

СОЦИАЛЬНАЯ СИТУАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТИНСУЛЬТНОГО ПАЦИЕНТА С «ЛОБНЫМ СИНДРОМОМ»

Г.И. Тареев , А.С. Яламов

ФГБОУ ВО «Университет «Дубна», Дубна, Россия

Лобные дисфункции являются частыми патологиями при развитии различных нейродегенеративных заболеваний, таких как: болезнь Альцгеймера, деменция, энцефалопатия, цереброваскулярные заболевания. Поэтому требуется разработка методов сопровождения подобных подопечных и нами предлагается такой вариант с апелляцией к социальной ситуации реабилитации как к полю для реализации средств компенсации нарушения регуляции, программирования и контроля произвольной деятельности. С помощью методики контент-анализа продемонстрирована динамика сопровождения конкретного подопечного с подобными нарушениями, приведены примеры возможных средств, предоставляемых специалистом (схемы ориентировочной основы действия для выполнения бытовых и профессиональных задач), а также описаны возможности введения родственников в процесс реабилитации с целью контроля использования данных средств и их интериоризации в дальнейшем самим подопечным.

Ключевые слова: нейропсихологическая реабилитация, социальная ситуация реабилитации, восстановление после инсульта, лобный синдром.

Финансирование: авторы заявляют об отсутствии финансирования.

Соблюдение этических стандартов: авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Благодарности: В. Б. Хозиеву – профессору, доктору психологических наук и заведующему кафедрой клинической психологии ФГБОУ ВО «Университет «Дубна» за супервизию и помощь в подготовке данной статьи.

 **Для корреспонденции:** Тареев Глеб Ильич; j.tareev@gmail.com

Статья получена: 13.11.2024 **Статья принята к печати:** 22.12.2024 **Опубликована онлайн:** 22.12.2024

DOI: 10.24075/vmedpsy.2024–02.05

THE SOCIAL SITUATION OF REHABILITATION OF A POST-STROKE PATIENT WITH «FRONTAL LOBE SYNDROME»

Tareev GI , Yalamov AS

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Dubna University», Dubna, Russia

Frontal dysfunctions are frequent pathologies in the neurodegenerative diseases development such as Alzheimer's disease, mental debility, encephalopathy and cerebrovascular diseases. For this reason, it is necessary to develop methods of rehabilitation for such patients. This paper proposes the method of an appeal to the social situation of rehabilitation as a field to implement means of compensation for violations of executive function and programming and control of arbitrary activity. In this paper we demonstrate the dynamics of rehabilitation of the patient with such violations, give examples of possible means provided by a specialist (e.g. schemes of an indicative basis of action for performing household and professional tasks), and describe the possibility of relatives engagement into the rehabilitation process in order to control the use of these means and to internalize them by the patient themselves in the future, using the method of content-analysis.

Keywords: neuropsychological rehabilitation, social situation of rehabilitation, recovery after stroke, frontal lobe syndrome.

Funding: The authors declare that they have no funding.

Compliance with ethical standards: the authors declare no obvious or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Acknowledgments: VB Khozиеv – professor, doctor of psychological sciences and head of the department of clinical psychology of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Dubna University» for supervision and assistance in preparing this article.

 **Correspondence should be addressed:** Gleb I. Tareev; j.tareev@gmail.com;

Received: 13.11.2024 **Accepted:** 22.12.2024 **Published online:** 22.12.2024

DOI: 0.24075/vmedpsy.2024–02.05

Еще на ранних стадиях развития нейропсихологии, в своих первых работах, посвященных опыту реабилитации военных травм во времена Великой отечественной войны, А.Р. Лурия указывал, что нарушенная функция стремится к самопроизвольному восстановлению путем задействования ранее не участвовавших в ее реализации афферентаций. Данный принцип им наблюдался как при поражении периферических отделов нервной системы (при травмах конечностей) – когда работа пораженной конечности кардинально менялась по отношению к ансамблю иннервируемых мышц, что являлось особенно показательным при проведении трудотерапии, так и оставался актуальным при поражении центральной нервной системы [11].

С зарождением идей восстановительного обучения и оформления теории системной динамической локализации высших психических функций данный принцип продолжал быть эффективным при реабилитации. Было установлено, что помимо склонности психики к поиску обходных путей по отношению к утраченной функции, возможно построение специального, восстановительного обучения, которое строится на апелляции к сохранным звеньям, не подверженным нарушению. Сохранные звенья (например, при нарушении фонематического слуха — перестройка функции с опорой на сохранный звено зрительного анализа через обучение чтению по губам) позволяли начать перестраивать функциональную систему, что способствовало ее восстановлению, хотя строение данной системы структурно менялось. Требования определения сохранных звеньев не является для решения нейропсихологической проблемы избыточным, успешная реорганизация имеющейся функциональной системы оказывается возможной при разворачивании самых различных по видам, функциям и доступности для ориентировки пациента в своих действиях средствах, предоставляемых специалистом. Уже в ранних работах отечественных авторов, упоминается важность встраиваемого вокруг подопечного комплекса средств каждое из которых способно отработать на своем отрезке реабилитации.

В числе этих значимых средств Л.С. Цветкова указывала коммуникативные навыки, которые нейропсихолог должен рассматривать в качестве возможности последующего включения подопечного в социальную среду, предшествующую инсульту [13, с. 121]. Таким образом, для успешной компенсации дефекта у подопечного требуется восстановление, в том числе нарушенной в результате травмы, окружающей его привычной для коммуникации и взаимодействия среды. Н.Г. Ермакова выделяет, что работа с этой психотерапевтической средой подопечного может способствовать закреплению результатов проводимой специалистом реабилитации, иначе динамика восстановления может стремительно регрессировать [5]. Отметим, что в результате болезни члена семьи патогенные изменения коммуникации и взаимодействия происходят также в его семье. Родственники обычно не имеют достаточного понимания, как решать проблему мозговой катастрофы у близкого

человека, а столкновение с данной, безусловно фрустрирующей ситуацией, обычно приводит к депрессивному состоянию родственников, тревоге и ощущению беспомощности, что также влияет на ход реабилитации подопечного [9].

На ряду с тем, западные авторы, такие как Джонатан Эванс, Курт Гольдштейн, Оливер Зангвиль рассматривали нейропсихологическую реабилитацию в широком контексте складывающихся в результате травмы иных систем межличностных отношений в среде пациента и его собственной эмоциональной реакции, выделялся важнейший аспект — среда реабилитации. Например, биопсихосоциальный подход О. Зангвиля исследует взаимосвязь первичных когнитивных нарушений, обусловленных нарушениями деятельности мозга, и вторичных изменений в окружающей подопечного среде: от опасений родственников и изменений в социальном общении до влияния нарушений на личность, эмоциональное состояние и самоидентичность. Вся совокупность внутрисемейных межличностных отношений, неминуемо изменяется после случившейся с близким родственником катастрофы. Имеет место ряд нарастающих социальных проблем в форме проявляющихся и преморбидно нетипичных для данного пациента аффектов, стереотипов поведения, разрушающейся комплаентности и др. Присутствуют индивидуальные особенности преморбиды, прошлой жизни подопечного, которые более не могут быть реализованы из-за последствий повреждения мозга [15, с. 12 – 15].

Совокупность всех внешних обстоятельств, способных влиять на течение нейропсихологической реабилитации, мы предлагаем объединить термином «социальная ситуация реабилитации» [7]. Данное понятие созвучно «социальной ситуацией развития» из культурно-исторической концепции Л. С. Выготского, отражающей весь спектр окружающих человека межличностных взаимодействий, влияющих на формирование его личности в рамках культуры данного общества. Социальная ситуация реабилитации, в свою очередь, представляет собой совокупность всех внешних обстоятельств, окружающих подопечного в процессе реабилитации после мозговой катастрофы. В данное понятие, в том числе, входит оценка родственниками актуального функционального состояния подопечного (видимая, принимаемая от медиков, желанная и др.), межперсональные отношения внутри семьи, изменяющиеся в результате заболевания, и совокупность социально значимых событий, способных оказывать влияние на ход реабилитации: мотивация больного, самополагание подопечного в рамках болезни, множество предикторов поведения из преморбиды и др.

Социальная ситуация реабилитации может способствовать проявлениям негативных тенденций копинга и комплайенса, способных искажать реабилитационный процесс (рис.1). Так, например, мы можем выделить щадящую установку, введенную Л.С. Цветковой для описания чрезмерно бережного отношения к подопечному, установку выполнять большую часть задач за

него, что может снижать его инициативность и самостоятельность [14]. Нам известен случай, когда чрезмерно щадящая установка со стороны одного из родственников ограничивала произвольность речи подопечной, ввиду чего тяжесть проявления нарушения динамического компонента речи была значительно выше действительного. Дочь «гиперопекала» подопечную, отвечала за нее на любые вопросы как от специалиста, так и от других людей, в результате инициативность речи была снижена. После обсуждения данной проблемы с дочерью и

на основе индивидуальных занятий с подопечной, мы выяснили, что потенциал построения высказываний у подопечной присутствует, но в результате щадящей установки со стороны дочери у подопечной сформировалась оппозиционная установка «за меня и так ответит моя дочь». Снятие данной щадящей установки в ходе беседы с родственником позволило убрать некий «блок», в результате чего динамика восстановления грамматической структуры речи у подопечной стала выше, а тяжесть проявления дефекта ниже.

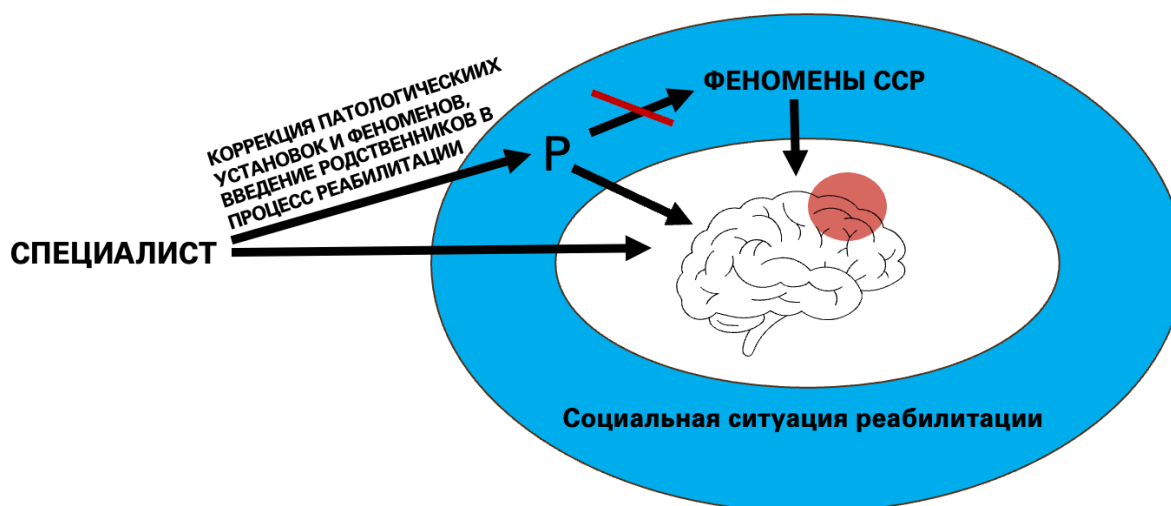


Рис. 1. Схема работы с социальной ситуацией реабилитации пациента

Возможно отметить также чрезмерно требовательную позицию больного по отношению к себе, например, завышенные ожидания в части профессиональной деятельности. Ученый после инсульта не способен выполнять профессиональные задачи, но продолжает стремиться к занятиям научной деятельностью, в итоге – фрустрация из-за неудач, грозящая обратиться в депрессивный фон.

Имеющиеся у пациента знания и его ведущая деятельность могут выступать опорой для построения программы реабилитации. Знания и профессиональные навыки зачастую могут быть относительно сохранными (то же касается автоматизмов у бывших спортсменов, музыкантов, рабочих физического труда и др.). Прежде всего стремление подопечного вернуться к прежней жизни ведёт за собой реабилитацию, при этом важно понимать, что близкие, даже если они понимают, что полный возврат к преморбиде маловероятен, не должны препятствовать этой мотивации. Различные моменты социальной ситуации реабилитации могут оказывать сложное влияние друг на друга, а также отягощаться патологическими и пессимистическими установками родственников, замедляющими восстановление подопечного.

Исследование социальной ситуации реабилитации возможно с помощью структурированного интервью, в

котором выясняются аспекты взаимодействия (содержание и формы) до и после инсульта; представления о перспективах, конфликты, возникающие на фоне функциональных ограничений, ориентировка родственников в особенностях нарушения высших психических функций подопечного и их восстановления, определение опасений и надежд на исход реабилитации для дальнейшего построения семейных копинг-стратегий для преодоления фрустрации из-за болезни близкого человека. Полученная информация позволяет сформулировать план реабилитации подопечного в более совершенном виде, учесть множество аспектов, недоступных при анализе, опирающемся исключительно на результаты нейропсихологической диагностики. Так, например, подопечный может быть заинтересован в восстановлении профессиональных навыков, а, в свою очередь, семья может быть обеспокоена его социальной интактностью на семейных застольях. Все эти нюансы должны быть учтены в процессе построения траектории процесса реабилитации [2, с. 7-8]. Решение кризисной ситуации, которой является реабилитация, особенно на его начальных этапах, возможно с помощью специалиста, который направит семью к формированию положительных новообразований, добиться которых возможно с помощью совместной деятельности. Примерами новообразований, достигнутых нами в нашей практике

реабилитации и организации совместной деятельности родственника и пациента, могут послужить: звонок с мобильного телефона, навык арифметических подсчетов и др.

Помимо непосредственной работы с окружением пациента, выявления и коррекции патологических установок и феноменов в нём, возможно обращение к социальной среде как к средству компенсации его функциональных нарушений и повышения качества жизни пациента, что особенно эффективно при лобном синдроме.

Лобный синдром — это комплексное нарушение психической деятельности, при котором затрагиваются важнейшие отделы ассоциативной коры, а также подкорковых структур, такие как диэнцефальные отделы, лимбическая система и тд. Ассоциативные центры (третьичные отделы коры) являются важнейшими интегративными образованиями, благодаря которым человеку доступна целенаправленная произвольная деятельность, планирование и выполнение задач, состоящих из нескольких попеременно сменяющихся действий [12]. Данные центры, имеющие сложное строение благодаря развитию культурного бытия и трудовой деятельности человека, берут на себя контроль за другими функциональными системами, способствуя организации внимания и контроля над высшими психическими функциями опосредованно, через речь (сначала внешнюю, а затем и внутреннюю) [10]. Лимбические отделы участвуют в организации эмоций, нарушение в данных отделах сказывается на эмоциональном состоянии подопечного — ему могут быть свойственны перепады настроения, или же, наоборот, ригидность, склонность к «капризам» и избеганию социального взаимодействия.

При лобном синдроме происходит общее нарушение многих когнитивных сфер: мнестической, гностической, двигательной, внимания. Страдает критичность к различным ситуациям, собственным ошибкам, забыванию. Ввиду мнестических нарушений подопечный с лобным синдромом нередко забывает события, которые он должен был выполнить на досуге, страдает планирование различных задач, в том числе, бытовых. Возможны нарушения сферы восприятия в виде псевдогагнозии, проявляющейся в деструкции симультанности восприятия. Главенствующим симптомом является нарушение программирования регуляции и контроля произвольной деятельности, когда бытовые и профессиональные задачи становятся недоступными для пациента [4]. Эти ограничения связаны с неспособностью одновременно удерживать и выполнить несколько сменяющихся друг за другом действий из-за повышенного торможения коры, проявляющегося в виде инертных стереотипий (застревании на прошлых аспектах задачи, трудности в переключении). Данный дефект приводит к дезориентировке в быту одновременно с тем, как мнестические нарушения сказываются на возможности планирования — происходит распад распорядка дня.

Наша модель сопровождения подопечного с лобными дисфункциями опирается на идеи биопсихосоци-

ального подхода западных авторов (Оливер Зангвиль, Джонатан Эванс и др.) и, конечно же, восстановительного обучения Л. С. Цветковой. Мы предлагаем вариант перестройки функции регуляции, программирования и контроля произвольной деятельности с использованием внешних средств, созданных нейропсихологом и активное использование широкого круга возможностей социальной ситуации реабилитации. Звено программирования возможно задать через введение схем ориентировочной основы действия (далее схем ООД). В схемах ООД каждый шаг может быть представлен в виде списка последовательно сменяющихся действий, опираясь на которые подопечный сможет выполнять различные бытовые и профессиональные задачи. Функция контроля может быть развернута за счет родственников, которые ориентируют подопечного в схеме ООД, отслеживают каждый шаг, чтобы он не терялся в схеме из-за мнестических и регуляторных нарушений [6]. Овладение регулирующей функцией проходит через индивидуальные занятия нейропсихолога с подопечным, во время которых отрабатывается схема, выявляются возможные трудности при ее применении, что также отрабатываются совместные действия с родственниками после их инструктирования. В дальнейшем возможна интериоризация данной схемы подопечным, однако для исследования этого момента требуются дальнейшие исследования, поскольку мнестические нарушения могут значительно отягощать этот процесс. Совместная деятельность родственника и подопечного, в которой происходит овладение бытовым действием при использовании схемы ООД, может значительно повлиять на формирование внутренней картины болезни подопечного, представлений родственника о характере затруднений у близкого человека.

Данную модель реабилитации с учетом социальной ситуации реабилитации как поля для реализации средств компенсации при лобном синдроме можно представить схематично (рис.2).

Модернизируя социальную ситуацию реабилитации с помощью вмешательства специалиста, возможно внедрение этих средств в повседневную жизнь подопечного. Индивидуальный характер схемы ООД, особенно в соотношении могут качественно различаться в разных семьях, сталкивающихся с инсультом или нейродегенерациями. Данную модель возможно преобразовать под различные случаи в зависимости от конкретного характера нарушений (наличия помимо нарушений лобного характера специфических нарушений разной локализации), определенной направленности профессионализма в преморбиде и ограниченности выполнения задач в профессиональной деятельности из-за дефекта. Таким образом, замещение нарушенных звеньев при лобной дисфункции (преимущественно префронтальных отделов коры больших полушарий) возможно за счет обращения к ближайшему кругу подопечного — социальной ситуации реабилитации, значительную часть которой составляют его близкие родственники.

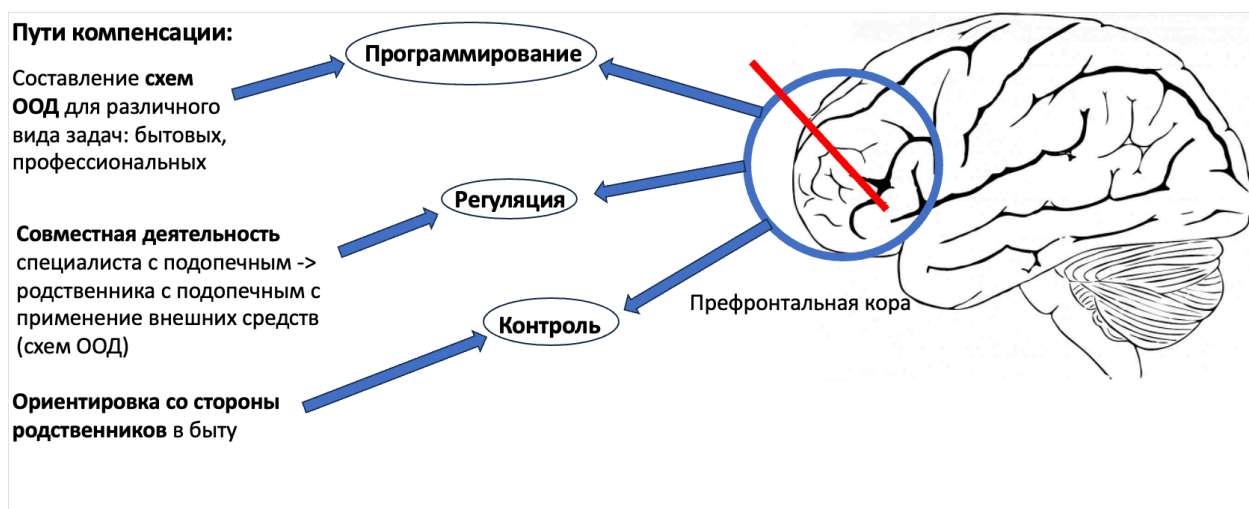


Рис. 2. Модель нейropsychологической реабилитации с введением внешнего средства (схемы ООД) и родственников в процесс реабилитации при лобном синдроме

Говоря о виде задач, при которых возможно создание подобной системы, мы в первую очередь подразумеваем бытовые задачи: например, готовку блюд, запуск стиральной машины, принцип пользования бытовой техникой и даже построение схемы высказывания при динамической афазии. Схемы могут послужить отличным средством для выполнения различных профессиональных задач [3]. Нами была разработана схема ООД, благодаря которой бухгалтер вновь смог проводить подсчеты в задачах с несколькими действиями, эта функция была утрачена из-за лобной акалькулии (рис. 3). Введение средств под контролем родственников и инструктирование родственников в особенностях использования этих средств являются важнейшими пунктами работы нейropsychолога в процессе реабилитации [6]. Эти средства дают подопечному частичную самостоятельность в выполнении различных задач, одновременно с тем, как родственники начинают ориентироваться в нарушениях близкого человека и открывают для себя, каким именно образом возможно помочь ему. Смена позиции в отношении подопечного от выполнения всех задач за него к поддержке поначалу его частичной са-

мостоятельности — важнейший шаг в реабилитации, который возможен благодаря корректировке установок родственников, внедрению внешних средств со стороны специалиста.

Средство, предлагаемое специалистом, может значительно отличаться в зависимости от запроса родственников или подопечного. В том числе, оно может компенсировать трудности в профессиональной деятельности или в быту [4]. Благодаря схемам мы можем компенсировать выпадение звена внутреннего программирования произвольной деятельности, однако полноценное использование средства требует полноценного функционирования звена контроля, компенсацией которого выступают именно родственники, ориентирующие подопечного в особенностях пользования данной схемой. Например, нами была создана схема выполнения арифметических подсчетов при лобной акалькулии (рис. 3) для подопечной Г.Н., по профессии — бухгалтеру, которому нужно совершать множество небольших подсчетов, состоящих из нескольких действий, из-за лобной акалькулии данный навык был утрачен.

КАК ОПРЕДЕЛИТЬ ПОРЯДОК ДЕЙСТВИЙ?

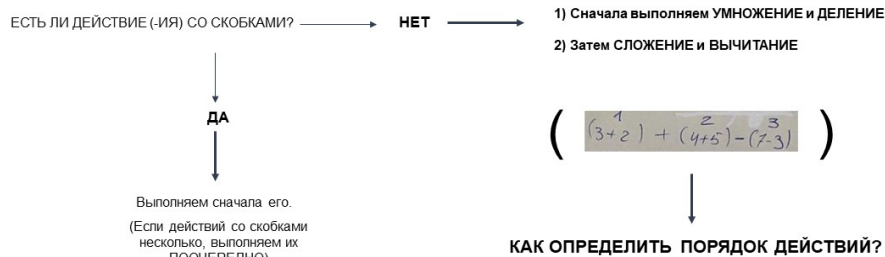


Рис. 3. Схема выполнения арифметических подсчетов при лобной акалькулии

Выписка из протокола: «В первое время Д. было сложно справляться с примерами, но затем она все чаще и чаще начала правильно отвечать, руководствуясь составленной программой. Часто она терялась в инструкции, несмотря на уже успешно выполненные задачи; она может спонтанно забыть инструкцию и попасть под влияние импульсивных компенсаций. В дальнейших планах реабилитации - полноценное усвоение программы с постепенным ее включением в решение арифметических задач любого типа». Нами было установлено, что при использовании данной схемы подопечная правильно выполняет больше составных (в несколько действий) арифметических примеров, чем без схемы. В дальнейшем данная схема активно использовалась подопечной при выполнении профессиональных задач — бухгалтерских подсчетов.

2) Большим пальцем правой руки нажмите на кнопку сверху справа.



3) Теперь нужно определиться кому нам надо позвонить.

Дочери
Два раза нажмите кнопку (6)



Сыну
Три раза нажмите кнопку (2)



4) Далее один раз нажмите на нижнюю часть кнопки в виде кольца, она находится прямо посередине, выглядит как кольцо.



5) После этого нажмите на кнопку звонка (она выглядит как перевернутая скобка) Примечание: Эта же кнопка используется для того чтобы ответить, когда звонят ВАМ.



Рис. 4. Схема пользования мобильным телефоном

Данная схема использовалась изначально совместно с родственником (под его контролем), затем самостоятельно, что позволило подопечной самостоятельно совершать звонки сыну или дочери упрощенным способом, несмотря на значительные трудности, возникающие до этого (рис. 4).

Благодаря данным схемам мы можем успешно компенсировать нарушение звена программирования произвольной деятельности, благодаря чему подопечному вновь становится доступным выполнение задач, требующих удержания и последовательной реализации нескольких сменяющихся друг за другом актов. Данные средства активно поддерживаются нашей работой с социальной ситуацией реабилитации. Родственники выступают важнейшим «средством» преодоления инертности, из-за которой подопечный не может переключиться на следующий пункт задачи. Они участвуют в первичном контроле, что впоследствии открывает потенциал к самостоятельному выполнению задач подопечным. Важнейшим звеном выступает организация совместной деятельности родственника и подопечного посредством домашних заданий [16]. В данном случае мы ссылаемся на идеи восстановительного обучения Л. С. Цветковой (опора на сохраненные психические функции; опора на разные уровни организации психических функций; принцип учета личности больного; принцип опоры на предметную деятельность и др.), эффективность которых может быть полноценно реализована и закреплена при активных занятиях и упражнениях со схемой за пределами занятий со специалистом, в том числе, в домашней обстановке совместно с родственниками [13]. В описанной выше модели реабилитации мы предлагаем вариант межфункциональной перестройки нарушенной функции регуляции, программирования и контроля с помощью 3 звеньев: выведенное во внешний план с помощью схемы ООД действие бытового или профессионального характера, ориентировка со стороны родственников и отработка использования схемы совместно со специалистом, и, в дальнейшем, на дому в виде совместной деятельности с родственником.

На примере одного клинического случая мы хотели бы продемонстрировать эффективность применения нашей модели сопровождения при лобном синдроме.

Целью данного исследования является изучение эффективности проведения нейропсихологической реабилитации с введением родственников в процесс реабилитации и средств, намеченных специалистом (в нашем случае — схемы построения высказываний).

Гипотеза исследования: работа с социальным контекстом реабилитации, в особенности с ближайшим окружением подопечного (коррекция патологических феноменов (или установок) и включение родственников в процесс реабилитации) в совокупности с системными занятиями со специалистом и введением побочного средства в виде схемы ориентировочной основы действия способствует повышению эффективности нейропсихологической реабилитации речи при динамической афазии.

Материалы и методы исследования. Подопечная с лобным синдромом В.Н. женщина, 81 год, с последствиями инсульта передней мозговой артерии. На передний план выступают нарушения регуляции, программирования и контроля. Присутствуют речевые нарушения по типу динамической афазии II-го типа. Топический

диагноз по результатам МРТ: Признаки патологического функционирования префронтальных отделов лобных долей мозга правого и левого полушарий головного мозга с вовлечением в патологический процесс субкортикальных структур. Сопровождение осуществлялось в составе мультидисциплинарной реабилитационной команды на втором этапе реабилитации (стационарно) и впоследствии на дому с согласия родственников.

Так как при динамической афазии на первый план выступают нарушения синтагматической стороны речи – построения грамматических структур [1]. В качестве средства компенсации дефекта построения высказываний использовалась разработанная нами схема построения речевых высказываний по сюжетным изображениям (рис. 5). С помощью данной схемы подопечная описывала сюжетные изображения. Помимо занятий со специалистом мы проинструктировали родственников и выдали им домашние задания со схемой, которые выполнялись подопечной под их контролем, расширив рамки процесса реабилитации за пределы занятий с нейропсихологом.

Схема построения высказываний по изображениям.

1. Осмотрите изображение. Каких лиц можно выделить? Назовите первого. Чтобы было проще – задайте вопрос *кто?* или *что?* Какая часть картинки отвечает на этот вопрос?
2. Задайте вопрос: *что делает?* Что делает лицо выделенное нами до этого?
3. Если это возможно, опишите действующее лицо. Задайте вопрос *какой?/какая?/какое?/какие?*
4. Задайте вопрос от глагола, который вы написали. Какой вопрос можно задать? Ниже представлены варианты:

Какой вопрос можно задать от глагола?

Поясняющий место, на которое направлено действие:

Куда?
Где?
Откуда?
По чему?

Уточняющий то, с помощью чего происходит действие:

На чём?
Кого?
С помощью чего?
С чем? / С кем?
Чем?
Что?

5. Переходите к следующему действующему лицу (вернитесь к пункту 1.)

Рис. 5. Схема построения высказываний по сюжетным изображениям

На протяжении месяца на каждом занятии проводился срез с использованием методики контент-анализа речи [8]. В. Н. описывала сюжетные изображения, пользуясь нашей схемой. Полученный материал в виде описательных высказываний анализировался по критериям: LG+: Кол-во предложений с правильным порядком слов, без потери субъекта или предиката; PRVLNC+: Кол-во предложений со второстепенными членами; PER: количество системных персевераций; EMBL: количество речевых стереотипов; SMLT: количество симультанных синтезов (упоминание нескольких лиц в одном высказывании, описание их взаимодействия друг с другом). Единицей контент-анализа выступало описание одного сюжетного изображения несколькими предложениями.

Схема исследования:

БС СС СС СС СС СС

БС – описание без использования схемы;
СС – с использованием схемы.

Результаты исследования. Прослеживается позитивная динамика при введении схемы и занятиях на дому совместно с родственниками по сравнению с серией без схемы. При этом динамика подвижна и увеличивается по мере проведения срезов, что говорит о некотором потенциале интериоризации. Показатели по LG+ (количество предложений с правильным порядком слов, без потери субъекта или предиката) и PRVLNC+ (количество предложений со второстепенными членами) выросли на 3,2 и 2,2 соответственно. При этом отмечается снижение проявления речевых стереотипов и системных персевераций до минимума. Речь становится более структурированной и последовательной. В речи стали проявляться симультанные синтезы (рис. 6).



Рис. 6. Результаты исследования речи подопечной В.Н. при введении схемы построения высказываний и организации совместной деятельности с родственником

Результаты исследования указывают на эффективность применения схемы построения высказывания одновременно с введением родственников в процесс реабилитации и организации совместной деятельности между подопечным и родственником (описание сюжетных изображений). Действительно, схема выступает средством компенсации звена программирования, а родственники в свою очередь компенсируют звено контроля, что подтверждается положительной динамикой составляемых подопечной высказываний.

Выводы. На основании теоретического анализа и проведенного исследования можно заключить, что данная модель нейропсихологического сопровождения (введение компенсирующих средств в виде схем ориентировочной основы действия и введение родственников в процесс реабилитации) является качественно эффективной при реабилитации подопечных с лобным синдромом. Организация совместной деятельности подопечного с родственником одновременно с внедрением схем ООД для выполнения различных задач под контролем родственников способствует компенсации нарушения регуляции, программирования и контроля произвольной деятельности и может качественно повысить уровень жизни подопечного на бытовом, и, в том числе, профессиональном уровне.

Литература

- Ахутина, Т.В. Нейролингвистический анализ лексики, семантики и прагматики / Т.В. Ахутина – Москва: Языки славянской культуры, 2014. – 423 с.
- Баландина, Л.Л. Особенности семейных отношений и эмоциональных состояний у лиц с разным уровнем постинсультной депрессии / Л.Л. Баландина, Р.К. Бердникова. // Вестник Пермского государственного гуманитарно-педагогического университета. Психологические и педагогические науки. – 2019. – № 1. – С. 80 – 87.
- Гусев, А.О., Ковальчук, В.В. Пути повышения уровня социально-бытовой адаптации пациентов, перенесших инсульт / А.О. Гусев, В.В. Ковальчук // Ученые записки СПбГМУ им. И.П. Павлова. 2010. №3.
- Ермакова, Н.Г. Нарушение высших психических функций и их влияние на ограничение самообслуживания и жизнедеятельности больных с последствиями инсульта / Н.Г. Ермакова. // Вестник ЮУрГУ. – 2019. – № 1, Т. 12. – С. 60 – 70.
- Ермакова, Н.Г. Психотерапевтическая среда при реабилитации больных с последствиями инсульта - одна из форм терапии средой / Н.Г. Ермакова. // Вестник ЮУрГУ. – 2016. – № 2 Т. 9. – С. 45 – 59.
- Клочко, Н.П., Елецкая О.В. Модель долгосрочного психологического сопровождения семей пациентов с афазией / Н.П. Клочко, О.В. Елецкая // Северный регион: наука, образование, культура. 2022, – С. 55 – 61.
- Клочко, Н.П. Нейропсихологическая реабилитация больных в остром периоде очаговых поражений головного мозга: дис. ... канд. психол. наук / Н.П. Клочко. – М., 2002. – 163 с.
- Кирпиков, А.Р. Качественный контент-анализ как метод исследования / А.Р. Кирпиков // XXI Международная конференция памяти профессора Л.Н. Когана «Культура, личность, общество в современном мире: методология, опыт эмпирического исследования», 22-23 марта 2018 г., Екатеринбург. – Екатеринбург: УрФУ, 2018. – С. 67 – 74.
- Кокорева, М.Е., Роль и функции семьи в социальной адаптации индивида, перенесшего инсульт головного мозга / М. Е. Кокорева // Знание. Понимание. Умение. 2015. №1.
- Леонтьев, А.Н. Деятельность. Сознание. Личность: учебное пособие / А.Н. Леонтьев. – 2-е издание, стереотипное. – Москва: Смысл: Академия, 2005. – 352 с.
- Лурья, А.Р. Восстановление функций мозга после военной травмы / А. Р. Лурья; Акад. мед. наук СССР. Ин-т неврологии. – Москва: изд-во и тип. Изд-ва Акад. мед. наук СССР, 1948. – 236 с.
- Скворцов, А. А. Нарушения программирования, регуляции и контроля мышления при поражении префронтальных отделов мозга: диссертация ... кандидата психологических наук: 19.00.04 / Скворцов Анатолий Анатольевич; [Место защиты: Моск. гос. ун-т им. М.В. Ломоносова]. – Москва, 2008. – 211 с.
- Цветкова, Л. С. Введение в нейропсихологию и восстановительное обучение. Учебное пособие / Л. С. Цветкова – М.: Московский психолого-социальный институт, 2000. – 148 с.
- Цветкова, Л. С., Цветков, А. В. Изменение установки личности как механизм нейропсихологической реабилитации / Л. С. Цветкова, А. В. Цветков // Теория и практика общественного развития (электронный журнал). — 2013. — № 5. — С. 109-111.
- Evans, J. Neuropsychological rehabilitation: The Origins of Contemporary Practice // Higher Brain Function Research. 2019. Vol. 3. Pp. 273-282.
- Pei-Chun, T., Ping-Keung, Y., John, J.T., Meei-Fang, L. Needs of family caregivers of stroke patients: a longitudinal study of caregivers' perspectives // Patient Preference and Adherence. 2015. Vol. 9. Pp. 449 – 457.

References

- Akhutina, T.V. Neyrolingvisticheskiy analiz leksiki, semantiki i pragmatiki / T.V. Akhutina – Moskva: Yazyki slavyanskoy kul'tury, 2014. – 423 s.
- Balandina, L.L. Osobennosti semeynykh otnosheniy i emotsional'nykh sostoyaniy u lits s raznym urovnem postinsul'tnoy depressii / L.L. Balandina, R.K. Berdnikova. // Vestnik Permskogo gosudarstvennogo humanitarno-pedagogicheskogo universiteta. Psikhologicheskkiye i pedagogicheskkiye nauki. – 2019. – № 1. – S. 80 – 87.
- Gusev, A.O., Koval'chuk, V.V. Puti povysheniya urovnya sotsial'no-bytovoy adaptatsii patsiyentov, perenesshikh insul't / A.O. Gusev, V.V. Koval'chuk // Uchenyye zapiski SPbGMU im. I.P. Pavlova. 2010. №3.
- Yermakova, N.G. Narusheniye vysshikh psikhicheskikh funktsiy i ikh vliyaniye na ogranicheniye samoobslyuzhivaniya i zhiznedeyatel'nosti bol'nykh s posledstviyami insul'ta / N.G. Yermakova. // Vestnik YUUrGU. – 2019. – № 1, T. 12. – S. 60 – 70.
- Yermakova, N.G. Psikhoterapevticheskaya sreda pri reabilitatsii bol'nykh s posledstviyami insul'ta - odna iz form terapii sredoy / N.G. Yermakova. // Vestnik YUUrGU. – 2016. – № 2 T. 9. – S. 45-59.
- Klochko, N.P., Yeletskaia O.V. Model' dolgosrochnogo psikhologicheskogo soprovozhdeniya semey patsiyentov s afaziyey / N.P. Klochko, O.V. Yeletskaia // Severnyy region: nauka, obrazovaniye, kul'tura. 2022 C. 55 – 61.
- Klochko, N.P. Neyropsikhologicheskaya reabilitatsiya bol'nykh v ostrom periode ochagovykh porazheniy golovnog mozga: dis. ... kand. psikh. nauk / N.P. Klochko. – M., 2002. – 163 s.
- Kirpikov, A.R. Kachestvennyy kontent-analiz kak metod issledovaniya / A.R. Kirpikov // XXI Mezhdunarodnaya konferentsiya pamyati professora L.N. Kogana «Kul'tura, lichnost', obshchestvo v sovremennom mire: metodologiya, opyt empiricheskogo issledovaniya», 22 – 23 marta 2018 g., Yekaterinburg. – Yekaterinburg: UrFU, 2018. – S. 67 – 74.
- Kokoreva, M.Ye., Rol' i funktsii sem'i v sotsial'noy adaptatsii individa, perenesshego insul't golovnog mozga / M.Ye. Kokoreva // Znaniye. Ponimaniye. Umeniye. 2015. №1.
- Leont'yev, A.N. Deyatel'nost'. Soznaniye. Lichnost': uchebnoye posobiye / A.N. Leont'yev. – 2-ye izdaniye, stereotipnoye. – Moskva: Smysl: Akademiya, 2005. – 352 s.
- Luriya, A.R. Vosstanovleniye funktsiy mozga posle voyennoy travmy / A. R. Luriya; Akad. med. nauk SSSR. In-t nevrologii. – Moskva: izd-vo i tip. Izd-va Akad. med. nauk SSSR, 1948. – 236 s.
- Skvortsov, A.A. Narusheniya programmirovaniya, regul'yatsii i kontrolya myshleniya pri porazhenii prefrontal'nykh otdelov mozga: dissertatsiya ... kandidata psikhologicheskikh nauk: 19.00.04 / Skvortsov Anatoliy Anatol'yevich; [Mesto zashchity: Mosk. gos. un-t im. M.V. Lomonosova]. – Moskva, 2008. – 211 s.
- Tsvetkova, L.S. Vvedeniye v neyropsikhologiyu i vosstanovitel'noye obucheniye. Uchebnoye posobiye / L.S. Tsvetkova — M.: Moskovskiy psikhologo-sotsial'nyy institut, 2000. — 148 s.
- Tsvetkova, L.S., Tsvetkov, A.V. Izmeneniye ustanovki lichnosti kak mekhanizm neyropsikhologicheskoy reabilitatsii / L.S. Tsvetkova, A.V. Tsvetkov // Teoriya i praktika obshchestvennogo razvitiya (elektronnyy zhurnal). – 2013. – № 5. – S. 109 – 111.
- Evans, J. Neuropsychological rehabilitation: The Origins of Contemporary Practice // Higher Brain Function Research. 2019. Vol. 3. Pp. 273 – 282.
- Pei-Chun, T., Ping-Keung, Y., John, J.T., Meei-Fang, L. Needs of family caregivers of stroke patients: a longitudinal study of caregivers' perspectives // Patient Preference and Adherence. 2015. Vol. 9. Pp. 449 – 457.