
УДК 159.99**ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА НА
НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИЮ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ
С НИЖНЕТЕМЕННЫМ СИНДРОМОМ****Пищёлко Артём Викторович**

Студент 5 курса, кафедра клинической психологии, институт гуманитарных наук, ФГБОУ ВО «Алтайский государственный университет», Россия, г. Барнаул.
art.pishelko@gmail.com

Карасюк Дмитрий Вячеславович

Студент 5 курса, кафедра клинической психологии, институт гуманитарных наук, ФГБОУ ВО «Алтайский государственный университет». Россия, г. Барнаул.
dimarik0919@gmail.com

Аннотация

В данной статье представлен анализ влияния эмоционального статуса на качество нейрореабилитации двигательных нарушений у больных с нижнетеменным синдромом. Авторами сформулирована и представлена гипотеза о том, как различный эмоциональный статус может усложнить или облегчить реабилитацию пациентов.

Ключевые слова: нейрореабилитация, нижнетеменной синдром, эмоциональный статус

**STUDY OF THE INFLUENCE OF EMOTIONAL STATUS ON
NEUROREHABILITATION OF MOTOR DISORDERS IN PATIENTS WITH
LOWER LIMB SYNDROME****Artyom V. Pishchelko**

5th year student, Department of Clinical Psychology, Institute of Humanities, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Professional Education "Altai State University". Russia, Barnaul.

Dmitry V. Karasyuk

5th year student, Department of Clinical Psychology, Institute of Humanities, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Professional Education "Altai State University". Russia, Barnaul

ABSTRACT

This article presents an analysis of the influence of emotional status on the quality of neurorehabilitation of movement disorders in patients with lower limb syndrome. The authors

formulate and present a hypothesis on how different emotional status can complicate or facilitate the rehabilitation of patients.

Keywords: neurorehabilitation, inferior meningitis syndrome, emotional status

Введение. В современной нейропсихологии актуальным на сегодняшний день вопросом является нейрореабилитация пациентов перенесших инсульт. Инсульт является одной из главных социо-значимых заболеваний в медицине. Это является результатом распространенности среди населения и большой вероятностью развития осложнений, с последующей инвалидизацией больного. а также из-за высокой возможности стать предшественником других, более опасных заболеваний [7].

Наиболее распространенными и часто встречающимися когнитивными нарушениями, вследствие цереброваскулярных заболеваний, в частности инсульта, являются расстройства произвольных движений [5]. Такие нарушения называют апраксии. Под апраксией, в отечественной нейропсихологии понимается патологическое состояние, которое выражается в нарушении последовательности и целенаправленности движений, при сохранности двигательных функций. Возникает апраксия вследствие очаговых поражений структур головного мозга [4,8]. В данной работе мы рассмотрим афферентную(кинестетическую) апраксию, которая зачастую проявляется при нижнетеменном синдроме. Причиной возникновения данного нарушения является поражение задних отделов коркового ядра двигательного анализатора, а конкретно средних участков постцентральной коры (1, 2, 5, 40, а также частично 7-го полей по Бродману) [4,8]. Больные при таких нарушениях затрудняются или не могут производить манипуляции, с каким-либо предметом или без его наличия. Например, в диагностике это может проявиться при просьбе налить воду в стакан. Это происходит вследствие наличия у больных нарушений внутренней проприоцептивной кинестетической афферентации двигательных актов при сохранной внешней пространственной организации движений [4,8]. Такие нарушения снижают качество жизни больного. При условии сохранности лобных долей и соответственно критике, данные ограничения негативно влияют на психоэмоциональное состояние больных, вызывая появление когнитивных расстройств и изменению эмоционального статуса больного. Депрессия, тревога, апатия и низкий уровень комплаентности, могут негативно влиять на мотивацию больного и снижать уровень качества реабилитации.

Эффективность реабилитации складывается из многих факторов. Таких как: возраст, пол, степень и тяжесть нарушения, мотивация больного, готовности его к сотрудничеству с лечащим врачом и др [6].

Основоположниками нейропсихологической реабилитации были Л.С. Выготский [1, 2] и А.Р. Лурия [3, 4]. Они утверждали, что основная задача реабилитации заключается в восстановлении, за счет опоры на сохранные звенья, нарушенного звена функциональной системы. Из-за этого перестраивается вся функциональная система, обслуживающая выполнение какой-либо задачи. Л.С. Выготский считал, что основным путем реабилитации может быть «объективирование расстроенной функции, вынесение ее наружу и превращение во внешнюю деятельность» [2]. Эта идея лежит в основе концепции нейрореабилитации российской психологической школы.

Современные нейрореабилитологи считают, что на первом месте в целях и задачах, при реабилитации любого нарушения, стоит поддержание и раннее восстановление когнитивного и эмоционального статуса [5]. Считается, что поддержание позитивного

эмоционального статуса больного, положительно сказывается на течении его реабилитации, а сниженный эмоциональный статус наоборот, может негативно отразиться на мотивации больного к выздоровлению и тем самым замедлить процесс реабилитации.

Эмпирическая база исследования

В исследовании приняли участие 30 человек с диагностированным нижне теменным синдромом, не отягощенным афазией и лобным синдромом в возрасте от 55 до 65, Мсред. = 61,1. Из них, 17 (56.7%) респондентов мужского пола, и 13 (43.3%) женского пола. Исследование проводилось на базе одного из реабилитационных центров города Барнаула. Больные находились на реабилитации в течение 14 дней, где нейропсихологическая реабилитация проводилась ежедневно.

Методы и методики исследования

Двигательные особенности пациентов изучались с помощью следующих методик: реципрокная координация, праксис позы, пробы Хэда, динамический праксис (кулак-ребро-ладонь), конструктивный праксис (выстраивание фигур палочками), срисовывание (рисунок стола в перспективе). Эмоциональный статус больных изучался с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). Обработка результатов проводилась с помощью качественной и количественной оценки данных.

Анализ и интерпретация результатов исследования

По результатам опросника госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) было выявлено 12 человек с признаками субклинической выраженной тревоги и депрессии. Эти данные говорят о негативном эмоциональном статусе больного.

Нами было проведено 3 скрининга двигательных функций пациентов, находящихся на реабилитации. Скрининги проводились в 1 день реабилитации, на 7 день реабилитации и на 14 день. На рисунке 1 отражены средние количественные показатели ошибок, совершаемых пациентом при выполнении нейропсихологических проб на разных этапах реабилитации. Результаты количественной обработки данных, направленных на диагностику двигательных нарушений при нижнетеменном синдроме отражены на рисунке

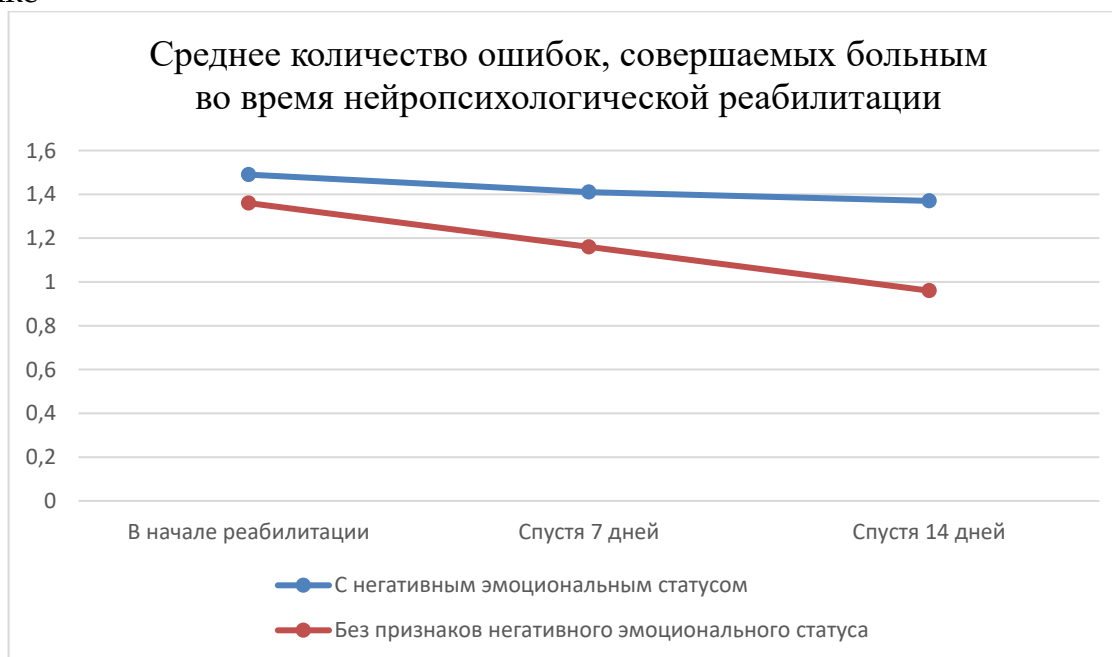


Рисунок 1. Среднее количество ошибок, совершаемых больным во время нейропсихологической реабилитации

Пациенты с негативным эмоциональным статусом демонстрировали следующие показатели 1,49 - 1,41 - 1,37 - данные скринингов за 1, 7 и 14 день реабилитации. Пациенты

без признаков негативного эмоционального статуса демонстрировали следующие показатели 1,39 - 1,16 - 0,96. Данные результаты позволяют нам сделать вывод о том, что количество ошибок, совершаемых больными обеих групп, планомерно снижается в течение процесса реабилитации. Это является нормальным течением процесса реабилитации.

Но, стоит отметить, что у двух из двенадцати пациентов, имеющих негативный статус, реабилитация продвигалась продуктивно. То есть, несмотря на наличие выраженных субклинических признаков тревоги и депрессии, данные пациенты демонстрировали лучшую динамику в процессе реабилитации, по сравнению с другими пациентами с диагностированным негативным статусом. Похожая ситуация наблюдалась в группе пациентов без негативного эмоционального статуса. У трёх человек из группы пациентов без эмоциональных нарушений реабилитация протекала значительно хуже. Данные результаты наглядно отображены на рисунке 2

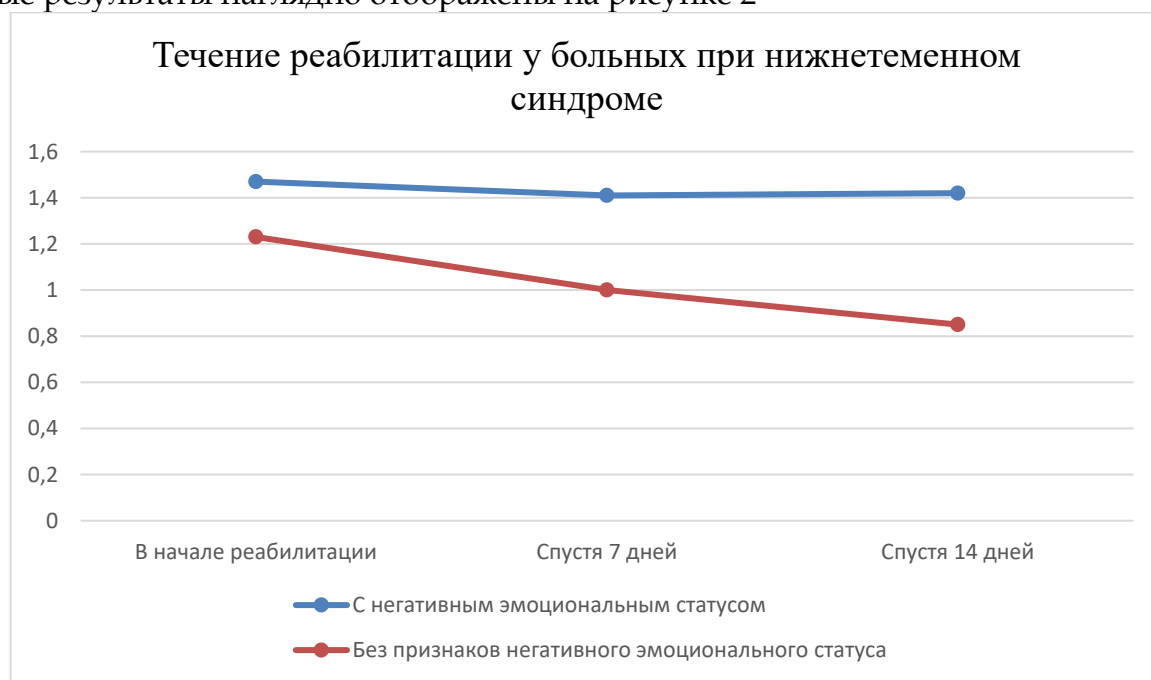


Рисунок 2. Среднее количество ошибок, совершаемых больным во время нейропсихологической реабилитации

Исключив двух пациентов из группы с негативным эмоциональным статусом, у которых реабилитация протекала хуже и трёх человек без эмоциональных нарушений, мы получили следующий график.

Три замера в процессе реабилитации пациентов с негативным эмоциональным статусом 1,47-1,41-1,42. Теперь отобразим данные количества ошибок пациентов без эмоциональных нарушений 1,23-1-0,85.

Проанализировав данный график, мы видим, что у пациентов с негативным эмоциональным статусом изначально более высокое количество ошибок, затем идет небольшое снижение, а далее наблюдается эффект плато. Это может свидетельствовать о наличии влияния эмоционального статуса на процесс нейрореабилитации.

Вывод. анализ влияния эмоционального статуса на нейрореабилитацию двигательных нарушений у больных с нижнетеменным синдромом показал, что для низкого эмоционального статуса более характерен плато, начиная с середины процесса реабилитации. Высокий же уровень эмоционального статуса, способствует более успешному процессу реабилитации. В тоже время можно сделать вывод о сложностях во взаимосвязи эмоционального статуса и нейрореабилитации. Влияние эмоционального статуса до конца не изучено и наличие субклинически выраженных признаков тревоги и депрессии может не повлиять на процесс реабилитации.

Список литературы:

1. Выготский Л.С. Психология. - М.: ЭКСМО – Пресс, 2000. -1008 с.
2. Выготский Л.С. Психология и учение о локализации психических функций. Собр. соч. Т. 1.- М.: Педагогика, 1982 - С. 168-174.
3. Лурия А. Р. Восстановление функций мозга после военной травмы. - М.: АМН СССР, 1948. - 236 с.
4. Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека. - СПб:" Издательский дом"" Питер""", 2018.
5. Нейропсихологическая диагностика и реабилитация пациентов с апраксиями при повреждениях головного мозга. Методические рекомендации, Москва, 2019.
6. Стародубова А. В. Роль эмоционального интеллекта в реабилитации больных, перенесших инсульт //Universum: психология и образование. - 2019. - №. 9 (63). - С. 12-14.
7. Стародубцева О.С., Бегичева С.В. Анализ заболеваемости инсультом с использованием информационных технологий // Фундаментальные исследования. - 2012. - № 8-2. - С. 424-427.
8. Хомская Е. Д. Нейропсихология: Учебник для вузов. 4-е изд. - СПб: " Издательский дом"" Питер""", 2012

References:

1. Vygotsky L.S. Psychology. - Moscow: EXMO-Press, 2000. - 1008 p.
2. Vygotsky L.S. Psychology and the doctrine on the localization of mental functions. Collected Works, Vol. 1. - M.: Pedagogy, 1982. -. 168-174.
3. Luria A.R. Restoration of brain functions after military trauma. - Moscow: The USSR Academy of Medical Sciences, 1948. - 236 p.
4. Luria A. R. Higher cortical functions of man. – SPb.:Peter Publishing House, 2018.
5. Neuropsychological diagnosis and rehabilitation of patients with apraxia in brain injuries. Methodological Recommendations, Moscow, 2019.
6. Starodubova A. V. The role of emotional intelligence in the rehabilitation of stroke patients //Universum: Psychology and Education. - 2019. - No.. 9 (63). - P. 12-14.
7. Starodubtseva O.S., Begicheva S.V. Analysis of stroke morbidity using information technology // Fundamental'nye issledovanie. - 2012. – No. 8-2. - P. 424-427.
8. Chomskaya E. D. Neuropsychology: Textbook for universities. 4th ed. – SPb: Publishing house Peter, 2012.