1		Незащищенность, опасность, ужас, испуг
2		Разочарование, несдержанность, вспыльчивость, раздражительность, неприязнь
3		Тревога, беспокойство, озабоченность, забота
4		Стресс, потрясение
5		Подавленные эмоции, сожаление
6		Страх во всех проявлениях, боязливость, недоверчивость, подозрительность
7		Занизенная самооценка, неуверенность, застенчивость, стыд, робость, нерешительность
8		Гнев, злость, недовольство, уныние, брюзгливость, жестокость, зависть, мстительность
9		Грусть, печаль, скорбь, чувство потери депрессия
10		Упрямство, жесткость, высокомерие, гордыня, эгоизм, тоска
11		Подавленная сексуальность, сомнение
12		Обида, боль, прощение
12.1		Душевная боль, вина
13		Эмоциональный баланс
14		Неврологический баланс (для выстраивания нового рефлекса)

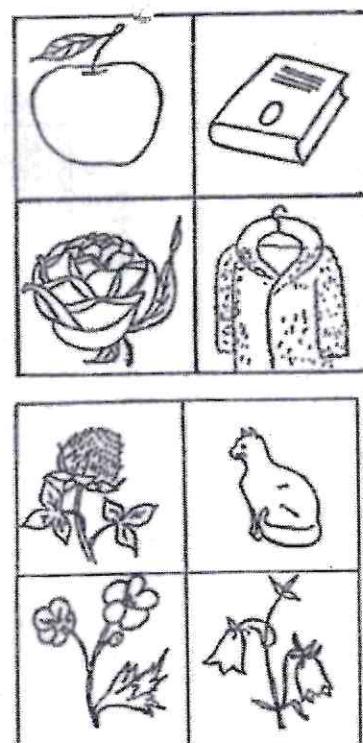
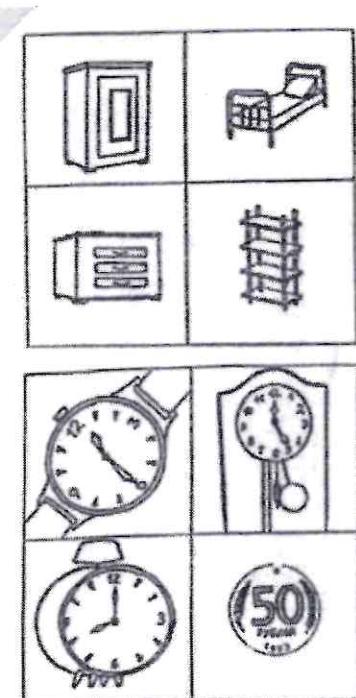
ПРИЛОЖЕНИЕ 3

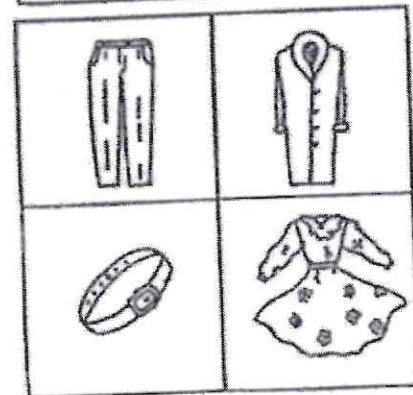
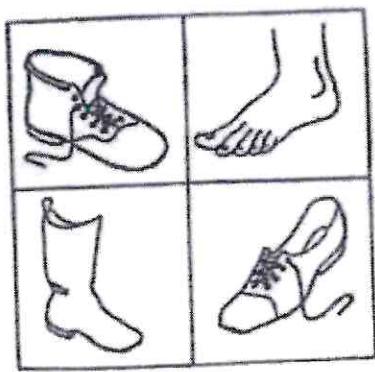
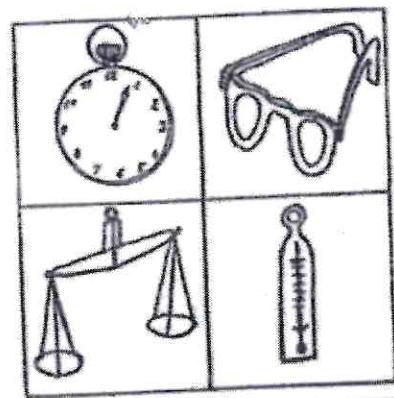
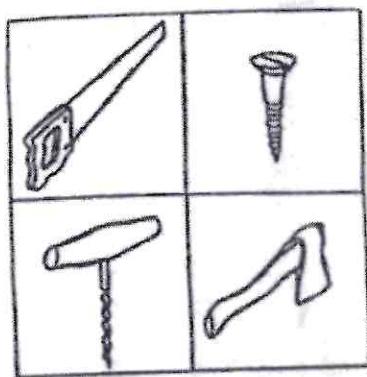
«Исключение лишнего».

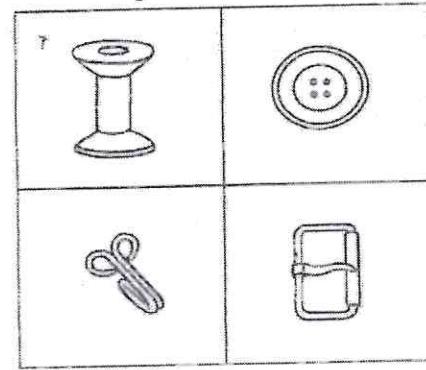
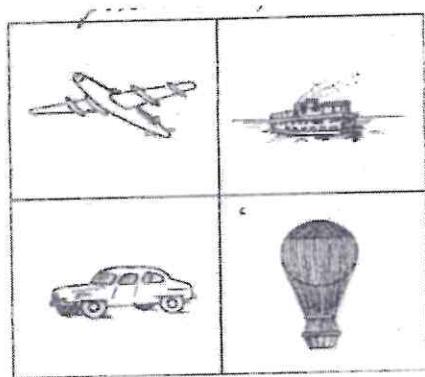
Цель: исследовать способность к обобщению и абстрагированию.
Инструкция: «посмотри на эти рисунки, здесь нарисовано 4 предмета, три из них между собой сходны, их можно назвать одним названием, а четвёртый к ним не подходит. Скажи, какой из них лишний и как можно назвать остальные три, если их объединить в одну группу».

Первое задание исследователь разбирает вместе с испытуемым. Остальные задания испытуемый решает самостоятельно. Если испытуемый затрудняется дать ответ, исследователь задаёт ему наводящий вопрос.

В протоколе записывают номер карточки, название предмета, который испытуемый исключил, слово или выражение, при помощи которого он обозначил остальные три, объяснения, все вопросы, которые ему были заданы и ответы.







X

Золотые руки
Каменное сердце
Железный характер
Медный лоб
Дырявая голова
Лесть в бутылку
Смотреть в корень
Ядовитый вопрос
Мороз по коже
Медвежий угол

стимульный материал к методике «Простые аналогии»

1	лошадь		корова
	жеребенок		настбище, рога, молоко, теленок, бык
2	яйцо		картофель
	скорлупа		курица, огород, капуста, суп, шелуха
3	ложка		вилка
	каша		масло, нож, тарелка, мясо, посуда
4	коньки		лодка
	зима		лед, каток, весло, лето, река
5	ухо		зубы
	слышать		видеть, лечить, рот, щетка, жевать
6	собака		шуга
	шерсть		овца, ловкость, рыба, удочки, чешуя
7	пробка		камень
	плавать		пловец, тонуть, гранит, возить, каменищик
8	чай		суп
	сахар		вода, тарелка, крупа, соль, ложка
9	дерево		рука

	сук	топор, перчатка, нога, работа, пазы
10	дождь	мороз
	зонтик	шапка, холода, санки, зима, шуба
11	школа	больница
	обучение	доктор, ученик, учреждение, лечение, больной
12	песня	картина
	глухой	хромой, слепой, художник, рисунок, болванка
13	ночь	стол
	сталь	вилка, дерево, стул, пища, скатерть
14	риба	муха
	сеть	решето, комар, комната, мужчина, прутами
15	птица	человек
	гнездо	люди, птенец, рабочий, зверь, дом
16	хлеб	дом
	пекарь	автомобиль, город, жилье, строительство, дверь
17	одното	ботинок
	путеводитель	портной, магазин, нога, штурм, школа
18	коса	бритья

	трава	сено, волосы, острая, сталь, инструменты
19	нога	рука
	саног	галоши, кулак, перчатка, пазы, кисть
20	вода	пища
	дождь	пить, голова, хлеб, рот, слизь
21	электричество	пар
	проводка	лампочка, ток, вода, трубы, кипение
22	паровоз	коша
	вагонка	поезд, лошадь, овес, телега, конюшня
23	железо	железо
	редкий	драгоценный, желанный, твердый, стали
24	бояться	кричать
	стоять	молчать, помирать, шуметь, звать, плакать
25	волк	птица
	пасть	волчиха, клев, словесный, яйцо, пение
26	растение	птица
	семя	зерно, клев, словесный, пение, яйцо
27	текст	библиотека

	зритель	актер, книги, читатель, библиотекарь, любитель
28	уро	зима
	ночь	мороз, день, январь, осень, сани
29	железо	дерево
	кузнец	пень, пила, столяр, кора, листья
30	нога	глаза
	костыль	галка, очки, слезы, зрение, нос

ФОРМА ПРОТОКОЛА К МЕТОДИКЕ «ПРОСТЫЕ АНАЛОГИИ»

Номер задачи	Ответ	Объяснения

ПРИЛОЖЕНИЕ 12

Тест «Сложные аналогии».

Методика направлена на выявление того, в какой мере испытуемому доступно понимание сложных логических отношений и выделение абстрактных связей. Кроме того методика правоцирует проявление резонерства у больных, склонных к нему.

Предназначена для испытуемых подросткового, юношеского возрастов и взрослых.

Методика состоит из 20 пар слов – логических задач, которые которые предлагаются решить, найти «аналог», то есть выбрать в таблице «шифр» пару слов с такой же логической связью. Время решения задания ограничено тремя минутами.

Инструкция: перед вами 20 пар, состоящие из слов, которые находятся между собой в логической связи. Примеры всех 6 типов связи и соответствующие им буквы приведены в таблице «шифр».

Вы должны определить отношения между словами в паре. Затем подобрать наиболее близкую к ним по аналогии (ассоциации) пару слов из таблицы «шифр». И после этого записать ту из букв, которая соответствует найденному в таблице «шифр» аналогу.

Стимульный материал к тесту «Сложные аналогии»

Шифр

Ключ

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Д	Б	Е	А	Е	А	Г	Е	В	Г	Д	Б	Е	А	Г	Е	В	Д	Б	В

Оценка

Оценка в баллах	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Количество правильных ответов	19	18	17	15-16	12-14	10-11	8-9	7	6

повторять. Только начинать будешь с конца , говорить в обратном порядке. Вот смотри, я, например, говорю: «один- два» (показать рукой на разный места стола), а ты скажешь: «два -один»(опять показать рукой на эти места стола, но в обратном порядке). Понятно? Давай попробуем. Внимание!»

количество цифр в последнем ряду правильно воспроизведённых при прямом счете является показателем объема кратковременной памяти. Количество цифр , правильно названных при обратном счете, - показатель концентрации внимания.

Показатель внимания меньше трех единиц при прямом и обратном счете обычно свидетельствует о наличии органического поражения мозга.

Среднее значение по возрасту:

5-7 лет – объем краткосрочной памяти равен- 3-5, внимания- 2-4 единицы.

8-9 лет – объем краткосрочной памяти 3-6 единиц (4), внимание 2-5(3).

10-11 лет – объем краткосрочной памяти равен 4-7(5), внимания 3-6(4).

12-14 лет – объем краткосрочной памяти равен 5-9(7), внимания 3-7(5)

Максимальная оценка -15 баллов.