

*Н. Г. Ермакова*

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ИНСУЛЬТА В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

Российский государственный педагогический университет им. А. И. Герцена

**Введение.** В последнее десятилетие отмечается увеличение числа цереброваскулярных заболеваний, что делает реабилитацию больных с последствиями инсульта актуальной медико-социальной проблемой, направленной на восстановление нарушенных функций и возвращение больного в социум [1, 2].

Одним из факторов, затрудняющих восстановительное лечение постинсультных больных, являются когнитивные нарушения (памяти, внимания, мышления, речи; праксиса и гнозиса) [3, 4]. Причинами когнитивных нарушений являются обширные поражения белого вещества (лейкоареоз), сопутствующие нейродегенеративные изменения, поражения височной области, разобщение лобно-стриарных связей; поражение мозжечка [5–7]. В ряде случаев после перенесенного заболевания возникает постинсультная деменция. Частота её возникновения различна и достигает от 10–16% до 28% случаев заболеваний [8–10]. Нейровизуальным предиктором сосудистой деменции может быть локальная атрофия гиппокампа [11]. Деменция повышает риск повторного инсульта.

Важными являются наиболее ранние реабилитационные мероприятия, направленные на профилактику последствий перенесенного инсульта, в том числе когнитивных расстройств [12–14]. Применение патогенетически обусловленной лекарственной терапии (в том числе антиагрегантной, нейрометаболической) направлено на улучшение метаболических процессов мозга, на уменьшение последствий инсульта в виде двигательных и когнитивных нарушений. Наряду с лекарственной терапией ранняя двигательная активность и массаж являются профилактикой таких осложнений после инсульта, как гипостатическая пневмония, тромбоз вен нижних конечностей, трофические нарушения мягких тканей, а также выраженные когнитивные расстройства. Большое значение имеет также участие логопеда (и по возможности психолога) в раннем реабилитационном периоде [15]. Эти мероприятия способствуют более успешному регрессу речевых и когнитивных расстройств, профилактике когнитивного дефекта [16]. В то же время, когнитивные расстройства разной степени тяжести, не достигающие до уровня деменции, могут сохраняться и на поздних этапах восстановительного лечения. Они, как правило, связаны с тяжестью речевых оптико-пространственных нарушений, проявлениями апраксии.

Целью нашего исследования было изучение высших психических функций у больных с последствиями инсульта и построение программы их психологической коррекции.

**Методы.** В исследовании участвовали 136 больных с последствиями инсульта: 79 — мужчин, 57 — женщин; с двигательными нарушениями в виде гемипареза средней тя-

жести — 40; легкой степени — 65. С давностью заболевания от 2-х до 6 месяцев (ранний восстановительный период) наблюдалось 59 больных; от полугода до 1 года (поздний восстановительный период) — 68; от 1 года до 3-х лет (резидуальный период) — 9. У 95% больных наблюдался ишемический инсульт.

У 52 больных отмечались остаточные проявления речевых нарушений в виде афазии (моторной, акустико-мнестической, динамической), у 18 — дизартрии. Апраксия отмечалась у 24 больных. Легкие когнитивные расстройства наблюдались у 82 больных, умеренные — у 54.

Локализация очага поражения подтверждалась клинически и нейровизуальными исследованиями (МРТ, ПЭТ).

Критерии выбора. В исследование были включены больные от 42 до 65 лет с подтвержденным клинически и нейровизуальным исследованием (КТ и МРТ) очагом поражения. В исследовании не участвовали больные с эпилептическим синдромом, с выраженными когнитивными нарушениями, затрудняющими участие в групповой работе, с выраженными двигательными нарушениями до пlegии в руке.

Все больные получали комплексное восстановительное лечение в стационарном центре реабилитации городской больницы № 40 Санкт-Петербурга в 1999–2005 гг. В процессе восстановительного лечения больные получали лекарственную терапию, лечебную физкультуру, физиотерапию, психотерапию, занятия в комнате бытовой реабилитации, при необходимости логопедическую помощь.

Во время исследования были выделены 2 группы больных с разной выраженностью когнитивных нарушений. У всех больных отмечалось улучшение отдельных когнитивных показателей по сравнению с острым периодом заболевания. В то же время, сохраняющееся частичное снижение в работе высших психических функций затрудняло процесс адаптации и ухудшало качество жизни больных.

В первую группу вошли 82 больные с легкими когнитивными нарушениями: мужчин — 34, женщин — 48; с двигательными нарушениями средней тяжести — 25, легкой степени — 42; с остаточными проявлениями афазии (моторной) — 24; дизартрии — 12. С давностью заболевания от 2-х до 6 месяцев — 37 больных; от 6 месяцев до года — 41 больной; от 1 года до 3-х лет — 4.

Больные предъявляли жалобы на легкие нарушения различных высших психических функций, которые вызывали субъективный дискомфорт. У них наблюдались нарушения письма, снижение объема памяти и быстроты мыслительных операций, трудности в запоминании сложной последовательности движений и сложных логико-грамматических конструкций. У больных было сохранено понимание обращенной речи, отсутствовали грубые нарушения праксиса и гнозиса. Двигательные расстройства легкой и средней тяжести сопровождались чувствительными нарушениями, затруднением координации движений двух рук. Когнитивные и двигательные нарушения приводили в этой группе больных к снижению ощущения качества жизни.

Во вторую группу вошли: с умеренными когнитивными нарушениями — 54 человека (23 — мужчин, 31 — женщин); с двигательными нарушениями средней тяжести — 15, легкой степени — 23. У 28 больных отмечались проявления афазии (моторной, акустико-мнестической, динамической); дизартрии — у 6 больных; нарушения праксиса — у 9; нарушения зрительного гнозиса — у 6. Давность заболевания отмечалась у 22 больных от 2-х до 6 месяцев; у 27 — от 6 месяцев до 1 года; у 5 больных — от 1 года до 3-х лет.

В группе больных с умеренными когнитивными нарушениями наблюдалось затруднение понимания инструкций, снижение слухоречевой памяти и конструктивного мыш-

ления, нарушение оптико-пространственных функций. Они были доступны коррекции в процессе индивидуальной работы.

Высшие психические функции оценивались с помощью методов исследования внимания (таблицы Шульте), памяти (запоминание 10 слов), мышления (кубики Коса), описанных в работах А. Р. Лурия, В. М. Блейхер, С. Я. Рубинштейн [17–19]. Использовались методика MMSE, шкала Бартеля, оценка качества жизни (5 бальная шкала), описанные в работах А. Н. Беловой, К. В. Логунова [20, 21]. Шкала отношения к болезни и к лечению (макс 5 баллов), индекс вовлеченности в лечение описаны в работах Н. Г. Ермаковой, Т. Д. Демиденко [22–24].

Наряду с проведением экспериментально-психологического исследования изучалась медицинская документация, собирался анамнез заболевания у самого больного и его родственников.

После патопсихологического исследования формировалась индивидуальная программа, все части которой были направлены на коррекцию высших психических функций.

Автором была разработана программа психологической коррекции высших психических функций [23, 25, 26]. В коррекционную программу входили индивидуальные и групповые занятия, дидактические тренажеры, восстановление бытовых навыков, работа с родственниками, построение программы коррекции когнитивных функций в домашних условиях. Построение коррекционной программы имеет несколько условий:

- 1) все задания формируются от простого задания к сложному;
- 2) в общении с больным применяется эмоциональная поддержка, безусловное принятие и положительное подкрепление независимо от успехов больного;
- 3) проводится целенаправленное укрепление положительной мотивации к коррекции когнитивных функций как в индивидуальной, так и в групповой работе.

1. *Индивидуальные занятия.* Со всеми больными проводились установочное собеседование и обследование высших психических функций. У больных с умеренными когнитивными нарушениями проводились 1–2 занятия, позволяющие оценить их возможность к обучению и коррекции. Затем формировалась индивидуальная программа различных коррекционных заданий.

2. *Групповые занятия.* Занятия в группе были направлены на коррекцию праксиса (динамического и конструктивного), гнозиса (зрительного, слухового, тактильного, проприоцептивного), оптико-пространственных функций. Применялись задания на коррекцию памяти (пространственной, слуховой, зрительной), развитие внимания (слухового, зрительного, проприоцептивного).

Работа в группе была направлена также на коррекцию отношения больного к заболеванию, на формирование позитивного комплайенса, создание оптимистичной лечебной и жизненной перспективы, на восстановление связей с микросоциумом.

При формировании группы учитывалась тяжесть нарушений. Большую часть группы составляли больные с легкими когнитивными нарушениями и только одну треть — больные с умеренными нарушениями. Таким образом, при затруднении понимания или выполнения задания больным могли оказать помощь не только психолог, ведущий занятия, но и другие больные с легкими когнитивными нарушениями. Часть заданий выполнялась в парах, учитывался принцип взаимопомощи друг другу.

В начале и в конце занятия замерялся пульс. Занятие начиналось или завершалось 15–20 минутной релаксацией, проводились дыхательные упражнения. Выполнялись приемы релаксации по Джекобсону, направленные на уменьшение мышечного напряжения, на концентрацию внимания, на работу с телом.

Занятия проводились в группе по 10–12 человек 3–4 раза в неделю в течение часа в первую половину дня, в среднем 11–12 занятий. В дни, свободные от занятий, больные самостоятельно выполняли упражнения 1–2 раза в день.

В группе проводились оптическая и пальцевая гимнастика, вокалотерапия, ритмотерапия, арттерапия, музыкотерапия.

1. Оптическая гимнастика. Упражнения направлены на тренировку глубины и целостности зрительного восприятия, оптико-пространственных функций, а также зрительной памяти и внимания. На втором и третьем занятиях упражнения проводились на фоне спокойной музыки:

- а) упражнения для оптической фиксации — с открытыми глазами;
- б) упражнения с закрытыми глазами.

По завершении — 15 минутная релаксация под музыку, с закрытыми глазами. 2–3 занятия.

2. Пальцевая гимнастика. Выполнялись упражнения для пальцев рук: динамические и статические (мудры), по зрительному показу и вербальному сопровождению. Эти упражнения направлены на тренировку пространственной, зрительной, кинестетической памяти и внимания; на развитие право- и левоориентировки и схемы тела, динамического и конструктивного праксиса, наглядно-образного мышления. Выполнялись индивидуально и в парах. По завершении — 15 минутный отдых, релаксация с закрытыми глазами. 2–3 занятия.

3. Вокалотерапия. Комплекс направлен на укрепление слухо-речевой памяти, расширение слухового восприятия; на восстановление силы голоса (слабый, детский, осиплый голос) при остаточных явлениях поперхивания; на восстановление чувствительности языка, артикуляторного аппарата, повышение мотивации к речевой активности при остаточных проявлениях афазии. Упражнения способствовали эмоциональному отреагированию; были направлены на улучшение настроения, на развитие эмпатии, синтонности, сопереживания. Сначала осваивалось диафрагмальное, грудное и полное дыхание. Проводилось пропевание разных звуков и мелодий: гласных звуков (в нос, с закрытыми губами), мелодий — разными способами; пение со словами и без слов, соло и в хоре. После завершения занятия — отдых 10–15 минут, релаксация с закрытыми глазами на фоне музыкального сопровождения. 2–3 занятия.

4. Ритмотерапия. Комплекс был направлен на распознавание звуков, укрепление слуховой и кинестетической памяти.

Проводилось простукивание ритма разной длины ряда: в парах и поочередно в группе. Выполнялись задания с подключением кожно-кинестетического анализатора: простукивание по спине, плечу, по руке; в правой и левой части тела с открытыми и закрытыми глазами; письмо на спине — изображались геометрические фигуры (круг, треугольник, квадрат), буквы, цифры, слова, предложения (в правой и левой части спины). По завершении занятия — отдых (релаксация 15 минут). 1–2 занятия.

5. Арттерапия. Занятия арттерапией были направлены: на восстановление праксиса, (идеомоторного, идеаторного, конструктивного, динамического); на укрепление зрительной памяти, цветовосприятия; наглядно-образного мышления. Арттерапия была направлена также на эмоциональное отреагирование на негативные переживания, эмоциональную стабилизацию. Использовались различные техники: рисование каракуль, рисование пальцами, правой и левой рукой, с закрытыми и открытыми глазами, создание коллажей [27]. На занятиях применялись различные художественные средства: краски, фломастеры, карандаши, мелки; бумага, клей, ножницы; глина, пластилин. Проводилась работа на разные темы (приятные и неприятные цвета, времена года,

границ моего «я», рисование мандалы). Рисование использовалось при индивидуальной и групповой работе; проводилось обсуждение рисунков. 2–3 занятия.

6. Музыкальная терапия. В процессе всех занятий группы использовалась пассивная музыкальная терапия: при релаксации — музыка инструментального характера (спокойная и медленная, умиротворяющая и оптимистичная); во время других индивидуальных и групповых занятий применялась музыка разных ритмов и исполнителей по выбору больных.

В зависимости от доминирующих когнитивных трудностей в группе удельный вес каждой части программы мог изменяться.

3. *Дидактические тренажеры*. Система заданий и игр разной направленности в зависимости от доминирующего нарушения. Задания выполнялись по специальной программе, разработанной психологом, под наблюдением медсестры, индивидуально и студийно (в кабинете работали сразу несколько человек, каждый за отдельным столом), 5 раз в неделю по 30 минут.

Программа заданий формировалась в зависимости от локализации и тяжести нарушений когнитивных функций и была направлена на восстановление внимания, памяти, мышления, праксиса и гнозиса [23].

Принцип применения коррекции с помощью тренажеров: «от простого к сложному». В зависимости от нарушений высших психических функций тренажеры имели разную направленность:

1. Восстановление конструктивного праксиса; предметного, цветового гнозиса. Проводилось сложение кубиков, конструкторов, мозаики, пазлов (по образцу и без образца).

2. Восстановление оптико-пространственных функций, право- и левоориентировки. Проводилось выполнение заданий в технике оригами (сложение фигур из бумаги по образцу), макраме (плетение из веревки или шнура); лепка фигур из пластилина или глины; вырезание фигур из бумаги, работа с ножницами и клеем.

3. Восстановление счетных навыков, распознавания цифр; укрепление внимания. Выполнялись задания настольных игр: лото (с цифрами), домино (с цифрами и изображениями предметов).

4. Восстановление зрительной памяти. Выполнялось сложение из кубиков по образцу с постепенным усложнением задания (из четырех, шести, девяти элементов). Использовались предметное лото (запоминание предметов); сложение узоров из мозаики (запоминание последовательности узора); архитектурное лото (запоминание названия архитектурных памятников).

5. Восстановление праксиса и мелкой моторики. Собирали узоры, нанизывали бусы, вышивали в пальцах, раскладывали мелких предметов с чередованием захвата разными пальцами. Работа двумя руками при легком гемипарезе или с частичным включением больной руки при гемипарезе средней тяжести.

4. *Восстановление бытовых навыков*. Занятия по восстановлению бытовых навыков и навыков самообслуживания проводились ежедневно с больными в кабинете бытовой реабилитации под наблюдением специально подготовленной медсестры, а также на специальных стендах в отделении. В кабинете на разных столах и стендах расположены предметы быта, работу с которыми постепенно осваивал больной. В кабинете расположены тренажеры для тренировки навыков самообслуживания и бытовых навыков. Это были детали одежды (пуговицы, молнии, кнопки, крючки разных размеров); предметы домашней утвари, столовые приборы; дисковой и кнопочный телефоны, дверные ручки, выключатели, пищащая машинка и клавиатура компьютера и др. Больной осваивал работу с приборами одной здоровой рукой (при гемипарезе). Затем выполнял задания при частичной помощи второй руки и впоследствии — двумя руками.

5. *Работа с родственниками.* Проводилось консультирование родственников больных преимущественно с умеренными когнитивными нарушениями. Родственников информировали о характере когнитивных нарушений больного, прогнозе их коррекции; особенностях длительного восстановительного периода и необходимости продолжения занятий в домашних условиях. Психолог проводил обучение родственников приемам и техникам выполнения отдельных коррекционных заданий. Эти занятия они могли в последующем проводить с больным в палате и в домашних условиях.

Также уделялось внимание выявлению и разрешению проблем во взаимодействии родственников с больным [28, 29]. Родственникам предлагалось предоставлять больным большую самостоятельность в самообслуживании (прием пищи, одевание и т. д.) под наблюдением и контролем с их стороны. Они побуждались к роли наблюдателя и советчика, к психологической позиции не «вперед», а «позади больного». Психологом проводилась коррекция неадекватных установок родственников больных.

6. *Построение программы коррекции когнитивных функций больного в домашних условиях.* Психолог совместно с больным и родственником формировали программу занятий в домашних условиях после выписки из стационара, что способствовало непрерывности реабилитационных усилий по восстановлению нарушенных функций, профилактике формирования когнитивного дефекта. Для больных с легкими когнитивными нарушениями психологом также создавалась программа занятий после выписки из стационара.

После завершения программы коррекции было выполнено повторное обследование высших психических функций больных, и проведен сравнительный анализ показателей средних значений с помощью критерия Стьюдента у больных с легкими и умеренными когнитивными нарушениями. Работа проводилась с помощью компьютерной программы Statistica ver. 5.0.

**Результаты исследования.** По результатам патопсихологического исследования показатели больных первой группы значимо отличались от показателей второй группы по параметрам внимания, памяти, конструктивного мышления, что в значительной мере сказывалось на их самообслуживании и на ощущении качества жизни (табл. 1).

У больных первой группы (табл. 2) после проведения коррекционной программы отмечалось значимое улучшение показателей конструктивного мышления (в первой и третьей пробе — 39,68 и 27,61 и 4,48 и 3,36 соответственно), улучшение концентрации внимания, хотя и незначительное.

Наблюдалось значимое улучшение по шкале самообслуживания Бартеля (88,16 и 92,14) и значимое улучшение индекса вовлеченности (20,72 и 25,64), что свидетельствует о повышении ответственности больных за свое лечение и активности в выполнении самостоятельных занятий. Отмечалось улучшение показателей качества жизни, отношения к болезни.

Во второй группе больных с умеренными когнитивными нарушениями (табл. 3) также отмечались улучшения показателей после выполнения коррекционной программы. Значимое улучшение показателей слухоречевой памяти (85,47 и 87, 69) объясняется тем, что во время занятий в группе больные столкнулись с необходимостью понимать, запоминать и выполнять инструкции, предъявляемые на слух. Задания разбирались на занятиях, повторялись больными, что явилось полезным материалом для вовлечения их в интеллектуально-мнестическую деятельность и тренировку памяти.

Отмечалось и значимое улучшение показателей конструктивного мышления, самообслуживания по шкале Бартеля (82,14 и 85,31), качества жизни (2,83 и 3,11), а также повышения показателя индекса вовлеченности (17,25 и 21,35). У больных изменилось

Таблица 1

Результаты исследования высших психических функций больных 1 и 2 группы до проведения коррекции ( $M \pm \sigma$ )

Признаки	1 группа, n = 82	2 группа, n = 54	Достоверность различий
Возраст (в годах)	52,56±3,82	54,31±4,21	
Таблица Шульте-1	58,07±16,21	70,61±26,57	0,01
Таблица Шульте-2	60,45±16,17	68,91±22,82	0,01
Таблица Шульте-3	58,62±17,92	67,65±24,69	0,01
Запоминание слов	88,93±2,43	85,47±3,65	0,05
Кубики Коса -1	39,68±18,34	65,61±27,18	0,01
Кубики Коса-2	38,84±24,61	64,83±33,16	0,01
Кубики Коса-3	4,48±2,94	5,83±2,83	0,01
MMSE	29,28±0,87	28,53±1,12	0,05
Шкала Бартеля	88,16±2,45	82,14±6,71	0,01
Качество жизни	3,41±0,81	2,83±0,33	0,01
Отношение к болезни	3,35±0,65	2,55±0,72	0,01
Отношение к лечению	2,61±0,67	2,34±0,65	
Индекс вовлеченности	20,72±2,49	17,25±3,44	0,05

Таблица 2

Результаты исследования высших психических функций больных 1 группы (n = 82) до и после проведения коррекции ( $M \pm \sigma$ )

Признаки	До коррекционных занятий	После коррекционных занятий	Достоверность различий
Таблица Шульте-1	58,07±16,26	54,21±14,21	
Таблица Шульте-2	60,45±16,17	57,35±14,34	
Таблица Шульте -3	58,62±17,92	56,34±16,35	
Запоминание слов	88,93±2,43	89,24±2,34	
Кубики Коса-1	39,68±18,34	27,61±17,35	0,05
Кубики Коса-2	38,84±24,61	31,38±19,21	
Кубики Коса-3	4,48±2,94	3,36±2,93	0,05
MMSE	29,28±0,87	29,61±0,63	
Шкала Бартеля	88,16±2,45	92,14±2,8	0,05
Качество жизни	3,41±0,81	3,67±0,42	0,05
Отношение к болезни	3,35±0,65	3,64±0,72	0,05
Отношение к лечению	2,61±0,67	2,92±0,84	
Индекс вовлеченности	20,72±2,49	25,64±2,35	0,05

отношение к заболеванию и к себе: от пассивного терпения и депрессивного переживания своей неловкости — к поиску компенсаторных приемов в самообслуживании, стремлению к преодолению затруднений, повышению самопринятия и самоуважения.

У больных 1 и 2 групп были выявлены различные установки по отношению к лечению.

В первой группе больных с легкими когнитивными нарушениями нами было выделено несколько разных типов установок по отношению к лечению (табл. 4). Для одной части больных — 38 (46,34%) — была свойственна ориентация на себя в процессе лечения, забота о себе, стремление к обучению и помощь другим больным, заинтересованность в занятиях и высокая активность. Они посещали все занятия, повторяли упражнения в палате с другими больными, интересовались дополнительной литературой, являлись ядром группы.

Таблица 3

Результаты исследования высших психических функций больных 2 группы исследования ( $n = 54$ ) до и после коррекционных занятий ( $M \pm \sigma$ )

Признаки	До коррекционных занятий	После коррекционных занятий	Достоверность различий
Таблица Шульте-1	70,61±26,57	65,31±18,43	
Таблица Шульте-2	68,91±22,82	64,82±16,38	
Таблица Шульте -3	67,65±24,69	65,21±18,24	
Запоминание слов	85,47±3,65	87,69±3,15	0,05
Кубики коса-1	65,61±27,18	59,31±21,15	
КубикиКоса-2	64,83±33,16	52,45±23,16	0,05
Кубики Коса-3	5,83±2,83	5,21±2,94	
MMSE	28,53±1,12	28,78±1,17	
Шкала Бартели	82,14±6,71	85,31±5,61	0,05
Качество жизни	2,83±0,33	3,11±0,64	0,05
Отношение к болезни	2,55±0,72	2,64±0,38	
Отношение к лечению	2,34±0,65	2,72±0,63	0,05
Индекс вовлеченности	17,25±3,44	21,35±2,73	0,05

Таблица 4

Установки по отношению к лечению у больных 1 группы

Количество больных (в абс. величинах)	Количество больных (в процентах)	Установки по отношению к лечению
38	46,34	Ориентация на себя и помощь другим: забота о себе, стремление к обучению, помощь другим больным Высокая активность
29	35,37	Ориентация на себя: самодостаточность, терпение, достоинство Средняя активность
15	18,29	Ориентация на других: неуверенность в себе, зависимость Низкая активность

Другой части больных – 29 (35,37%) – была присуща ориентация на себя в лечении, самодостаточность, терпение. Они посещали занятия, но самостоятельная работа была у них не очень выражена, наблюдалась средняя активность.

Часть больных – 15 (18,29%) – характеризовалась ориентацией на других в процессе лечения, неуверенностью в своих возможностях, зависимостью, маловыраженной активностью. Данная установка чаще наблюдалась у больных с остаточными речевыми нарушениями. Они пропускали занятия, самостоятельная активность была невелика. С ними проводилась дополнительно индивидуальная работа.

Во второй группе больных с умеренными когнитивными нарушениями также были выявлены различные установки по отношению к лечению (табл. 5).

Часть больных – 21 (38,89%) – характеризовалась ориентацией на себя в процессе лечения, самодостаточностью, стремлением к независимости от других в бытовых ситуациях, высокой активностью. Они посещали все занятия, и сами много занимались самостоятельно.

Установки по отношению к лечению больных 2 группы

Количество больных (в абс. величинах)	Количество больных (в процентах)	Установки по отношению к лечению
21	38,89	Ориентация на себя: самодостаточность, стремление к независимости в быту Высокая активность
24	44,43	Ориентация на других: неуверенность в себе, ожидание помощи от других, терпение Средняя активность
9	16,68	Ориентация на себя: недоверие к помощи других, неуверенность в себе Низкая активность

У другой части больных — 24 (44,43%) — была выявлена установка с ориентацией на других в процессе лечения. Им было свойственно ожидание помощи от других людей, неуверенность в своих возможностях, терпение и средняя активность. Они нередко путали дни и часы занятия, не успевали вовремя подойти с других процедур. Больные отличались дефицитом эмпатии, долго и шумно размещались в кресле при опоздании на занятие, вызывая нареkanie у других больных. В то же время они следили за тематикой занятий, стремились восполнить пропуски. Они нуждались в психологическом сопровождении и патронаже. В роли помощников, как правило, выступали более сохранные больные их отделения или палаты.

Часть больных — 9 (16,68%) — характеризовалась ориентацией на себя, недоверием к партнерству и неуверенностью в себе. Данная установка чаще наблюдалась у больных с апраксией и оптико-пространственными нарушениями. С этими больными и их родственниками проводилась дополнительно индивидуальная работа.

Следует отметить, что объединение в одну группу больных с легкими и с умеренными когнитивными нарушениями оказалось полезным для развития групповой динамики и формирования ролей в группе. Более активные больные с легкими когнитивными нарушениями задавали позитивный оптимистический настрой в группе по отношению к болезни и к лечению. Больные с легкими когнитивными нарушениями оказывали поддержку и помощь во время занятий больным, у которых возникали затруднения в понимании инструкции или при выполнении задания.

**Обсуждение.** В первой группе больных с легкими когнитивными нарушениями наблюдалось улучшение конструктивного мышления, а также самообслуживания и качества жизни. Улучшение показателей конструктивного мышления, динамического и конструктивного праксиса способствовало более успешному выполнению сложных бытовых операций (разборчивое письмо, работа на компьютере, вязание, нанесение макияжа) и восстановлению прежнего стиля жизни и самопринятию.

В группе больных с умеренными когнитивными расстройствами наблюдалось значимое улучшение памяти, конструктивного мышления, что содействовало улучшению самообслуживания и показателя качества жизни.

Атмосфера эмоциональной поддержки, сотрудничество в группе, вовлеченность в освоение навыка способствовали повышению активности больных в процессе лечения, повышению мотивации к восстановлению нарушенных функций, формированию позитивной лечебной и жизненной перспективы.

Как отмечает ряд авторов, формирование индивидуальных программ реабилитации в сочетании с групповыми формами психокоррекции способствует укреплению позитивных установок по отношению к лечению и восстановлению нарушенных функций [15, 30–32].

Обучение бытовым навыкам, занятия в кабинете эрготерапевта, как пишут отдельные авторы, способствуют улучшению самообслуживания и восстановлению когнитивных функций больных [33].

Создание в процессе психологической коррекции положительной установки у больных на продолжение реабилитационных мероприятий в домашних условиях (регулярный прием лекарств, контроль АД; выполнение занятий ЛФК, заданий логопеда, тренировка когнитивных функций) направлено на формирование позитивного комплайенса больного и способствует профилактике повторного инсульта [34].

Программа психологической коррекции высших психических функций больных после перенесенного инсульта способствует улучшению показателей внимания, конструктивного мышления, памяти. Психотерапевтическая работа в группе способствует выявлению и коррекции иррациональных установок больных по отношению к восстановительному лечению, созданию позитивной лечебной и жизненной перспективы.

## Литература

1. Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. Неврология и нейрохирургия: Учебник для вузов. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 608 с.
2. Кадыков А. С., Черникова Л. А., Шапранова Н. В. Реабилитация неврологических больных. М.: МЕД пресс-информ, 2008. 560 с.
3. Трошин В. Д., Густов А. В. Острые нарушения мозгового кровоснабжения. Руководство. М.: Мединформ-агентство, 2006. 432 с.
4. Starr J. M., Nicolson C., Anderson K. et al. Correlates of informant — rated cognitive decline after stroke // *Cerebrovasc. Dis.* 2000. Vol. 10. P. 214–220.
5. Климов Л. В., Парфенов В. А. Когнитивные нарушения в остром периоде ишемического инсульта // *Неврол. журн.* 2006. № 11. (Прилож. № 1). С. 53–57.
6. Яхно Н. Н. Когнитивные расстройства в неврологической практике // *Неврол. журн.* 2006. № 11. (Прилож. № 1). С. 4–13.
7. Калашникова Л. А., Зуева Ю. В., Пугачева О. В., Корсакова Н. К. Когнитивные нарушения при инфарктах мозжечка // *Журн. неврол. и психиатрии им. С. С. Корсакова.* 2004. Прилож. Инсульт. Вып. 11. С. 20–27.
8. Боголепова А. Н. Роль нейропсихологических исследований у больных, перенесших ишемический инсульт (обзор) // *Журн. неврол. и психиатрии им. С. С. Корсакова.* 2005. Прилож. Инсульт. Вып. 13. С. 72–75.
9. *Hachinski V.* Stroke and vascular cognitive impairment // *Stroke.* 2007. Vol. 38 (4). P. 1396–1403.
10. *Bidzan L., Bidzan M.* Vascular factors and progression of cognitive decline in elderly people // *Psychiatr. Pol.* 2005. Vol. 39. N 5. P. 987–995.
11. *Henon H., Pasquier F., Durnieu J. et al.* Pre-existing dementia in stroke patients. Baseline frequency, associated factors and outcome // *Stroke.* 1997. Vol. 28. P. 2429–2436.
12. *Одинак М. М., Анисимова Л. Н., Вознюк И. А.* Ранняя реабилитация в остром периоде ишемического инсульта // *Журн. неврол. и психиатрии им. С. С. Корсакова.* 2003. Прилож. Инсульт. Вып. 9. С. 191. Тез. докл. 1 Росс. конгр.: цереброваскулярная патология и инсульт. (Москва, 22–24 сентября 2003).

13. *Скоромец А. А., Монро П., Сорокоумов В. А.* Новая врачебная стратегия при церебральных инсультах // Журн. неврол. и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2003. Прилож. Инсульт. Вып. 9. С. 183. Тез. докл. 1 Росс. конгр.: цереброваскулярная патология и инсульт. (Москва, 22–24 сентября 2003).
14. Основы ранней реабилитации больных с острым нарушением мозгового кровообращения: Учебн.-метод. пособие для вузов / Под ред. В. И. Скворцовой. М.: Литтерра, 2006. 104 с.
15. *Шкловский В. М.* Концепция нейрореабилитации больных после инсульта // Журн. неврол. и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2003. Прилож. Инсульт. Вып. 8. С. 10–23.
16. *Дамулин И. В.* Когнитивные расстройства при цереброваскулярной патологии // Журн. неврол. и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2009. Т. 109, № 1. С. 70–75.
17. *Лурия А. Р.* Высшие корковые функции и их нарушение при локальных поражениях мозга. 3-е изд. М.: Академпроект, 2000. 504 с.
18. *Блейхер В. М., Крук И. В., Божов С. Н.* Практическая патопсихология: Руководство для врачей и медицинских психологов. М.: МПСИ, 2006. 624 с.
19. *Рубинштейн С. Я.* Экспериментальные методы патопсихологии, опыт их применения в клинике. Практическое руководство: В 2 кн. 3-е изд. М.: Изд. института психотерапии, 2004. 377 с.
20. *Белова А. Н.* Нейрореабилитация: Руководство для врачей. 2-е изд. М.: Антидор, 2002. 736 с.
21. *Логунов К. В.* Оценка эффективности лечебных и диагностических методов. Метод. пособие. СПб.: Изд. дом СПб МАПО, 1999. 26 с.
22. *Ермакова Н. Г.* Некоторые психологические предпосылки выбора методов психологической коррекции в целях оптимизации реабилитационного процесса у постинсультных больных // Оптимизация реабилитационного процесса при церебральном инсульте: Сб. науч. тр. ЛНИПНИ им. В. М. Бехтерева / Под. ред. О. А. Балунова, Т. Д. Демиденко. Л.: 1990. Т. 126. С. 102–107.
23. *Ермакова Н. Г.* Психотерапия в реабилитации неврологических больных // Основы реабилитации неврологических больных / Под ред. Т. Д. Демиденко, Н. Г. Ермаковой. СПб.: Фолиант, 2004. С. 172–245.
24. *Ермакова Н. Г.* Изучение отношения к заболеванию и к лечению у больных с последствиями инсульта в процессе восстановительного лечения // «Многообразие психологической помощи»: Сб. науч. тр. / Под. ред. Е. П. Кораблиной. СПб.: Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена, 2008. С. 39–46.
25. *Ермакова Н. Г.* Психотерапия и психологическая коррекция в нейрореабилитации. Теоретические и методологические аспекты // Вестн. С.-Петерб. ун-та. Сер. 6. 2007. Вып. 3. С. 319–330.
26. *Ермакова Н. Г.* Психологические особенности больных с последствиями инсульта в левом и правом полушарии головного мозга в процессе реабилитации // Вестн. С.-Петерб. ун-та. Сер. 11. 2008. Вып. 3. С. 24–32.
27. *Копытин А. И.* Руководство по групповой арттерапии. СПб.: Речь, 2003. 320 с.
28. *Балунов О. А., Демиденко Т. Д., Янковская Е. М. и др.* Роль семейных взаимоотношений в реабилитации больных, перенесших инсульт: метод. рек.: Пособие для врачей / Под ред. О. А. Балунова, Т. Д. Демиденко. СПбНИПНИ им. В. М. Бехтерева. СПб., 2000. 33 с.
29. *Демиденко Т. Д., Ермакова Н. Г.* Коррекция когнитивных жизненных стилей постинсультных больных как профилактика повторного инсульта // «Психоневрология в современном мире». Юбилейная науч. сессия СПбНИПНИ им. В. М. Бехтерева / Под ред. Н. Г. Незнанова. 2007. 14–18 мая. СПб., 2007. С. 142–143.
30. *Балунов О. А., Демиденко Т. Д., Триумфова Е. А. и др.* Психосоциальная адаптация больных, перенесших церебральный инсульт // Сбор. научн. трудов СПб ПНИ им. В. М. Бехтерева: «Психосоциальная реабилитация и качество жизни» / Под ред. А. С. Ломаченкова, В. А. Михайлова. СПб., 2001. Т. 137. С. 47–62.

31. *Цветкова Л. С.* Восстановление высших психических функций (после поражений головного мозга). М.: Академпроект, 2004. 384 с.

32. *Кадыков А. С.* Адаптация к нарушениям общения // Медицинская реабилитация / Под ред. В. М. Боголюбова. 2 изд. М.: (б/и): 2007. Т. 1. С. 592–615.

33. *Петрушевичене Д. П., Кришчюнас А. Й., Савицкас Р. Ю.* Факторы, влияющие на эффективность эрготерапии на раннем этапе реабилитации больных с церебральным инсультом // Журн. неврол. и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2007. Прилож. Инсульт. Вып. 21. С. 65–70.

34. *Парфенов В. А., Гураж С. В.* Повторный ишемический инсульт и его профилактика у больных с артериальной гипертензией // Журн. неврол. и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2005. Прилож. Инсульт. Вып. 14. С. 3–8.

Статья поступила в редакцию 16 сентября 2009 г.