

Автономная некоммерческая организация высшего образования
«Сибирский институт бизнеса, управления и психологии»

Кафедра психологии

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА
АНАЛИЗ ИНДИВИДУАЛЬНО – ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ У
ЛИЦ ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ

Выполнила: Мыльникова Ирина Александровна
Научный руководитель: к.п.н., доцент кафедры психологии

Суворова Наталья Владимировна



Красноярск 2017

Реферат

Выпускная квалификационная работа 31 с., источников 16, приложений 2. АНАЛИЗ ИНДИВИДУАЛЬНО – ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ У ЛИЦ ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ

Цель данной работы состоит в том, чтобы изучить высшие психические функции больного перенесшего инсульт.

Объект данного исследования - высшие психические функции больного перенесшего инсульт.

Предмет данного исследования - высшие психические функции больного перенесшего инсульт.

Теория и методология исследования - основными методами являлись:

Нейропсихологическое исследование: (Методы исследования латеральных предпочтений № 1 Опросник; Моторные асимметрии; Исследование зрительного, слухового, тактильного гнозиса; Исследование речи, Исследование интеллекта и памяти);

Методика «10 слов», методика «Шульте».

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	5
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРЫ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ	7
1.1. Этиология инсульта.....	7
1.2. Патогенез инсульта.....	7
1.3. Клиническая картина инсульта	9
1.4. Психологические особенности больных, перенесших инсульт	10
ГЛАВА 2. ОПИСАНИЕ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО	15
2.1. Нейропсихологическое исследование	15
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	22
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	26
ПРИЛОЖЕНИЕ 1	28
ПРИЛОЖЕНИЕ 2	31

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы. Инсульты являются одной из наиболее частых причин инвалидности и смертности среди населения. По данным ВОЗ, ежегодно регистрируется в разных странах мира 100-300 случаев инсульта на каждые 100 000 населения. В России этот показатель составляет 250-300 случаев инсульта в год на 100 000 среди городского населения и 170 на 100 000 - среди сельского населения. Ежегодно в России отмечается более 400 000 инсультов в год [6].

Смертность при инсульте довольно высока: в России из 100 больных в остром периоде инсульта, в первые 3 недели умирают 35-40 человек, к концу года общее число умерших достигает 52 [7].

Первичные инсульты составляют в среднем 75%, повторные - около 25% всех случаев инсульта. После 45 лет каждое десятилетие число инсультов в соответствующей возрастной группе удваивается.

Инсульт нередко оставляет после себя тяжелые последствия в виде двигательных, речевых и иных нарушений, значительно инвалидизируя больных. По данным регистра инсультов НИИ неврологии РАМН, среди выживших больных двигательные нарушения наблюдаются к концу острого периода инсульта у 85% (в том числе выраженные и грубые - у 22%), к концу первого года - у 70% (грубые и выраженные - у 12%), речевые нарушения к концу острого периода - у 36%, к концу первого года - у 18% больных [4].

В России проживает более 1 миллиона человек, перенесших мозговой инсульт, причем более 80% из них являются инвалидами [7]. Церебральные инсульты развиваются быстро, в течение нескольких минут или часов, однако восстановление утраченных функций занимает многие месяцы и годы.

В связи с этим необходимость комплексной разработки реабилитации для коррекции больных перенесших острое нарушение мозгового кровообращения определяют социальную и экономическую значимость восстановительного лечения [2, 9].

Цель исследования: изучить высшие психические функции больного перенесшего инсульт.

Задачи исследования:

1. Теоретический анализ литературы по проблеме инсульт.

2. Провести нейропсихологическое исследование больного перенесшего инсульт.

Объект исследования: высшие психические функции больного перенесшего инсульт.

Предмет исследования: высшие психические функции больного перенесшего инсульт.

Гипотеза: у больного перенесшего инсульт будут преобладать нарушения памяти и координации движения.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРЫ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ

1.1. Этиология инсульта

Инсульт, или острое нарушение мозгового кровообращения - это клинический синдром острого сосудистого поражения головного мозга.

Эпидемиологические исследования позволили выделить ряд факторов риска развития инсульта. К числу наиболее значимых факторов риска развития инсульта относятся [8]: возраст; артериальная гипертония (риск развития инсульта у больных с АД выше 160/95 мм рт.ст. повышается в 4 раза, а с АД выше 200/115 - в 10 раз по сравнению с лицами, имеющими нормальное АД; заболевания сердца (мерцательная аритмия, ИБС, гипертрофия левого желудочка, сердечная недостаточность); сахарный диабет; курение; атеросклеротический стеноз сонных артерий; гиперхолестеринемия и другие нарушения липидного обмена; транзиторные ишемические атаки в анамнезе; прием оральных контрацептивов, содержащих эстрогены более 50 мг. [5]; избыточная масса тела; недостаточная физическая активность; злоупотребление алкоголем; стрессы; наследственная предрасположенность.

1.2. Патогенез инсульта

По характеру развития нарушения мозгового кровообращения различают два вида инсультов [14]: ишемический (инфаркт мозга) и геморрагический. Ишемический инсульт включает следующие патогенетические подтипы: атеротромботические - 34%, кардиоэмбolicкие - 22%, лакунарные - 20%, гемодинамические - 15% и гемореологическую микрооклюзию - 8%, вызванные в результате ангиоспазма - 1%. К геморрагическим инсультам относят паренхиматозные, желудочковые и субарахноидальные кровоизлияния. Инфаркты мозга составляют в среднем 85%, кровоизлияния - 15% среди всех случаев инсульта [6].

При ишемическом инсульте инфаркт отдельных областей мозга возникает в результате остро развившейся в них недостаточности кровоснабжения (ишемии). Изменения ткани мозга в области инфаркта обычно проходят три стадии: 1) некроза (в среднем первые 12 часов); 2) разжижения; 3) формирования рубца с полостью, или без нее. Начало формирования псевдокисты в среднем приходится на 21-й день [11].

Полное прекращение циркуляции крови приводит в течение нескольких секунд к прекращению нейрональной электрической активности, и в течение нескольких минут к ухудшению энергетического статуса и ионного гемостаза нейронов. Если закупорка просуществует более 10 - 15 минут, то в области кровоснабжения сосуда возникают необратимые поражения клеток.

В случае неполной закупорки исход зависит от состояния резидуальной перфузии, которая в свою очередь зависит от коллатерального кровотока и местного перфузионного давления.

Полиморфизм ишемического инсульта обусловлен многими факторами: темпами формирования инфаркта мозга; размерами сосуда и протяжённостью закупорки; состоянием общей гемодинамики и артериальным давлением; состоянием коллатерального кровообращения; изменением реологических свойств крови.

При атеротромботическом инсульте, инфаркт мозга связан с нарушением целостности атеросклеротической бляшки и образованием тромба, что приводит к полному закрытию просвета сосуда или его критическому снижению.

При кардиоэмболическом инсульте источником тромбоэмболии являются различные изменения в полостях и клапанах сердца.

В развитие гемодинамического инсульта значительная роль принадлежит изменениям магистральных артерий головы или интракраниальных сосудов и факторам, вызывающим нестабильность системой гемодинамики и последующую редукцию церебральных перфузий.

Частой причиной инфаркта мозга являются изменения мелких внутримозговых артерий, характерные, прежде всего для артериальной гипертонии: плазморрагии, фибринозный некроз, облитерирующий гиалиноз. В результате развивается лакунарный инсульт с характерными морфологическими, радиологическими признаками и клиническими проявлениями [14].

Иногда в развитии ишемического инсульта приобретают самостоятельное значение изменения реологических свойств крови и гемостаза, приводящие к окклюзии микроциркуляторного русла - инсульт по типу гемореологической микроокклюзии [10].

Спазмы мозговых сосудов являются редкой причиной ишемических инсультов. Доказана их роль в развитии инфарктов, возникающих через несколько дней после субарахноидального кровоизлияния из разорвавшейся артериальной аневризмы. Вероятна роль спазма в развитии крайне редкого мигренозного инсульта [14].

1.3. Клиническая картина инсульта

Клиническая картина острых нарушений мозгового кровообращения разнообразна. Характер и выраженность общемозговых и очаговых, симптомов ишемического инсульта в первую очередь зависят от размеров и локализации инфаркта мозга. В разные годы, различными авторами были описаны клинические синдромы закупорки различных артерий или их ветвей, позволяющие довольно точно локализовать очаг сосудистого поражения. В 1998 году была описана связь различных клинических симptomокомплексов возникающих при инсультах, с размерами очага и сосудистым бассейном.

Тотальное нарушение кровообращения в каротидном бассейне обусловлено закупоркой (полной или неполной) самой внутренней сонной артерией и ее ветвей: передней мозговой, средней мозговой, передней ворсинчатой и глазничной артерий. При этом происходит огромный инфаркт в бассейне всей внутренней сонной артерии, обуславливающий развитие грубой

очаговой неврологической симптоматики (гемиплегия, гемигипестезия, при поражении левого полушария - тотальная афазия) и общемозговая симптоматика [14].

Частичное поражение каротидного бассейна так же сопровождается очаговой неврологической и общемозговой симптоматикой но в менее выраженном объеме, как при тотальном поражении.

Синдром лакунарного поражения возникает вследствие окклюзии отдельной глубинной перфорирующей артерии. Локализация инфаркта - подкорковые ядра, прилежащее белое вещество семиовального центра, внутренняя капсула, основание моста мозга. Вариантами синдромов лакунарного инсульта являются: чисто двигательный инсульт, сенсомоторный инсульт, чисто сенсорный инсульт, атаксический гемипарез, синдром дизартрии и неловкости руки, односторонние атаксии и парез стопы.

Синдромы поражения в вертебрально-базилярном бассейне включают в себя поражение черепного нерва (одного или многих), двустороннее нарушение движений и чувствительности, нарушение содружественных движений глазных яблок, мозжечковые нарушения, изолированную гемианопсию или корковую слепоту [14].

1.4. Психологические особенности больных, перенесших инсульт

Человек, как организм и личность, наиболее полно характеризуется его функциональным и социально - психологическим статусом, интегративность которого лучше всего проявляется в процессе адаптации.

Для оценки качества адаптационного процесса кроме физического потенциала важная роль придается установлению (организации) оптимального соответствия личности к окружающей среде, то есть психологической адаптации [3].

Известно воздействие психических процессов через центральную и вегетативную нервную систему на внутренние органы, которые в свою очередь, опосредовано, используя рецепторный аппарат, оказывают влияние на психику

человека [10]. Отмеченная взаимосвязь подтверждается в психосоматических проявлениях при различных заболеваниях, в том числе и нарушения мозгового кровообращения. Причем, трансформация личности, психической адаптации имеет место, в той или иной мере, при любом заболевании, составляя непрерывную последовательность - психосоматический континуум. По данным Ф.Б. Березина [3], в этом континууме церебральный инсульт занимает ведущее место, уступая в процентном отношении только пароксизмальным нарушениям ритма и ишемической болезни сердца. В связи с этим функциональные расстройства, выражющиеся различными ощущениями болезни, могут быть вызваны нарушениями психической адаптации, особенно, если она проявляется в неадекватности психофизиологических соотношений, нарушениях соматического здоровья.

Церебральный ишемический инсульт - это заболевание, которое приводит не только к нарушениям в двигательной сфере и речевым расстройствам, но и к нарушению других высших психических корковых функций: когнитивным нарушениям (снижение памяти, интеллекта, концентрации внимания) эмоционально-волевым расстройствам, праксиса (нарушение выполнения сложных двигательных актов при отсутствии парезов, нарушение чувствительности, координации движения), счета (акалькулия), гноэза, чаще пространственного, дезориентация в пространстве. Появление таких нарушений отнюдь не способствует скорейшему восстановлению утраченных в результате заболевания функций, вызывая нарушение инициирования движений и нарушение двигательных программ. У больных это проявляется в снижении психической и двигательной активности, анонгнозии (недооценка имеющегося двигательного дефекта), пассивном и безучастном отношении к своему двигательному дефекту, недостаточная активность в его преодолении, на фоне этого наблюдается снижение или полная потеря мотивации к занятиям физическими упражнениями. В результате такое отношение больного к процессу своего восстановления приводит к сильнейшей социальной его дезадаптации. Скорость восстановления нарушенных двигательных функций во

многом зависит от психологического состояния пациента. Развитие таких процессов в значительной степени связано с локализацией очагов поражения.

При очагах в любой области может развиться апатико-абулический синдром, для которого характерны отсутствие собственных побуждений к деятельности (аспонтанность), интереса к жизни (апатия), снижение волевых функций, интеллекта и критики. Восстановление самообслуживания, навыков ходьбы у этой группы больных в значительной степени затруднено, многие остаются совершенно беспомощными в повседневной жизни.

Общепризнано, что левое полушарие является базой логического, абстрактного, словесного мышления, областью реализации речевых функций.

Правое полушарие мозга функционально связано с восприятием и переработкой слухового, зрительного, соматосенсорного и моторного материала невербального характера. При этом правому полушарию свойственно не столько расчленение и логический анализ действительности, сколько восприятие целостных образов. Ему присуще не понятийное, словесное, восприятие, а чувственno-образное.

По данным В.Н.Шмелькова, при сходных поражениях восстановление двигательного дефицита происходило лучше у больных с левополушарным очагом (несмотря на наличие афазии), чем у больных с правополушарной локализацией процесса. По мнению автора, это можно объяснить сопутствующими расстройствами высших мозговых функций (пространственно-конструктивными нарушениями, аспонтанность, замедленность мыслительных процессов) у больных с правополушарным очагом инсульта. Была отмечена взаимосвязь между степенью восстановления двигательных функций и навыков (ходьба, самообслуживание, бытовые и трудовые навыки) и состоянием эмоционально-волевой, интеллектуально-гностической сфер [12].

Двигательные расстройства у больных с постинсультными гемипарезами, могут сопровождаться нарушением перцептивных (гностических) функций. Эти нарушения возникают при поражении как правой, так и левой теменной области. У больных с левополушарной локализацией очага, наиболее

характерной чертой является сочетание дефектов пространственного восприятия с нарушением пространственно - организационной деятельности (пространственной апрактогнозией по определению Лурии А.Р. , сочетающееся с афазией, семантическими нарушениями [12]. При локализации очага в правой теменной области особенно часто возникает односторонне игнорирование собственного тела (neglect) и экстраперсонального пространства, нарушение схемы тела. Была отмечена взаимосвязь между степенью восстановления двигательных функций и навыков (ходьба, самообслуживание, бытовые и трудовые навыки) и состоянием эмоционально-волевой, интеллектуально-гностической сфер [12].

Таким образом, вопросы восстановления больных инсультом являются предметом пристального внимания многих специалистов, занимающихся с данной категорией больных на различных этапах восстановительного лечения. Сложная задача психической и физической активизации, социального и трудового приспособления тяжелого контингента постинсультных больных наиболее успешно решается в системе комплексной реабилитации. Комплексные реабилитационные мероприятия отражены в трудах многих реабилитологов [1,13,15].

Существует большое число разных методов психодиагностики, охватывающих все известные психологические процессы, свойства и состояния человека. Психодиагностические методики делят на сознательные, апеллирующие к сознанию испытуемого (например, опросники), и бессознательные, направленные на неосознаваемые реакции человека (проективные методики). Основным недостатком методик, обращенных к сознанию, является возможность умышленного искажения результатов тестирования (поведенческая игра), в то время как исследования непроизвольных реакций человека оказываются более надежными. Цветовой тест М. Люшера относится к числу наиболее распространенных проективных методик. Преимуществами данного теста являются независимость результатов от возрастно-половых и образовательных особенностей испытуемого,

возможность выявления с его помощью как устойчивых личностно-характерологических черт, так и особенностей актуального психо-эмоционального состояния, что особенно важно при контроле за эффективностью лечения.

ГЛАВА 2. ОПИСАНИЕ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО

2.1. Нейропсихологическое исследование

Анамнез:

Испытуемый Михно В.Г. родился в городе Красноярск, 63 года, инвалид 3 группы, пенсионер, речь сохранена, проживает по адресу улица Академика Курчатова 5 Дом-интернат №1 для граждан пожилого возраста и инвалидов с марта 2017 года. В интернат привез сын. Михно В.Г. был 3 раза женат каждый раз с последующим разводом, от 3 браков есть 2 ребенка сын и дочь. Со слов испытуемого в юности переболел эпидемическим паротитом, в простонародье «свинка», сидел в тюрьме 3 года за мелкое хулиганство. Курит, не употребляет алкоголь.

Никогда не употреблял наркотических препаратов. Шумные компании не любит. Образование: начальное среднее. Место работы: кулинар на заводе. Родители: отец ушел, когда ребенку был год, а мать утонула в 56 лет от туберкулеза. При беседе вел себя спокойно, дружелюбно.

Жалобы: на отсутствие мышечной силы в правых конечностях.

Из истории болезни: За артериальным давлением не следит, гипотензивные препараты не принимает, испытуемый заболел 24.10.14, когда нарушилась ходьба, стал падать, была неоднократная рвота, головокружение, за медицинской помощью не обращался, утром обнаружен, доставлен в Емельяновскую РБ своим транспортом. Было проведено лечение: глицин, гепарин, аспирин, цитофлавин, бисопролор. После проведенного лечения: в динамике улучшалось общее состояние, увеличение силы в правых конечностях, восстановление самостоятельной ходьбы, стабилизация цифр АД (артериальное давление) и ЧСС (частота сердечных сокращений).

Состояние при выписке: удовлетворительное. Зрение D=5, движение яблок в полном объеме, нистагма (непроизвольные колебательные движения глаз высокой частоты) нет. Чувствительность на лице снижена D=S.

Тригеминальные точки безболезненны. Объем активных движений при повороте головы, плеч не затруднены. Язык посередине линии. Мышечный тонус обычный во всех конечностях. В позе Ромберга - пошатывается (положение, стоя со сдвинутыми вместе стопами, с закрытыми глазами и вытянутыми прямо перед собой руками). ПНП (пальце-носовая проба) слева верно, справа не выполняет. КПП (Коленно-пяточная проба) с дефектом с 2 сторон.

Дата исследования 5 – 12 июня 2017 года. Время исследования 40 минут.

Успешность выполнения каждого задания условно ранжирована по 4-х

балльной системе.

Справляется со всеми заданиями теста «0»

Справляется с большей частью заданий, но не со всеми «1»

Испытывает затруднения, проявляющиеся в поисках, увеличении латентных периодов «2»

Имеются неединичные поиски и ошибки, необходима посторонняя помощь «3»

Практически не справляется с заданиями, помощь

Малоэффективна «4»

При проведении нейропсихологического обследования испытуемый охотно идет на сотрудничество с экспериментатором, заинтересован результатами проводимого исследования. С интересом и охотно рассказывает о себе. Спокойно воспринимает полученную информацию, отвечает на все поставленные вопросы.

На вопросы ориентация в окружающем: Вы находитесь дома?-нет. Вы находитесь в больнице?-да. Вы находитесь на улице?-нет. Сейчас на улице жарко?да. Сейчас на улице холодно?- нет. Сейчас день?- нет. Сейчас вечер?- нет. Сейчас утро?- да. Испытуемый отвечал верно, что свидетельствует о функционировании лобных долей.

Со слов испытуемого ведущая рука до инсульта была правая, но после проведенных пробы «Функциональная асимметрия рук» выяснили, что ведущая рука левая. После проведение пробы «Функциональная асимметрия ног и тела»

Испытуемые продемонстрировал ведущая нога левая, правую ногу подъять затрудняется! Проба «Функциональная слухоречевая асимметрия» показала, что испытуемый слышит только правым ухом, в левом ухе гул. Проба «Функциональная зрительная асимметрия» показала ведущий глаз правый.

1.Кинестетической праксис:

a). Выполнение по зрительному образцу.

Испытуемый предлагается воспроизводить заданные положения пальцев руки.

1 проба. Соединить 1 и 2 пальцы в кольцо.

2 проба. Пальцы сжаты в кулак, 2 и 3 пальцы вытянуты.

3 проба. Пальцы сжаты в кулак, 2 и 5 пальцы вытянуты.

6 проба. То же левой рукой.

б) Перенос поз по тактильному образцу.

Глаза испытуемого закрыты. Экспериментатор придает руке испытуемой определенную позу, должен воспроизвести ее другой рукой.

1 проба. Пальцы сжаты в кулак. 2 и 3 пальцы вытянуты.

2 проба. Пальцы сжаты в кулак 2 и 5 пальцы вытянуты.

3 проба. То же левой рукой.

ВЫВОД: кинетический праксис у испытуемого нарушен. Выполнение проб по зрительному образцу испытуемый делает только левой рукой, правая рука не двигается, перенос поз по тактильному образцу делает, медленно допуская незначительные ошибки.

2.Пространственный праксис.

Испытуемый сидит напротив экспериментатора, он придает определенное пространственное положение своей руке. Испытуемый должен воспроизвести его той же рукой.

1проба. «Голосование» - рука согнута в локте и поднята вверх.

2 проба. Левая рука касается правого уха.

3 проба. Правая рука касается левого уха.

4 проба. Ладонь горизонтально от подбородка, пальцами от себя.

5 проба. Ладонь горизонтально к подбородку пальцами к себе.

ВЫВОД: Испытуемый выполнил задание только левой рукой, но в замедленном темпе, правая рука также неактивна,

3.Динамический праксис:

а) Смена трёх положений кисти.

Предлагается воспроизвести последовательность из трех движений кисти руки. Оценивается усвоение двигательных программ, способность к плавной организации движений, что одновременно характеризует состояние, как двигательной сферы, так и произвольной регуляции.

Проба «кулак — ладонь — ребро» по зрительному показу (выполняется, если позволяет неврологический статус, попаременно каждой рукой): кулак — ладонь — ребро; ребро — кулак — ладонь.

Каждый из вариантов выполняется 3 раза, всего 6 проб.

1 проба: ребро — кулак — ладонь;

2 проба: кулак — ладонь — ребро;

3 проба: ладонь — ребро — кулак.

Повтор левой рукой-3 пробы.

б) Реципрокная координация.

Испытуемому предлагается положить перед собой руки, одна из которых сжата в кулак, а другая распрямлена. Затем он должен одновременно изменять положение обеих кистей, разжимая одну и сжимая другую. **ВЫВОД:**

Испытуемый частично справился с заданием. Сделал задание в замедленном темпе, также только левой рукой.

4. Слухо-моторные координации соответствуют возрастной норме.

а) Оценка ритмов. Исследователь стучит по столу, испытуемому предлагаю определить, сколько раз. б) Воспроизведение ритмов по слуховому образцу.

в) Воспроизведение ритмов по инструкции. ВЫВОД: Выполнил только левой рукой точно, без замечаний.

5. Стереогноз.

Глаза испытуемого закрыты. Экспериментатор вкладывает предмет в его руку, испытуемый должен на ощупь узнать его (используются хорошо знакомые предметы по три в каждую руку: расческа, ключ, ложка) 1 проба. Ощупывание предметов правой рукой. 2 проба. Ощупывание предметов левой рукой. ВЫВОД: Испытуемый на ощупь узнавал все предметы только левой рукой, предоставленные экспериментатором.

6. Зрительный гноэзис.

Используются реальные предметы, находящиеся под руками или в поле зрения экспериментатора и испытуемого. Испытуемому предлагаются различные предметные изображения, которые он должен узнать (несколько изображений на одном листе).

1 проба. Реалистические изображения.

2 проба. Узнавание изображений предметов с «недостающими» признаками. 6 изображений, например: лампочка, очки, ножницы, якорь, кофейник, ключ.

3 проба. Наложенные изображения (модифицированные рисунки пробы Поппельрейтера).

4 проба. Узнавание изображений предметов на «зашумленных» рисунках.

ВЫВОД: Испытуемый, верно, ответил, без замечаний по первой и второй пробе. Сохранена сформированность целостных зрительных образов различных объектов, качество переработки зрительной информации. Третья и четвертая проба вызвала затруднения, испытуемый отказался выполнять, обосновывая это усталостью. Зрительное восприятие сохранено частично.

7. Эмоциональный гноэсис.

Испытуемой представлены картинки с изображением персонажей. Ответить, кто здесь нарисован и каково состояние (*что чувствует*) каждого из персонажей?; затем следует ряд уточняющих вопросов типа: «Кто из них более веселый? Кто больше всех удивлен? Кто самый злой?» и т.д.

ВЫВОД: Испытуемый, по представленным сюжетным картинкам больше выделял персонажей с угрюмым лицом. Отвечая на вопрос, кто здесь нарисован и какого его состояние, не совсем точно определял эмоциональный фон картинки. Большинство сюжетных картинок подходило по описанию: уставший, задумчивый, печальный. Испытуемому присущее чувство подавленности, угнетенности.

8. Исследование речи и речевых процессов.

1 проба. Автоматизированная речь.

2 проба. Фонематический слух.

3 проба. Речевая артикуляция и кинетика.

4 проба. Номинативные процессы.

5 проба. Понимание логико-грамматических конструкций.

6. проба. Построение самостоятельного речевого высказывания.

ВЫВОД: Номинативная функция речи, автоматизированная речь сохранна. Не наблюдается нарушение речевого (фонематического) слуха, проявляющегося в виде отсутствия или наличия лишней буквы, появления лишнего слога, пропуска слога или перестановки слов и букв при

произношении слов. Связность, динамика речи, синтаксис и грамматика в рамках возрастной нормы. Испытуемый выстраивает предложение.

9. Исследование интеллекта и памяти.

a) Исследование интеллекта

1 проба Исключение 4-го лишнего

2 проба Простые аналогии

3 проба Причинно-следственные отношения понимание смысла

сюжетных картинок и рассказов

4 проба Арифметический счет показ чисел, имеющих различное разрядное строение

5 проба Решение арифметических задач

б) Исследование памяти

2 проба Зрительная память запоминание картинок, геометрических предметов

ВЫВОД: Испытуемый с пробой 1 Исключение 4-го лишнего справился правильно, но в медленном темпе, с пробой 2 возникли проблемы, количество правильных ответов всего 3, проба 3 Причинно-следственные отношения понимание смысла сюжетных картинок и рассказов выполнять отказался из-за непонимания самого задания, проба 4 Арифметический счет показ чисел, имеющих различное разрядное строение справился только с самыми легкими примерами, 5 проба Решение арифметических задач делать отказался, обосновывая не пониманием. При исследовании памяти 1 проба Слухоречевая память «10 слов» при первом прочтении вслух запоминает и воспроизводит 2 слова, при втором прочтении 4 слова, при третьем прочтении 2 слова, при четвертом прочтении 3 слова. Через 1 час – воспроизводит 3 слова. Ослабление активного внимания и выраженная утомляемость. Обнаружено застrevание на словах шкаф, игла.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Заключение по результатам нейропсихологического обследования:

Испытуемый Михно В.Г., 63 года.

Образование: среднее начальное.

Место работы: кулинар на заводе (производство не вредное).

Испытуемый стал левша, после перенесшего инсульта, наличие левшества в роду отрицает.

Жалобы на отсутствие мышечной силы в правых конечностях.

Контакт. На момент обследования испытуемый находился в ясном сознании, контакту доступен, задания выполняет охотно. Цели и задачи обследования понимает; инструкции усваивает, но иногда соскальзывает с выполнения. Задания исполняет в умеренном иногда в медленном темпе, при решении сложных проб требуется много времени для обдумывания и после может отказаться от выполнения задания.

Ориентировка. Испытуемый в полном объеме ориентирован в месте и времени. Легко без заминок называет место своего нахождения, но дату обследования, дату госпитализации вспомнить затрудняется.

Критика. К своей болезни и поведению относится некритично. Адекватно оценивает тяжесть своего состояния и время необходимое на лечение, все частные дефекты и улучшения. Хочет быстрее поправится, однако планов на будущее не строит, высказывает мысли о возвращении на работу. К обследованию относится некритично: ошибки не замечает при указании на них, часто исправляет их только с помощью экспериментатора, легко принимает помощь со стороны.

На утомляемость во время обследования не жалуется, однако по объективным показателям у испытуемого наблюдается истощаемость всех психических процессов (внимания, памяти, мышления) после выполнения сложных проб. После небольшого перерыва и отвлеченной беседы восстанавливается прежний уровень работоспособности.

Состояние эмоциональной сферы. Фон настроения ровный, без ярких эмоциональных проявлений. Испытуемый доброжелателен и вежлив. На протяжении обследования в поведении испытуемого заметна напряженность и тревожность по поводу выполнения заданий. К концу исследования, испытуемый успокоился и стал вести себя более спокойно и раскованно.

Характеристика гностических процессов (зрительный, слуховой, соматосенсорный гнозис). При исследовании соматосенсорного и слухового гнозиса нарушений не выявлено. При выполнении заданий на исследование зрительного гнозиса выявляются отдельные нарушения предметного гнозиса (затрудняется при узнавании наложенных и перечеркнутых изображений), нарушения оптико-пространственного анализа и синтеза (зеркально называет изображения немых часов. Испытуемый затрудняется в объяснении сюжетной картинки (не может объединить все части картины в единое целое и выделить сюжетную линию), также встречаются сложности названия предметов, при относительной легкости названия их действий.

Характеристика праксиса. Отмечаются нарушения пространственного (затруднено выполнение двуручных проб, проб Хэда), динамического (не выполняет динамические пробы по типу кулак-ребро-ладонь) и конструктивного праксиса (не может самостоятельно нарисовать простые геометрические фигуры и предметы; срисовывание фигур (например, Тейлора) грубо нарушено). Символический и оральный праксис сохранны.

Характеристика речевых процессов (чтения, письма). Испытуемый относительно свободно понимает обращенную речь, однако имеются некоторые трудности восприятия развернутых текстов, в усложненных условиях обнаруживаются элементы отчуждения смысла слова, устные инструкции доступны. Наблюдаются незначительные затруднения в понимании отдельных сложных логико-грамматических конструкций (сложности при рисовании по инструкции двух геометрических фигур в соотношении друг с другом).

Испытуемый может сосчитать до десяти, перечислить дни недели, месяцы года без ошибок; при перечислении этих же рядов в обратном порядке появляются ошибки в виде пропусков или перестановок внутри ряда, которые сам испытуемый замечает, но не может исправить.

При повторении звуков, слов испытуемый повторяет серии из 2-х элементов, при повторении серий из 3-х, 4-х элементов отмечаются трудности в виде перестановок и пропусков элементов ряда.

Испытуемый самостоятельно называет частотные предметы, действия и качества, при назывании малочастотных предметов и действий требуется контекстуальная подсказка или подсказка в виде первого звука.

Чтение доступно с редкими ошибками. При пересказе испытуемый с трудом воспроизводит основную сюжетную линию, отмечаются трудности при оформлении фраз и трудности подбора слов.

Исследование внимания. По методике Шульте выявляются грубые нарушения произвольного внимания (1.48, 1.57, 1.31, 1.47, 1.41). Характерно выраженное нарушение непроизвольного внимания по типу соскальзывания (в основном с инструкций).

Исследование памяти. По методике 10 слов наблюдается значительное снижение непосредственного запоминания (кривая запоминания: 2, 4, 2, 3, 3), при отсроченном воспроизведении испытуемый не называет ни одного слова. После предъявления рассказа испытуемый его не воспроизводит, называет только главных героев рассказа, значительные затруднения возникают при выделении основной мысли рассказа; не понимает его подтекст.

Мышление: по методикам на обобщение и сравнение понятий, исключение предметов, понимание переносного смысла пословиц и поговорок, учитывая возраст и образовательный уровень испытуемой, выявляется низкий уровень обобщения и абстрагирования; в суждениях больной доминируют конкретные признаки предметов, абстрактные признаки встречаются редко. В заданиях на обобщение выделяет группы предметов на основе конкретно-ситуативных признаков, когда исправляется, то может дать обобщающее слово

группе выделенных предметов. Больной с трудом устанавливает логические связи и отношения между понятиями; затрудняется при установлении последовательности событий, процессы анализа и синтеза затруднены (может выделить только признаки различия понятий).

Вывод: По результатам исследования когнитивных функций выявлены изменения по органическому типу, за счет перенесшего инсульта. Все выявленные нарушения высших психических функций укладываются в клиническую картину следующих нейропсихологических синдромов:

Элементы предметной, симультанной, оптико-пространственной агнозии; нарушения оптико-пространственного анализа и синтеза;

В целом, можно сделать вывод о том, что у испытуемого нарушена работа следующих нейропсихологических факторов, контролирующих работу головного мозга: модально-специфических (зрительно-пространственные факторы, факторы, обеспечивающие корковую организацию движений, факторы).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алиев А.Т. Восстановительное лечение постинсультных больных с двигательными нарушениями с использованием приемов функционального биоуправления. Автореф.дис.канд.мед.наук. -Л.: 2007.-21 с.
2. Богданов Э.И., Тахиева Ф.В. Индекс Бартела в оценке восстановления больных, перенесших мозговой инсульт в остром периоде заболевания // Неврологический вестник. - 2002. - Т.XXIV. — №3. — С. 59 - 60.
3. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. - Л.: Наука, - 1988. - 268с.
4. Валунов О.А., Коцюбинская Ю.В. Роль некоторых социально-бытовых факторов в формировании адаптации у больных, перенесших инсульт // Неврологический журнал. - 2001. — №6. - С. 28 - 30.
5. Варлоу Ч.П., Деннис М.С., ван Чейн Ж. Инсульт: пер. с англ. / Под ред. А.А. Скоромца, В.А. Сорокоумова. - Л.: Политехника, 2013. - 632 с.
6. Верещагин Н.В., Баракин Ю.Я. Регистры инсульта в России: результаты и 'методологические аспекты проблемы // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. - 2001. - Вып.1. - приложение «Инсульт». - С. 34 - 40.
7. Виленский Б.С. Осложнения инсульта: профилактика и лечение. — СПб.: Фолиант, 2000. - 128 с.
8. Виленский Б.С. Инсульт: профилактика, диагностика и лечение. - СПб.: Фолиант, 1999. - 336 с.
9. Гусев Е.И., Шимричек Г, Хаас А. и др. Результаты трехлетнего катамнестического наблюдения за больными с ишемическим инсультом // Неврологический журнал. - 2000. - №5. - С. 10—14.
10. Гусев Е.И., Виленский Б.С., Скоромец А.А. и др. Основные факторы, влияющие на исходы инсультов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. - 1995. - №1. - С. 4 - 10.

11. Зенков Л.Р., Ронкин М.А. Функциональная диагностика нервных болезней.
М.: Медицина, 2006.-488 с.
12. Кадыков А.С. Восстановление нарушенных функций и социальной реадаптации больных, перенесших инсульт (основные факторы реабилитации): Автореф. дисс...докт.мед.наук. -М., 2010.- 53 с.
13. Кабанов М.М. Концепция реабилитации - ведущее направление научной деятельности психоневрологического института им. В.М.Бехтерева// Восстановительная терапия и реабилитация больных с нервными и психическими заболеваниями. - Л.: Медицина. 1982. - С.5 - 15.
14. Скоромец А.А., Скоромец А.П., Скоромец Т.А. Топическая диагностика заболеваний нервной системы: Руководство для врачей. - 5-е изд., стереотип. - СПб.: Политехника, 2004. - 329 с.
15. Столярова Л.Г. Особенности восстановления нарушенных функций у больных с кровоизлияние в мозг в зависимости от локализации очага поражения. //Журн.невропатол.и психиатр, им. С .С. Корсакова. - 1983, - Т.82 Л-Ш.-С.1131-1135.
16. Бизюк А.П. Компендиум методов нейропсихологического. Исследования. Методологическое пособие. – СПб.: Речь, 2005. - 400с., ил.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Методика «таблицы Шульте»

Инструкция к тесту

Испытуемому предъявляют первую таблицу: «На этой таблице числа от 1 до 25 расположены не по порядку». Затем таблицу закрывают и продолжают: «Покажи и назови все числа по порядку от 1 до 25. Постарайся делать это как можно быстрее и без ошибок». Таблицу открывают и одновременно с началом выполнения задания включают секундомер. Вторая, третья и последующие таблицы предъявляются без всяких инструкций.

Тестовый материал

Таблица 1.

14	9	2	21	13
22	7	16	5	10
4	25	11	18	3
20	6	23	8	19
15	24	1	17	12

Таблица 2.

2	13	1	8	20
17	6	25	7	11
22	18	3	15	19
10	5	12	24	16
14	23	4	9	21

Таблица 3.

21	11	1	19	24
2	20	18	5	10
4	13	25	16	7
17	6	14	9	12
22	3	8	15	23

Таблица 4.

5	21	23	4	25
11	2	7	13	20
24	17	19	6	18
9	1	12	8	14
16	10	3	15	22

Таблица 5.

3	17	21	8	4
10	6	15	25	13
24	20	1	9	22
19	12	7	14	16
2	18	23	11	5

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Методика «Заучивание 10 слов» (А. Р. Лурия)

Инструкция. После предъявления испытуемому 10 слов фиксируется порядок и количество воспроизведенных им слов (табл. 28). Обычно в норме 10 слов запоминаются после 3-4 повторений. Через 20 мин воспроизводится 8-9 слов. На следующий день — 5-6 слов. Результаты пробы на запоминание могут быть отображены графически. При истощаемости мnestической функции кривая запоминания носит зигзагообразный характер. При сужении объема внимания испытуемый заменяет предъявляемые слова новыми, созвучными словами.

Таблица 1. Воспроизведение слов