

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ**

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА БАКАЛАВЛА

**на тему: ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ
ПОСТІНСУЛЬТНИХ ХВОРИХ НА ЕТАПІ ВІДНОВЛЕННЯ**

Виконала: студентка IV курсу,
групи 6.0530-1

спеціальності: 053 Психологія
освітньої програми: Психологія

Селіна Євгенія Павлівна

Керівник: к.психол.н., доцент кафедри
психології Кушнір Є.О.

Рецензент: к.філол.н., доцент кафедри
психології Томченко М.А.

Запоріжжя

2024

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології
Кафедра психології
Спеціальність 053 Психологія
Освітня програма 053 Психологія
Спеціалізація 053 Психологія

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри Губа Н.О.
«__» _____ 20__ року

З А В Д А Н Н Я

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ

Селіної Євгенії Павлівни

1. Тема роботи «Особливості психологічного супроводу постінсультних хворих на етапі відновлення»

керівник роботи Кушнір Євгенія Олексіївна к.психол.н., доцент кафедри психології

затвердженні наказом ЗНУ від «05» 02 2024 року №234-с

2. Строк подання студентом роботи

3. Вихідні данні до роботи – аналіз науково-психологічної літератури, розроблення корекційної програми для постінсультних хворих.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: зафіксувати порушення у піддослідних після інсульту; провести тестування на порушення когнітивних функцій, а саме пам'яті; сформуванати та протестувати на постінсультних хворих корекційну програму.

Перелік графічного матеріалу: 1 таблиця, 1 рисунок.

6.Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
Вступ	Кушнір Є.О, доцент		
Розділ 1	Кушнір Є.О, доцент		
Розділ 2	Кушнір Є.О, доцент		
Висновки	Кушнір Є.О, доцент		

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	листопад 2023р.	Виконано
2	Робота над вступом	грудень 2023р.	Виконано
3	Робота над першим розділом	січень 2024р	Виконано
4	Робота над другим розділом	лютий 2024р.	Виконано
5	Написання висновків	лютий 2024р.	Виконано
6	Передзахист	травень 2024р.	Виконано
7	Нормоконтроль	червень 2024р.	Виконано

Студент _____ Є.П. Селіна

Керівник роботи _____ Є.О. Кушнір

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ А.О. Неманежина

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота бакалавра: 36 сторінок, 1 таблиця, 1 рисунок, 14 джерел.

Об'єкт дослідження: нейропсихологічна характеристика вищих психічних функцій постінсультних хворих;

Предмет дослідження: особливості психологічної корекції вищих психічних функцій постінсультних хворих

Мета: на основі нейропсихологічного аналізу особливостей психічної діяльності постінсультних хворих розробити ефективну програму корекції їх когнітивних функцій у межах психологічного супроводу процесу їх відновлення.

Гіпотеза дослідження: дієва корекційна програма яка буде повністю поєднувати і фізіологічні особливості реабілітації постінсультних хворих і також психологічні особливості.

Методи дослідження: в роботі використовувались теоретичні методи дослідження: теоретичний аналіз та систематизація наукових джерел, порівняння та узагальнення досліджень з проблеми; та емпіричні методи дослідження: тестування, проблемне завдання

Наукова новизна: станом на зараз в Україні спостерігається тенденція до збільшення кількості людей, що пережили ішемічний інсульт. За статистикою такі хворі у більшості випадків або помирають, або просто не можуть існувати без сторонньої допомоги. На нашу думку ця ситуація спричинена пріоритетом в реабілітації постінсультних хворих перш за все їх рухових функцій з недостатньою увагою до відновлення їх загального психоемоційного стану. Психоемоційний стан постінсультних хворих, а саме депресивні і субдепресивні стани безпосередньо знижують можливості відновлення їх когнітивних функцій.

Галузь використання: психологічні, нейропсихологічні дослідження.

ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ, ВПФ, КОГНІТИВНІ ФУНКЦІЇ, КОРЕКЦІЙНА ПРОГРАМА, ПАМ'ЯТЬ, ВІДНОВЛЕННЯ КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ.

SUMMARY

Selina Y.P. Features of psychological support of post-stroke patients at the stage of recovery.

Bachelor's qualification work: 36 pages, 1 table, 1 graph, 14 sources.

Object of research: neuropsychological characteristics of higher mental functions of post-stroke patients;

Subject of research: peculiarities of psychological correction of higher mental functions of post-stroke patients

Purpose: to develop an effective program for the correction of their cognitive functions within the psychological support of the process of their recovery based on neuropsychological analysis of the peculiarities of mental activity of post-stroke patients.

Hypothesis of the study: an effective correctional program that will fully combine the physiological features of rehabilitation of post-stroke patients and psychological features.

Research methods: theoretical methods of research: theoretical analysis and systematization of scientific sources, comparison and generalization of research on the problem; and empirical methods of research: testing, problem task

Scientific novelty: currently in Ukraine there is a tendency to increase the number of people who have survived ischemic stroke. According to statistics, in most cases, such patients either die or simply cannot exist without assistance. In our opinion, this situation is caused by the priority in the rehabilitation of post-stroke patients primarily their motor functions with insufficient attention to the restoration of their general psycho-emotional state. The psychoemotional state of post-stroke patients, namely depressive and subdepressive states, directly reduces the possibility of restoring their cognitive functions.

Thus, the relevance of the presented work is due to the need to develop an effective psychocorrectional program for the cognitive functions of post-stroke patients based on a thorough analysis of the neuropsychological picture of their mental activity.

Field of application: psychological, neuropsychological research.

ISCHEMIC STROKE, STROKE, COGNITIVE FUNCTIONS,
CORRECTIONAL PROGRAM, MEMORY, RESTORATION OF COGNITIVE
FUNCTION

ЗМІСТ

ВСТУП.....	7
РОЗДІЛ 1. ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОСТІНСУЛЬТНИХ ХВОРИХ.....	10
1.1 Нейропсихологічна характеристика психічної діяльності постінсультних хворих.....	10
1.2 Проблема відновлення ВПФ в сучасних нейропсихологічних дослідженнях	14
1.3 Особливості психологічного супроводу постінсультних хворих на етапі відновлення	16
РОЗДІЛ 2. ПСИХОКОРЕКЦІЙНА ПРОГРАМА КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ ПОСТІНСУЛЬТНИХ ХВОРИХ.....	19
2.1 Загальна характеристика психокорекційної роботи з постінсультними хворими на етапі відновлення.....	19
2.2 Програма психологічної корекції постінсультних хворих	21
2.3 Аналіз ефективності програми психологічної корекції постінсультних хворих на етапі відновлення.....	26
ВИСНОВКИ.....	35
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	39

ВСТУП

Реабілітація постінсультних хворих є одною з найважливіших проблем сьогодення. Особливо якщо ми говоримо про відновлення когнітивних функцій таких хворих, бо повного відновлення не завжди можна досягти у цьому разі ми говоримо про психологічний супровід таких пацієнтів.

У цій кваліфікаційній роботі детально розглянуто та проаналізована клінічна картину постінсультних хворих, саме з точки когнітивних порушень які виникають в наслідок ішемічного інсульту.

Головна мета цієї роботи це розробка актуальної та найважливіше, дієвої корекційної програми яка б змогла допомогти пацієнту відновитися у всіх аспектах його життя. Відновити наскільки це можливо когнітивні функції, емоційну сферу та повернути хворому його соціальні ролі які він втратив у наслідок інсульту. Ця корекційна програма може допомагати не тільки у самій реабілітації а й у психологічному супроводі таких хворих. Найважливіше те що вона повинна гарно поєднуватися і з другими аспектами реабілітації такими як відновлення рухливості пацієнта, дрібна моторика, мова та розуміння мови інших. Якщо у ході діагностики стану постінсультного хворого виявлено порушення ВПФ, тоді треба підібрати та також гармонійно поєднати методики для відновлення ВПФ із загальним курсом відновлення.

Для того щоб зрозуміти усю проблематику розробки програми реабілітації постінсультних хворих в Україні можна подивитися на статистику інсультів від МОЗ. Тут ми з вами можемо побачити що кожного року в країні відбувається близько 130 тисяч випадків інсульту. Також, 35% постінсультних хворих, це люди працездатного віку. Близько 30% українців які пережили інсульт це люди вік яких складає 25 років і більше. За офіційними даними від 20 до 40% людей які пережили інсульт більше не можуть бути самостійними та повністю залежать від сторонньої допомоги, а

12,5% потрапляють до категорії первинної інвалідності. Лише 10% українців можуть повернутися до того ж стану який у них був до інсульту. Ця статистика показує, що та корекційна програма, та реабілітаційна програма яка зараз є в Україні, нажаль не є результативною та дієвою. У більшості реабілітаційних програм наголос робиться лише на фізіологічну складову, ніж на розгляд нейропсихологічної картини хворого, на відновлення когнітивних функцій та емоційного стану хворого. МОЗ також наводить ще одну цікаву статистику за якою попередити інсульт можна у 80% випадків, 30% випадків закінчуються смертельними наслідками, до інвалідизації призводить понад 50% випадків ішемічного інсульту та протягом 5 років помирають близько 50% людей, що перенесли інсульт. Як ми з вами можемо побачити, у цій статистиці не було наведено даних щодо того якій відсоток людей повертаються до того ж стану який у них був до інсульту. Це говорить про те що відсоток таких людей дуже малий, а це говорить нам про те що корекційна програма за якою проходять реабілітацію постінсультні хворі, у нашій країні дуже застаріла та вже не приносить тих результатів які можливо приносила раніше [14].

Об'єкт дослідження: нейропсихологічна характеристика вищих психічних функцій постінсультних хворих;

Предмет дослідження: особливості психологічної корекції вищих психічних функцій постінсультних хворих

Мета: на основі нейропсихологічного аналізу особливостей психічної діяльності постінсультних хворих розробити ефективну програму корекції їх когнітивних функцій у межах психологічного супроводу процесу їх відновлення.

Гіпотеза дослідження: дієва корекційна програма яка буде повністю поєднувати і фізіологічні особливості реабілітації постінсультних хворих і також психологічні особливості.

Методи дослідження: в роботі використовувались теоретичні методи дослідження: теоретичний аналіз та систематизація наукових джерел, порівняння та узагальнення досліджень з проблеми; та емпіричні методи дослідження: тестування, проблемне завдання

Наукова новизна: станом на зараз в Україні спостерігається тенденція до збільшення кількості людей, що пережили ішемічний інсульт. За статистикою такі хворі у більшості випадків або помирають, або просто не можуть існувати без сторонньої допомоги. На нашу думку ця ситуація спричинена пріоритетом в реабілітації постінсультних хворих перш за все їх рухових функцій з недостатньою увагою до відновлення їх загального психоемоційного стану. Психоемоційний стан постінсультних хворих, а саме депресивні і субдепресивні стани безпосередньо знижують можливості відновлення їх когнітивних функцій.

Таким чином, актуальність представленої роботи зумовлена необхідністю розробки дієвої психокорекційної програми когнітивних функцій постінсультних хворих заснованої на ґрунтовному аналізі нейропсихологічної картини їх психічної діяльності.

РОЗДІЛ 1

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОСТІНСУЛЬТНИХ ХВОРИХ

1.1 Нейропсихологічна характеристика психічної діяльності постінсультних хворих

Ішемічний інсульт – це розрив аневризми з подальшим пошкодженням м'яких тканин головного мозку. Його також дуже часто називають інфарктом мозку. Інсульт призводить до порушень функцій головного мозку, у зв'язку з тим що кров припиняє надходити у те місце де стався розрив аневризми. У тому числі погіршуються когнітивні функції постінсультних хворих. У хворих проявляються астеничні стани, порушення режиму сну та неспання, та на цьому фоні можуть виникати проблеми з пам'яттю, загальним станом хворого, увагою, свідомістю і т.д.

Такі астеничні стани та погіршення сну, у таких хворих усе можуть привести до виникнення депресії, та до підвищеного рівня тривожності [7].

Почнемо розглядати клінічну картину з розладів пам'яті, які проходять як більш загальні, на тлі сплутаності та порушення свідомості, але потім з плином часу цей стан може значно погіршитись привівши до порушення опосередкованого запам'ятовування та Корсаковського синдрому.

В даному випадку спостерігається порушення таких важливих компонентів пам'яті як, рівень пізнавальних процесів, мотивація та динамічні процеси. Так як, опосередкованим можна назвати те запам'ятовування яке відбувається за допомогою проміжної ланки, то можна стверджувати що постінсультні хворі у яких почались розлади пам'яті не можуть встановлювати спільність певних речей, наприклад у малюнку або у слові яке вони запам'ятали [6].

Корсаковський синдром у постінсультних хворих проявляється наступним чином. Хворий не в змозі відтворювати інформацію яка перебуває у реальному часі. У таких людей зберігаються спогади о подіях минулого, тобто це порушення впливає на пам'ять яка зв'язана з поточними подіями. Також, дуже часто Корсаковський синдром поєднується із конфабуляціями, тобто головний мозок людини починає заповнювати прогалини неіснуючими спогадами, також такі хворі можуть неточно відтворювати побачене, та почуте. Іноді, бувають і такі випадки, коли людина розуміє що у нього утворилася прогалина у пам'яті, він усіма силами намагається пригадати що відбувалося у цей період його життя, та після тривалих спроб заповнюють прогалину неіснуючими спогадами.

Виділяють дві особливих форми проява Корсаковського синдрому, які розвиваються на фоні апатичного стану, та ейфорійного стану, у наслідок грубого порушення мотиваційної сфери при пошкодженні лобно-базальних відділів головного мозку. Якщо розрив аневризми відбувся у зоні 10 та 11 поля по Бродману, а саме у самій лобній частині. То найімовірніше у цього постінсультного хворого будуть дуже серйозні розлади пам'яті [7].

Також, когнітивні порушення після інсульту можуть зачіпати лише одну когнітивну функцію, що може перейти у афазії, апраксії, агнозії і так далі. Розглянемо як приклад мовленнєву афазію, Як відомо, мовлення являє собою дуже складну психічну діяльність, що підрозділяється на різні види та форми. Мовлення - специфічно людська психічна функція, яку можна визначити як процес спілкування за допомогою мови [1].

Мовленнєві афазії з'являються після локальних порушень лівої півкулі, це у правців. Ця афазія є порушенням фонематичної, морфологічної та синтаксичної структури власного мовлення і розуміння зверненої мови за збереження рухів мовного апарату, що забезпечують членороздільну вимову, і елементарних форм слуху. Тобто, коли після інсульту у людини виникає мовленнєва афазія, він може не розуміти значення слів та почати дуже погано говорити, так ніби замість слів та речень одна каша [5].

Також, після інсульту у людини можуть виникнути будь-які когнітивні порушення, вони виявляються в перші три місяці після травми. Тобто у людини може розвинути постінсультна деменція, для такої людини буде важко зосередитись на чомусь, щось згадати, наприклад виконати найпростішу задачу. Але ще все залежить від ступеню ураженості головного мозку. Якщо наприклад у людини стався мікроінсульт, то в нього не обов'язково дуже сильно постраждають когнітивні функції. Людина після мікроінсульту, наприклад, буде більш менш чітко розмовляти, не факт що в нього розвинеться мовленнєва афазія, але розмовляти він буде не чітко. У такої людини з'являться проблеми з пам'яттю, та наприклад за рік після того як він пережив мікроінсульт, в нього може почати розвиватися якесь когнітивне порушення. Але є ще один момент про який мало хто пам'ятає, та мало хто приділяє йому увагу, це емоційна складова та почуття хворого.

Постінсультні хворі після розриву аневризми дуже часто відчують апатію і не тільки, також в них дуже підвищується рівень тривожності і вони бояться що з ними це трапиться ще раз. Також, на фоні апатії та почуття провини перед близькими, за те що вони змусили їх хвилюватись, у цих хворих може розвинути депресія. Дуже часто, саме через це, та через нестачу підтримки, постінсультні хворі проходять лише фізіотерапію і все. В них просто опускаються руки та вони не хочуть більше нічого робити, та якоесь покращувати своє життя.

Отож, підводячи підсумки, при органічному ураженні головного мозку такому як ішемічний інсульт у зоні 10 та 11 поля Бродмана, які знаходяться у передній внутрішньо сист корі, та у внутрішньо системні полі, які відповідають за робочу пам'ять, епізодичну пам'ять, рухову пам'ять. Призводять до складних та незворотних порушень пам'яті. Також, когнітивні порушення після інсульту можуть викликати апраксії, агнозії, афазії і так далі. Мовленнєва афазія з'являється після локального ураження лівої півкулі, а саме поля Бродмана під номером 37, яке контролює трудові процеси мовленням та відповідає за розуміння мови.

Ресурсу для відновлення пам'яті у постінсультних хворих у яких виявлені складні розлади пам'яті у сучасному світі практично неможливо, тобто якщо у таких людей почались порушення пам'яті, то повністю виправити це ми не в змозі. Але за допомогою особливих методик ми можемо підтримувати стабільність цього стану, та не дати розладу прогресувати, бо якщо нічого не робити, то стан хворого може дедалі погіршуватись та становити загрозу для його подальшого життя.

Наша головна задача при розробці, випробуванні та використанні цих методик полягає у тому щоб по максимуму постаратися задіяти місце ураження головного мозку, а якщо ми говоримо про пам'ять, то це 10 та 11 поле Бродмана. Звісно, перед тим як опрацьовувати з хворим якусь методику, треба з'ясувати ступінь ураженості головного мозку, та те наскільки розрив аневризми сприяв розвитку розладу пам'яті, та чи сильно прогресувала хвороба. А вже після цього підбирати для пацієнта відповідну методику.

Але ми повинні чітко усвідомлювати той факт, що по-перше, ми не психіатри щоб виписувати хворому якісь медикаменти для того щоб поліпшити його стан. По-друге, як я вже казала повністю вилікувати постінсультного хворого з розладом пам'яті ми не в змозі, ми можемо лише поліпшити його стан за допомогою психологічного супроводу, та дієвих методик, які зможуть допомогти стабілізувати стан хворого, та які не дадуть хворобі прогресувати, тобто ми повинні постаратися ніби заморозити стан хворого. Та по-третє, ми повинні чітко усвідомлювати той факт, що ресурсу за для якогось корегування та стабілізації розладу може просто не бути, тобто будуть траплятися такі хворі, у яких хвороба дуже стрімко та невпинно розвивається і ми можемо просто не в змозі щось зробити за для поліпшення стану такого хворого.

1.2 Проблеми відновлення ВПФ в сучасних нейропсихологічних дослідженнях

ВПФ – прижиттєво формується під впливом зовнішніх засобів, насамперед мови. Тобто ВПФ спочатку формуються у ранньому дитинстві як форма взаємодії між людьми, а вже потім повністю переходить у внутрішні процеси. ВПФ має такі характеристики як свідомість, опосередкованість та довільність. Свідомість формується у процесі життя під впливом соціальних факторів, тобто вони соціалізовані. ВПФ опосередковані за своєю психологічною будовою, головним чином за допомогою мовної системи, тобто вони вербалізовані. Довільність відбувається з волі самого суб'єкта, тобто вони доцільні за способом здійснення [2].

Лев Семенович Виготський створив систему будови ВПФ, розглянемо її на прикладі пам'яті. Отож, у нас є стимул «А», це в нас інформація яку нам треба запам'ятати. На цей стимул «А» треба дати відповідь. «В» - це в нас те що ми відтворюємо у результаті запам'ятовування через якийсь період часу і іноді у іншому місці. Якщо здібностей за для прямого відтворення інформації у нас немає, або стимул «А» дуже великий за об'ємом або складне, тоді створюється додатковий стимул «Х», наприклад це можуть бути ключові слова, або шпаргалки і т.д. Після чого цей додатковий стимул «Х» використовується для того щоб ми змогли відтворити «В». Тим самим способом йде опосередкування відповіді «В» за допомогою «Х».

Пропоную детально розглянути порушення ВПФ у таблиці

Таблиця 1.1

Порушення ВПФ

Порушення ВПФ		Локалізація ураження в корі головного мозку
	Пальцева агнозія	нижня тім'яна часточка і зона ТРО
	Дермалексія	ліва тім'яна область
	Агнозія властивостей об'єкта (наприклад, текстури)	задня частина острівця і задня центральна звивина

Продовження таблиці 1.1

Афазія	Еферентна моторна	задні відділи нижньої лобової звиліни лівої півкулі (у правшій)
	Динамічна	префронтальні відділи лівої півкулі (у правшій)
	Аферентна моторна	нижні відділи тім'яної частки (у правшій)
	Амнестична	зона ГРО
	Семантична	Зона ГРО
	Сенсорна	задні відділи верхньої скроневої звивини лівої півкулі
	Акустико-меністична	середні та задні відділи скроневої області лівої півкулі (у правшій)

Тобто як ми з вами можемо спостерігати, ВПФ – це складне системне утворення, яке якісно відрізняється від інших психічних явищ. Генетичні та соціальні фактори розвитку психіки відділені. У єдності усі ці фактори, обумовлюють можливість спонтанного, зсередини детермінованого формування, уваги, довільного запам'ятовування та других психічних процесів. Отож, при ішемічному інсульті, у хворих порушується ця програма дій яка закладена у нас із самого нашого народження. Тобто, якщо узяти приклад із пам'яттю, то у наслідку розриву аневризми у будові ВПФ які відповідають за опосередковане запам'ятовування, випадає цей додатковий стимул «Х». і тоді людина не може нічого запам'ятати навіть за допомогою якихось додаткових засобів. І тоді легко у постінсультного хворого може з'явитися або Корсаковський синдром, або загальне порушення опосередкованої пам'яті.

Проте незважаючи на усе це, відновлення ВПФ цілком можливе, функціональні системи які забезпечують реалізацію ВПФ дуже пластичні та мають взаємозамінність ланок. Тобто, відновлення ВПФ йде за рахунок перебудови відповідних функціональних систем. Олександр Романович Лурія виділив такі два типа перебудови – внутрішньо системні та

міжсистемні, завдяки яких порушена функція починає виконуватися за допомогою нових ланок. При перебудові функціональних систем замінюються уражені ланки збереженими, та психічні процеси переходять на новий рівень, більш усвідомлений, або включення його у другу систему реалізації.

Також, нам відомо що ВПФ формуються у онтогенезі, тож відновлення ВПФ це по суті формування нових ланок або у самій системі або між цими системами. Тому коли ми починаємо займатись відновленням ВПФ ми по суті повинні сформувати нові зв'язки між ланками та нові ланки, тому у роботі з постінсультним хворим у якого зруйнувались певні ланки ВПФ у якій із систем ми повинні підібрати такі корекційні методики які допоможуть хворому сформувати нові ланки або у системі або між цими системами. Ми повинні встановити на якому етапі формування ВПФ була зруйнована, на початковому чи ні і вже від цього відштовхуватися у підборі для хворого дієвих методик для відновлення ВПФ.

1.3 Особливості психологічного супроводу постінсультних хворих на етапі відновлення

У психологічні програми для постінсультного хворого дуже важливим є правильно підібрати методики для поліпшення когнітивних функцій хворого. Розглянемо декілька методик які можуть підійти для поліпшення когнітивних функцій.

В першу чергу це мультимодальні втручання (застосування більше одного методу), встановлено, що мультимодальна реабілітація виявляється більш ефективною, ніж окремі втручання. Більшість дослідників сходяться на думці, що такі мультимодальні реабілітаційні програми можуть значно поліпшити умови для нейропластичних змін навіть у пізньому реабілітаційному періоді для нейропластичних змін навіть у пізньому реабілітаційному періоді [1]. В іншому недавньому рандомізованому

контрольованому дослідженні Р. Pohl у пацієнтів із хронічним інсультом показано результати мультимодального впливу, включно з доменом "ритм і музика", фізіотерапією, а також верховою їздою на коні. Автори відзначили довгострокове функціональне поліпшення навіть через кілька років після початку інсульту, у пацієнтів було відзначено статистично значущу динаміку не тільки балансу і ходи, а й робочої пам'яті, а також якості життя [1].

Цей метод дуже добре підійде для групової терапії, наприклад обрати якусь або настільну гру або групову активну гру, також можна запропонувати хворому спробувати відбити ритм ногою або рукою. Це можна проводити не тільки на прийомі у психолога, а ще як домашнє завдання для пацієнта.

Існує сучасний напрям "Rhythm and Music Therapy" (R-MT), створений музикантом Ронні Гардінером, задуманий від самого початку для занять із дітьми ритмікою і музикою, показав свій реабілітаційний потенціал. Метод R-MT також був успішно використаний і у пацієнтів з інсультом, він націлений на стимуляцію нейропластичності мозку, зокрема на створення нових міжпівкульних зв'язків, і включає музикотерапію, колірне розпізнавання, ритм. Дослідження Р. Pohl, присвячене застосуванню мультимодальної стимуляції на основі ритму та музики, соціальної взаємодії, виконання фізичних вправ у реабілітаційній програмі, показало позитивний вплив на когнітивні функції та емоційний статус навіть у пацієнтів, які перенесли інсульт [1]. Ця методика також більше підійде для групової терапії. Наприклад можна в групі робити якісь не важкі фізичні вправи під ритм якоїсь музики, тут об'єднається і соціальна взаємодія і стимуляція на основі ритму та музики і виконання фізичних вправ. Причому, завдяки цій методиці у хворих покращиться рухливість та дрібна моторика, якщо ми наприклад будемо виконувати не фізичні вправи, а вправи на дрібну моторику. Цей метод також можна давати як домашнє завдання і щоб у хворого була мотивація та підтримка, то дати таке домашнє завдання для всієї родини, щоб не втрачати аспект соціальної взаємодії у цьому методі.

Досить перспективним видається метод використання в нейрореабілітаційному процесі так званого подвійного підходу. Отримані дані свідчать про те, що навчання з двома завданнями може підвищити ефективність нейрореабілітації порівняно з одним у літніх пацієнтів із помірним когнітивним порушенням. Дані досліджень демонструють користь комбінації аеробних вправ і когнітивних тренувань для додаткової переваги в когнітивній діяльності, які виходять за рамки ефектів одного типу тренувань. У дослідженні Т. Уен зазначається, що у пацієнтів з інсультом аеробні тренування на велосипеді в поєднанні з когнітивним втручанням можуть сприяти відновленню пам'яті, поліпшенню виконання когнітивних завдань [1].

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТІНСУЛЬТНИХ ХВОРИХ

2.1 Загальна характеристика психокорекційної роботи з постінсультними хворими на етапі відновлення

В першу чергу, для постінсультних хворих у реабілітації є дуже важливим заняття із фізіотерапевтом, адже при розриву аневризми у головному мозку страждають не тільки когнітивні функції та психоемоційний стан хворого, інсульт торкається всіх сфер життя людини, та впливає і на рухливість і на мову. Тому заняття із фізіотерапевтом вкрай необхідні для відновлення рухливості людини.

Також для повного відновлення необхідна поміч логопеда-афазіолога або нейропсихолога, для відновлення міміки обличчя, та мови хворого. За допомогою спеціальних вправ можливо повністю відновити мову. У ці вправи входить читання, письмо, рахунок, та завдання які будуть націлені на безпосереднє відновлення самої мови та розуміння мови хворим [9].

Але найголовнішою складовою реабілітаційного процесу буде терапія з психологом, який надаватиме психологічну підтримку та супровід таких хворих. Адже при інсульті дуже страждають когнітивні процеси, емоційно-вольова сфера хворого, втрачається соціальний стан.

У ході реабілітації фізіолог, логопед та психолог будуть надавати найефективнішу поміч у відновленні постінсультних хворих. Їх робота повинна бути взаємозв'язана, для того щоб людина відновила якомога швидше.

Головна задача психолога у роботі з такими хворими, разом із медикаментами які будуть прописувати людині постаратись відновити емоційно-вольову сферу, тобто прибрати астеничні та апатійні стани хворого, та привести його емоційний стан у норму. Звісно, хворому будуть

прописувати ліки які теж будуть впливати і на емоційний стан і на когнітивні функції, але ми повинні опираючись на медикаментозну підтримку стану хворого, проводити з ним терапії та певні вправи які будуть направлені на більш скоріше та ефективніше відновлення після інсульту.

Також, однією із найголовніших завдань психолога. Це відновлення когнітивних функцій після інсульту, тобто ми повинні по максимуму за допомогою усіляких методик та вправ постаратись привести у норму сприйняття, увагу, пам'ять, інтелект, мову. Або якщо повністю відновити когнітивні функції нам не вдається, то ми повинні стабілізувати стан хворого та не дати можливості когнітивному розладу прогресувати далі, також треба розробити певні вправи які людина зможе виконувати вдома щодня, або самостійно, або за допомогою близьких за для підтримки та певного поліпшення його стану [4].

Бажано щоб ці вправи які людина буде виконувати, були максимально пов'язані з його побутовим життям, щоб вони були максимально прості та дієві. Але ми повинні моніторити стан хворого, слідкувати за поліпшенням чи погіршенням стану і вже виходити з цієї інформації для подальшого ускладнення та спрощення завдань. Також, дуже важливою частиною відновлення постінсультних хворих, є постійна соціальна взаємодія з близькими та оточуючими їх людьми, бо соціальна ізоляція може призвести до ще більшого погіршення стану.

Дуже важливо, так би мовити, примушувати їх виконувати усілякі побутові справи, а якщо ураження мозку настільки сильне, що ця людина не в змозі більше ходити на роботу, то треба старатись по максимуму заповнювати день хворих побутовими справами, для того щоб вони були постійно чимось зайняті, також необхідно поєднувати ці справи із завданнями та методиками які будуть націлені на покращення та підтримці у тонусі когнітивних функцій у хворого. Без усього цього стан постінсультного хворого буде тільки погіршуватись, та це може призвести до повторного прояву ішемічного інсульту.

2.2 Програма психологічної корекції постінсультних хворих

Головне завдання психологічної програми полягає у тому щоб максимально усунути наслідки інсульту на головний мозок людини. Ця програма націлена, в першу чергу на відновлення когнітивних функцій, емоціональної сфери, та на повернення постінсультному хворому його соціальної ролі у суспільстві, яку він втратив у наслідок ураження мозку.

У ході корекційно-реабілітаційної програми в першу чергу треба зробити наголос на відновлення рухливості хворого, на відновлення дрібної моторики, на відновлення мови та розуміння мови інших. Це покладе основний фундамент для відновлення когнітивних функцій. Але перед тим як займатися когнітивними функціями хворого, в першу чергу треба встановити з ним контакт, та попрацювати з його емоційним станом. Можна проводити групові роботи, а можна працювати індивідуально, головне те щоб хворий вам відкрився, та в нього з'явилося бажання щось робити, лікуватись, та походити психологічну програму.

Так от, розпишемо корекційно-реабілітаційну програму по етапам. Першим етапом програми буде відновлення рухливості та дрібної моторики пацієнта, тому що за допомогою дрібної моторики наш мозок розвивається та стає більш пластичним. Тобто відновлюючи дрібну моторику хворого ми допомагаємо його мозку більш скоріше прийти у норму та швидше підводимо хворого до роботи по відновленню його когнітивних функцій. Відновити дрібну моторику можна безліччю способами, це може бути і перекочування двох куль у одній руці, і сортування дрібних предметів, усе що завгодно, навіть перебирання пальцями. Але для більшого ефекту, ми можемо поєднати вправи по відновленню дрібної моторики із завданнями які будуть націлені на відновлення когнітивних функцій. Наприклад, це можуть бути скриньки головоломки з дрібними деталями, які потрібно буде переставляти або прокручувати, а у кінці коли пацієнту вдалося вирішити цю головоломку, у скриньці його буде очікувати якийсь приємний сюрприз. Це

мало того що підніме його настрій, та ще й додасть мотивації, яка дуже важлива для хворого враховуючи його апатичний та астеничний стан після інсульту. Що до відновлення рухливості хворого, то замість звичайної ЛФК, яка теж являється дуже важливою частиною відновлення таких хворих, коли вже рухливість частково відновиться, то ми можемо перетворити її у невеличку гру, наприклад знову ж таки за допомогою заохочувального призу змусити його пройти смугу перешкод, таким чином ми не тільки будемо відновлювати рухливість пацієнта, а ще й відновлювати увагу хворого, та також зможемо його ще більше за мотивувати на подальший курс реабілітації.

Другий етап це відновлення мовлення, та розуміння мовлення. За допомогою спеціальних вправ які допоможуть відновити мовлення хворого, ми зможемо повернути йому його соціальні ролі, які він втратив у наслідок інсульту. Це можуть бути усілякі логопедичні вправи які допоможуть повернути пластичність язика, також це можуть бути усілякі карточки із предметами і словами, та хворий повинен буде співвіднести карточку зі словом, це також буде допомагати не тільки відновлювати мову хворого, а ще й допомагати відновлювати когнітивні функції хворого. Але підбирати вправи для відновлення мовлення ми повинні дивлячись на те, наскільки воно постраждало. Бо якщо у хворого почалась мовленнєва афазія то ми тут не зможемо обійтись тільки карточками та логопедичними вправами. У даному випадку, ми повинні давати хворому систематичні вправи на читання та письмо. Наприклад можна об'єднати в одній вправі і дрібну моторику, і корекцію афазії і пам'ять хворого. Ми можемо запропонувати йому три невеличких розповіді на вибір, дати йому прочитати її вголос, наприклад 3 рази. Після цього пацієнт повинен без підказок відтворити те що він читав на папері, тобто написати переказ. Потім прочитати його і порівняти оригінал з тим що він написав.

Наступний третій етап, це відновлення емоційного стану хворого. Це дуже важливий етап якому, нажаль приділяють дуже мало уваги. На цьому етапі дуже важливо надавати підтримку хворому, мотивувати його та робити усе для того щоб він припинив заперечувати те що з ним сталось, прийняв себе та не опускав рук. Треба зробити так щоб в нього було бажання з вами співпрацювати, та він хотів швидше одужати. Для цього можна проводити бесіди, також можна працювати з групою хворих або індивідуально. Наприклад, для того щоб пацієнт швидше відкрився та прийняв себе, можна створити груповий сеанс, де люди які пережили ішемічний інсульт по черзі або за бажанням розповідали як у них це сталось, де вони були у цей момент, що вони відчувають на даний момент та чому. Також можна запропонувати намалювати те як вони собі уявляють інсульт та щоб вони розповіли чому в них йдуть саме такі асоціації з цим. Це не тільки допоможе людині відкритися, а ще й покращить її настрій та ми попрацюємо з дрібною моторикою.

Заключний четвертий етап це відновлення когнітивних функцій. Коли вже дрібна моторика, рухливість, мовлення та емоційна сфера значною мірою прийшли у норму. Тоді можна переходити до проведення більш складних методик які поліпшать стан когнітивних функцій хворого. Наприклад, можна давати йому домашні завдання на кшталт ведення докладного щоденника який він повинен писати від руки та повністю описувати свій день, хворий повинен позначати коли він і що робив, коли прокинувся, який сьогодні день, як він себе почуває і так далі. Під час прийому ми можемо давати йому якісь завдання або вправи які будуть націлені на поліпшення стану когнітивних функцій хворого. Наприклад, це можуть бути якісь головоломки, задачі на логіку, завдання на встановлення відповідностей і так далі. Дуже важливим у цьому процесі є розмова з хворим, щоб він коментував свої дії та думки. Після цього психолог з пацієнтом може обговорити його помилки та дати йому домашнє завдання, зробити самостійно завдання такого ж типу як і були на прийомі. Для

підняття мотивації хворого, та його настрою, можна перетворити увесь процес реабілітації на такий маленький марафон із заохочувальними призами у виді того що любить хворий. Таким чином він не тільки буде зацікавлений в успішному виконанні завдань, а ще у нього буде відчуття безпеки та того що він не просто пацієнт, а особистість та індивідуальність якою цікавляться.

В ідеалі, після повного курсу корекційно-реабілітаційної програми до хворого повернуться втрачені у наслідок інсульту соціальні ролі, відновляться наскільки це можливо когнітивні функції та мовлення, стабілізується емоційний стан. Авжеж це відбудеться не одразу, а поступово, але усе одно рано чи пізно тим чи іншим чином це трапиться. Але треба не забувати те що як би сильно психолог не старався, не завжди можна досягнути гарних результатів. У такому випадку треба або змінити план лікування, або запропонувати людині знайти іншого спеціаліста та обов'язково надати людині контакти інших спеціалістів. Також головним у цьому питанні є підтримка родичів, було б дуже добре провести з ними бесіду щодо стану хворого, та обговорити те як вони можуть йому допомогти, якщо близькі до хворого люди будуть допомагати йому проходити курс реабілітації, то шанси на гарний результат програми значно підвищаться. Також ми ні у якому разі не повинні ізолювати хворого від соціуму, за для успішного повернення у повсякденне життя, треба постійно розмовляти з цією людиною, та надавати йому відчуття значущості.

Побутовий кросворд

Ця методика в першу чергу буде націлена на поліпшення пам'яті та на тренування мислення. У реабілітації постінсультних хворих її можна використовувати як домашнє завдання для хворого. Суть цієї методики полягає у тому щоб за допомогою розгадування кросворду тренувати пам'ять та мислення хворого, бо коли ми розгадуємо звичайний кросворд ми напружуємо свою пам'ять відповідаючи на запитання, та застосовуємо своє мислення для того щоб заповнити його правильно.

Отож переходимо до самої методики, постінсультний хворий повинен кожен день розгадувати цей побутовий кросворд, який для нього будуть складати його родичі. У цьому кросворді будуть ключові дати з життя хворого, важливі події, імена далеких родичів і так далі, у кінці з усіх слів кросворда має вийти зашифроване слово, таким чином хворий розумітиме що йому вдалося вирішити кросворд правильно. Спочатку можна не встановлювати часові рамки проходження кросворду, але коли ми бачимо що хворий почав справлятися із завданням швидше та легше, ми можемо потихеньку вводити часові обмеження. Наприклад, для початку дати хворому цей кросворд не на увесь день як це було раніше, а попросити вирішити його до обіду, потім коли прогрес буде помітним дати цей кросворд до дванадцятої години дня і так далі.

Також необхідно поєднувати цю методику і з другими частинами реабілітації постінсультних хворих. Тобто, якщо він не працює а сидить удома треба по максимуму завантажити його день хатньою роботою, для того щоб хворий у перервах між виконанням хатніх обов'язків вирішував цей кросворд, також він обов'язково має бути у паперовому вигляді, для того щоб хворий розвивав свою дрібну моторику, бо тоді він скоріше прийде у норму.

Побудова асоціацій

Головним завданням цієї методики буде побудова нових ВПФ які відповідають за пам'ять та опосередковане запам'ятовування. Так як ВПФ у нас формуються у період онтогенезу, а асоціації будуються самі по собі коли ми ще малі, то у роботі із постінсультними хворими ми повинні допомогти людині сформувати нові ВПФ та побудувати адекватні асоціації, за для ліпшого запам'ятовування матеріалу.

Для цієї методики нам знадобляться картки із малюнками простих слів, наприклад таких як «смачна вечеря», «свято», «радість», «горе» і так далі. Ми показуємо їх людині та питаємо що він тут бачить, він відповідає та записує свої відповіді на маленьких папірцях. Під час цього процесу ми

запитуємо його чому саме це бачить тут хворий, що це для нього значить, якщо це емоційно забарвлені слова, то ми повинні докладно обговорити з ним яку емоцію вони у нього викликають, що він відчуває і так далі. Потім ми збираємо усі написані хворим слова та розкладаємо їх в одному боці, а картинки у іншому і просимо співвіднести слова, які він написав з картинками. Якщо щось не збігається, то ми обов'язково повинні з'ясувати чому спочатку для цього малюнку він підібрав одне слово, а тепер зовсім інше. Якщо хворий не в змозі підібрати до якогось малюнку слово, то ми повинні допомогти йому з цим ставлячи уточнюючі питання, на кшталт таких: «Що саме тут намальовано?», «Що це за предмет?», «Що це за людина?» і так далі, поки хворий не зможе самостійно підібрати слово до малюнка.

Після того як хворий буде добре справлятися із картинками можна перейти на тексти. Тобто, ми будемо давати хворому оповіді, він буде повинен виписати ключові фрази, за допомогою яких зможе переказати те, що прочитав. Таку роботу з хворим ми будемо продовжувати доти, доки він не зможе самостійно без підглядання переказати прочитане, також тексти з кожним разом будуть складніше.

Таким чином, ми зможемо сформулювати нові ВПФ, поліпшити пам'ять хворому, та можливо якщо не вилікувати порушення опосередкованого запам'ятовування, так хоча б створити нові шляхи ВПФ за допомогою яких хворий прийде у норму.

2.3 Аналіз ефективності програми психологічної корекції постінсультних хворих на етапі відновлення

Для того щоб зрозуміти наскільки постраждали когнітивні функції та емоціональна сфера після інсульту, були проведені такі методики як «MoCa – Монреальська шкала оцінки когнітивних функцій», «SAGE-тест» та «Шкала депресії В.Зунга» [11; 12; 13].

Для початку, ми з вами розглянемо результати перших тестувань, які було зроблено до проходження постінсультними хворими корекційної програми.

Отже, починали ми своє тестування із методики «Заучування 10 слів». Результати виявились дуже цікавими, так як більшість випробуваних змогли запам'ятати більшість слів, та добре відтворили їх через годину, проте деякі із них називали ті слова, яких не було у списку перерахованих, це свідчить про можливі органічні захворювання мозку, проте у постінсультних хворих це і не дивно, також це може свідчити про ослаблену увагу. При обробці результатів таких хворих діаграма мала форму плато, що говорить нам про емоційну млявість.

Також деякі випробуванні спочатку на першій та другій спробі відтворили більшість слів, але потім на четвертій і п'ятій спробі відтворили меншу кількість слів, ніж при попередніх спробах, це може казати нам про забудькуватість та розсіяність таких хворих, про астеничні стани та про виснаженість уваги. При повторному відтворенні слів через годину деякі хворі назвали майже всі, а деякі менше ніж при останніх спробах.

Виходячи з цього ми можемо зробити висновок, що майже у всіх випробуваних хороша пам'ять, проте у наслідок інсульту у деяких почалися органічні захворювання мозку, та майже у всіх є астеничні стани, вони забудькуваті на розсіяні і в них простежується явна виснаженість уваги.

Наступною методикою був «тест SAGE», який націлений на виявлення когнітивних порушень [11]. По результатам цього тестування було виявлено, що у великої кількості випробуваних спостерігаються когнітивні порушення. Тобто у ході тестування ці хворі не змогли правильно зорієнтуватися або у дні коли вони проходили цей тест, або у році. Деякі хворі або зовсім не змогли назвати предмет який намальований у бланку, або назвали його неправильно. У завданні на пошук подібності між двома предметами, частіше за все були названі зовнішні, фізичні подібності між предметами. Завдання на пам'ять узагалі ніхто із випробуваних не зміг пройти. Малюнок

майже у всіх був скопійований правильно, лише у декількох випробуваних малюнок зовсім не відповідав дійсності. З завданням на малювання годинника впоралися не всі, деякі хворі зобразили або два годинника, один із цифрами другий із стрілками, деякі неправильно позначили заданий їм у завданні час, та забули поставити літери «Д» та «К» поряд із стрілками.

Із завданням на те щоб накреслити лінію між колами теж впорались не усі, частіше за все із одного кола виходили одразу дві лінії, або послідовність поєднання цих куль була невірна. Із усього вищеперерахованого ми можемо зробити наступні висновки. У постінсультних хворих які проходили цей тест можуть спостерігатися когнітивні порушення або які тільки починають розвиватись, або які вже активно розвиваються, у даному випадку ці порушення тільки починаються, найбільше страждає пам'ять на мислення.

Наступною методикою яку я проводила була «пiктограма», її головною метою є встановлення того чи є порушення опосередкованої пам'яті у випробуваних. Дуже мало тестованих змогли згадати усі слова та словосполучення які вони запам'ятовували за допомогою малюків. Деякі постінсультні хворі не змогли знайти усі образи, головну складність у пошуку склали такі слова як «розлука», «сумнів», «обман» та «справедливість», це може свідчити про інтелектуальну неповноцінність яка проявляється у проблемах узагальнення хворого, яка могла виникнути у наслідок інсульту. У багатьох досліджуваних були множинні образи, які вони малювали дуже ретельно та повільно, також вони часто повертались до попередніх малюнків для того щоб домалювати щось, це може говорити про інертність психічних процесів. Також спостерігається неадекватність асоціацій, наприклад для слова «дружба» був підібран такий образ «+ =». Це може свідчити про істеричний склад особистості.

Якщо говорити про показники пам'яті, то у даному випадку можна стверджувати що опосередковані зв'язки тільки заважали запам'ятовувати слова та словосполучення, адже усі випробувані впорались із методикою «заучування 10 слів» набагато краще ніж із цією методикою. Це може

свідчити про розлад мислення із збереженням формальних здібностей до засвоєння нового, або про порушення опосередкованої пам'яті.

Остання методика яку я проводила була «відтворення оповідань». Випробуванні не дуже добре могли переказати оповідь, іноді вони просто розповідали саму суть тексту, тобто говорили про головний контекст, але незважаючи на це постінсультні хворі яких я тестувала дуже часто спотворювали обставини в оповіданні, також вони додумували речі яких там не було, іноді вони заміняли одних дійових осіб оповідання іншими, плутали хронологію подій. Виходячи з вищевикладеного ми можемо зробити такі висновки, що у всіх випробуваних спостерігаються проблеми із пам'яттю, також опираючись на те що більшість із них спотворювали обставини в оповіданні, але розуміли контекст, то в них можливі органічні порушення роботи мозку та розлади пам'яті.

Також, було протестовано дві групи людей, які продовжили працювати після ішемічного інсульту, та які припинили це робити і результати цих двох груп були наступними.

Наше тестування цих двох груп розпочалось з «SAGE-тест», він складається з 12 контрольних задач які націлені на діагностику когнітивних функцій [11]. У цьому тесті задачі йдуть від легких до складних. Усі випробуванні працюють, та дуже добре впорались саме з цим тестом. Але у курсовій роботі за попередній курс, усі випробувані не працювали і їх результати були набагато гірші. Тому люди які брали участь у тестуванні у попередньому році так само пройшли цю методику, та інші методики які були проведені у цьому дослідженні.

Результати людей які не працюють виявились набагато гіршим, ніж у тих хто працює. Завдання на пам'ять погано зробили усі, але якщо розглядати завдання на уважність, то тут набагато ліпше впоралися ті випробувані які пішли на роботу після інсульту. Наприклад у «MoCa – Монреальська шкала оцінки когнітивних функцій», є завдання на уважність де треба назвати перелік цифр спочатку у прямому порядку, а потім вже

інший ряд цифр у зворотному порядку [13]. Із випробуваних які працюють тільки двоє припустились помилок, ті ж люди які не працюють навпаки майже всі припускалися помилок, як у тому щоб повторити ряд цифр у прямому порядку так і у зворотному. Випробувані які не працюють були дуже розсіяними, та ніяк не могли зосередитись на завданні. Саме через те що в них після інсульту порушилась увага, інформація не усвідомлюється, а події не запам'ятовуються. Люди дуже швидко виснажуються та не можуть сконцентруватися на якійсь діяльності.

Із вправою на пам'ять не впорались усі випробувані, але є маленька відмінність між людьми які працюють і які не працюють. Ця вправа дуже схожа з методикою «10 слів» А.Р.Лурія, там треба зробити те саме але тут слів не десять, а п'ять і на те щоб їх повторити дається три спроби, дві з самого початку тестування і остання спроба після усіх інших вправ. З першими двома спробами впорались майже усі випробувані які не працюють і усі хто працює, а ось з останньою третьою спробою взагалі ніхто не впорався. Усі випробувані, які працюють і які не працюють назвали тільки по одному слову. Це свідчить про те що після інсульту у них дуже постраждала пам'ять, можливо навіть і ВПФ які відповідають за опосередковане запам'ятовування.

Також у цих методиках була вправа на швидкість мовлення, випробуваним треба було за одну хвилину назвати максимальну кількість слів на літеру «Л», мінімум треба було назвати одинадцять слів. Випробувані які працюють дуже добре впорались із цим завданням, усі вони назвали більше ніж одинадцять слів, це свідчить про те що в них не тільки гарно відновилось мовлення після інсульту, а ще й про те що у них зберіглась швидкість мислення. А ось ті випробувані які не працюють впорались з цим завданням дуже погано, не дивлячись на те що вони назвали менше одинадцяти слів, вони постійно відволікались та дуже часто повторювали слова які вже називали. Це свідчить про те що в них збереглися проблеми з мовленням, постраждала швидкість мислення та короткочасна пам'ять, бо

вони почали повторювати ті слова які називали п'ять секунд тому.

Після тестування на порушення когнітивних функцій, була проведена методика «Шкала депресії В.Зунга» [12]. Тут у всіх випробуваних які працюють і які не працюють приблизно однаковий результат. У цій методиці, випробуваним треба було правдиво відповісти на 20 тверджень. У більшості випробуваних була легка депресія, незначне зниження емоційного фону, вони були втомленими та їм було дуже важко зосередитись. У інших випробуваних була або помірна депресія або висока, яка супроводжується у них зниженням емоційного фону, рівня активності на задоволенням життя, працездатністю, здатністю до нормального емоційного реагування. Також, нажаль такі хворі не відчують що вони комусь потрібні, вони не бачать у собі цінності та не відчують те що вони комусь потрібні. Крім того що вони страждають морально, через депресію в них починають з'являтися і фізіологічні ознаки такі як підвищена втомлюваність, втрата інтересу або задоволення від діяльності, яка раніше приносила радість, порушення сну, зниження або посилення апетиту, болю в тілі, закрепи.

Саме через те що, під час реабілітації постінсультних хворих дуже мало часу приділяють їх моральному стану, тому як вони почувають себе морально, а не фізичну. У таких хворих з'являється депресія і вони більше не хочуть займатися собою та своїм здоров'ям, бо не бачать у цьому ніякого абсолютно ніякого сенсу.

Протягом року з тими постінсультними хворими які проходили тестування була проведена робота по корекційній програмі яка була описана вище.

Для перевірки дієвості корекційної програми була взята вибірка з 10 постінсультних хворих, 5 з них не проходили програму, а інші 5 проходили.

Тестування починалось з методики «МоСа – Монреальська шкала оцінки когнітивних функцій», у цій методиці ми маємо 6 завдань. Перше завдання націлене на зорово-конструктивні виконавчі навички, тут результати двох груп приблизно однакові, але група яка не проходила

корекційну програму впоралась із цим завданням трішки гірше ніж група яка проходила цю програму [13]. Багато хто з першої групи яка не проходила програму не змогла правильно відтворити куб, намалювати годинник та позначити правильний час на період тестування.

Друга вправа була зв'язана з назвами тварин, з цим завданням усі у двох групах впоралася добре, та назвали усіх тварин вірно, але у випробуваних з першої групи яка не проходила програму, це зайняло трішки більше часу, деякі з цієї групи десь хвилину сиділи та не могли згадати що це за тварина. Наступна, третя вправа націлена на пам'ять, а саме це методика Лурії «10 слів» але коротша. В нас тут є спочатку дві спроби, а потім через три вправи третя спроба, але вже без повтору слів, саме вона і є показовою у цьому завданні. Друга група яка проходила програму впоралась із цим завданням набагато краще ніж перша група яка не проходила корекційну програму. З другої групи майже усі випробувані впорались з цим завданням, лише декілька людей з 5 слів змоги згадати лише 3. Це показує нам що корекційна програма змогла поліпшити стан постінсультних хворих, та когнітивні функції починають потроху відновлюватися. Щодо результатів другої групи то тут усе набагато гірше, з 5 слів вони змогли згадати максимум 2-3 слова, це свідчить про те що у хворих після ішемічного інсульту відбулося дуже серйозне порушення когнітивних функцій. Також при бесіді деякі випробувані з першої групи жалілися на дуже реалістичні нічні жахи, та на те що вони не пам'ятають як вони засинали або щось робили.

Четверте завдання було на увагу, воно розподіляється на три частині. У першій треба називати числа, спочатку у такому порядку як вони є, а потім у зворотному. З тим щоб назвати числа у прямому порядку ні у кого не було проблем, але з тим щоб назвати числа у зворотному порядку впоралась лише друга група яка проходила корекційну програму, випробувані з першої групи не впорались з цим завданням. У другій частині випробувані повинні були плескати в долоні кожен раз коли я називала літеру «А». З цією частиною

завдання усі добре впорались, що перша що друга група не пропустили ні єдиної літери. У третій частині цього завдання треба було серійно віднімати 7, саме віднімання починалось зі 100. З цим добре впоралась лише друга група, майже усі відповіді були вірними, а ось у першій групі яка не проходила корекційну програму, було дуже багато помилок, ніхто не зміг впоратись з цим завданням.

Наступне, п'яте завдання у нас націлене на мовлення, а саме на вербальну швидкість називання за одну хвилину максимальну кількість слів які починаються на букву «Н». У першій групі майже ніхто не зміг назвати 11 слів, максимум 5-6, у другій групі майже всі впорались та змогли назвати 11 слів, деякі випробувані змогли назвати більше слів. Шосте завдання в нас націлене на абстракцію, а саме треба було знайти спільне між словами. Усі дві групи добре впорались з цим завданням та змогли знайти усі спільності між словами.

Після тестування на порушення когнітивних функцій, була проведена методика «Шкала депресії В.Зунга» [12]. Тут у всіх випробуваних які працюють і які не працюють приблизно однаковий результат. У цій методиці, випробуваним треба було правдиво відповісти на 20 тверджень. У більшості випробуваних була легка депресія, незначне зниження емоційного фону, вони були втомленими та їм було дуже важко зосередитись. У інших випробуваних була або помірна депресія або висока, яка супроводжується у них зниженням емоційного фону, рівня активності на задоволенням життя, працездатністю, здатністю до нормального емоційного реагування. У таких випадках ми можемо з вами говорити про те що хворі не цінують себе, та нажаль, не бачать сенсу у житті.

Пропоную вам розглянути графік де ми зможемо наглядно побачити прогрес групи випробуваних які проходили корекційну програму та які цього не робили.



Рис 2.1. Прогрес групи випробуваних які проходили корекційну програму

У цій діаграмі ми з вами розглянемо у процентах прогрес двох груп за контрольних тестувань які було проведено під час роботи з випробуваними.

ВИСНОВКИ

У цій кваліфікаційній роботі детально розглянута клінічна картина постінсультних хворих, складена психологічна програма та описані методики які можуть допомогти їм з відновленням. Також було встановлено те, що у всіх випробуваних мною людей, після розриву аневризми почалися когнітивні порушення, а саме порушення опосередкованого запам'ятовування, порушення мислення, порушення когнітивних функцій та мовлення. Також, по результатам тестувань було встановлено що постінсультні хворі ще перебувають у астеничному стані, у них присутня виснажуваність процесів та нестійкість уваги. З усім цим треба обов'язково працювати але усе повинно бути поступово.

Методики та психологічна програма яка представлена у цій курсовій повинні допомогти цим хворим відновити пам'ять, сформувати нові ВПФ які будуть відповідати за опосередковане запам'ятовування, відновити наскільки це можливо когнітивні функції та мовлення.

Ця корекційно-реабілітаційна програма та методики можуть бути корисними як і у роботі з психологом під час прийому, так і для домашнього завдання хворого.

Також, я б хотіла зробити висновки щодо стану хворих.

Спочатку пропоную розглянути висновки щодо постінсультних хворих які продовжили працювати і які припинили це робити. Можна зробити висновок, що порушення когнітивних функцій після інсульту почались у всіх випробуваних. Також, у всіх випробуваних приблизно однаковий рівень депресії спостерігається зниження емоційного фону, здатності до нормального емоційного реагування, рівень активності та працездатності. Також випробуванні не відчують цінності у власному житті, вони не відчують що потрібні комусь. На таке самопочуття впливає не лише сам інсульт який вони пережили, а ще й підтримка родичів та близьких хворому

людей. Можливо як раз через брак підтримки та те що під час реабілітаційної програми з хворим не працював психолог, у випробуваних залишились порушення когнітивних функцій та такий емоційний стан, який заважає їм жити повним життям.

Щодо когнітивних функцій випробуваних, у тих хто працює є порушення когнітивних функцій які пов'язані з пам'яттю та з уважністю. Після інсульту у них постраждала саме короткочасна пам'ять, а з довготривалою пам'яттю у них усе відносно добре, при тестуванні їм були поставленні звичайні питання, які пов'язанні з їх роботою і вони з легкістю змогли розповісти про події десятирічної давнини, а ось запам'ятати і відтворити прості слова їм було вже набагато складніше. Також усе тестування їм було складно зосередитись, коли вони виконували завдання усю свою увагу та зусилля вони спрямовували на вирішення складних задач. Усі інші когнітивні функції у випробуваних які працюють в нормі, дуже гарна швидкість мовлення, орієнтування в часі та просторі, швидкість та гнучкість мислення.

У випробуваних які не працюють стан порушення когнітивних функцій набагато гірший. В наслідок інсульту з'явилися органічні порушення роботи мозку, перш за все у них простежується порушення когнітивних функцій, та ВПФ які відповідають за пам'ять та опосередковане запам'ятовування. Також, в них простежується порушення уваги, бо вони взагалі не могли зосередитись на завданнях які були у методиках. Вони не орієнтуються у часі та просторі, бо по-перше не могли довго згадати яке сьогодні число, та коли згадали вказали неправильну дату. Також, в них дуже постраждало мовлення, швидкість та гнучкість мовлення, бо їм було складно виконати завдання пов'язане з мовленням, та знайти аналогії між простими словами.

Висновки які можна зробити з цього тестування такі, що праця допомагає постінсультним хворим скоріше відновити свої навички, когнітивні функції та місце у соціумі яке вони втратили через інсульт.

Тепер пропоную розглянути висновки щодо двох груп випробуваних, які проходили корекційну програму та які її не проходили. Можна зробити висновок, що порушення когнітивних функцій після інсульту є у всіх випробуваних які проходили корекційну програму та які її не проходили. Також, у всіх випробуваних приблизно однаковий рівень депресії спостерігається зниження емоційного фону, здатності до нормального емоційного реагування, рівень активності та працездатності. Також не дивлячись на те що частина випробуваних проходили корекційну програму, нажаль усі вони не відчують цінності у власному житті та не відчують що потрібні комусь. На таке самопочуття впливає не лише сам інсульт який вони пережили, а ще й підтримка родичів та близьких хворому людей.

Щодо когнітивних функцій випробуваних, у тих хто проходив корекційну програму є порушення когнітивних функцій які пов'язані з пам'яттю та з уважністю, але після проходження програми ситуація стала набагато краще. Після інсульту у них постраждала саме короткочасна пам'ять, а з довготривалою пам'яттю у них усе відносно добре, при тестуванні їм були поставлені звичайні питання, які пов'язані з їх роботою, сім'єю та взагалі про їх життя і вони з легкістю змогли розповісти про події десятирічної давнини. Також не дивлячись на те що вони проходили корекційну програму, багатьом випробуваним усе тестування було складно зосередитись, коли вони виконували завдання усю свою увагу та зусилля вони спрямовували на вирішення складних задач. Усі інші когнітивні функції у випробуваних які проходили корекційну програму в нормі, дуже гарна швидкість мовлення, орієнтування в часі та просторі, швидкість на гнучкість мислення.

У випробуваних які не проходили корекційну програму стан порушення когнітивних функцій набагато гірший. В наслідок інсульту з'явилися органічні порушення роботи мозку, перш за все у них простежується порушення когнітивних функцій, та ВПФ які відповідають за пам'ять та опосередковане запам'ятовування. Також, в них простежується

порушення уваги, бо вони взагалі не могли зосередитись на завданнях які були у методиках. Вони не орієнтуються у часі та просторі, бо по-перше не могли довго згадати яке сьогодні число, та коли згадали вказали неправильну дату. Також, в них дуже постраждало мовлення, швидкість та гнучкість мовлення, бо їм було складно виконати завдання пов'язане з мовленням, та знайти аналогії між простими словами.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

- 1 Журнал неврології та психіатрії ім. С.С. Корсакова. С.С. Корсакова 2020, т. 120, № 5, С. 125-130.
- 2 Коваль С.М., Мисниченко О.В., Літвінова О.М., Барановська Г.В. ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України», м. Харків, Україна; Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна; КНП «МБЛ № 18» ХМР.
- 3 Кравченко І.В., Мороз Л.В., Стахова Л.Л. Логоритміка в системі нейропсихологічної реабілітації після інсульту. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки)* : зб. наук. пр. / за ред. М.К. Шеремет. Кам'янець-Подільський, 2020. Вип. 16, т. I. С. 133-141.
- 4 Пулик О.Р. Зміни когнітивних функцій у хворих, що перенесли мозковий інсульт. *Науковий вісник Ужгородського університету: Серія: Медицина* / гол. ред. А.С. Головацький. Ужгород: Поліграфцентр «Ліра», 2011. Вип. 40. С. 129-132.
- 5 Мілінчук В.І. Специфіка емпіричного вивчення мовлення пацієнтів після інсульту з моторною афазією. *Психологічні перспективи*. Волин. нац. ун-т ім. Лесі Українки, Ін-т соц. та політ. психології АПН України ; гол. ред. Л. Засєкіна. Луцьк, 2011. Вип. 17. С. 172-177.
- 6 Гаранич Л.С. Особливості когнітивних порушень та їх динаміка в гострому періоді мозкового ішемічного півкульового інсульту / Л.С. Гаранич ; наук. кер. д. мед. наук проф. Козьолкін О.А. *Актуальні питання сучасної медицини і фармації – 2021* : зб. тез доповідей наук.-практ. конф. з міжнар. участю молодих вчених та студ. Запоріжжя : ЗДМУ, 2021. С. 52-53.
- 7 Чаркіна О.А. Методичні матеріали з курсу «Нейропсихологія». Модулі 2-5 для студентів-бакалаврів 4 курсу (7 семестр) спеціальності 053 «Психологія». Кривий Ріг: вид-во КДПУ, 2020. 67 с.

8 Лазарець С.В. Нейропсихологічні розлади у хворих з хронічними порушеннями мозкового кровообігу: робота на здобуття кваліфікаційного ступеня магістра; спец.: 14.01.15 - нервові хвороби / С.В. Лазарець ; наук. кер. О.О. Потапов. Суми: СумДУ, Мед. ін-т, 2015. –53 с.

9 Романів О.П., Чорей Д.В. Особливості когнітивної реабілітації пацієнтів з деменцією. *Наук.-практ. журнал «Економіка і право охорони здоров'я»*. 2018. №1 (7). С. 17-21.

10 Чемерис І.О. Фактори, що впливають на ефективність ранньої реабілітації у хворих з гострим ішемічним інсультом в умовах спеціалізованого відділення: робота на здобуття кваліфікаційного ступеня магістра; спец.: 14.01.15 - нервові хвороби / І.О. Чемерис ; наук. кер. О.І. Коленко. Суми: СумДУ, Мед. ін-т, 2014. 75 с.

11 Тест за деменція SAGE (Self-Administrated Gerocognitive Exam). Kunchev.blog.bg. URL: <https://kunchev.blog.bg/drugi/2018/09/22/test-za-demenciia-sage-self-administrated-gerocognitive-exam.1628329>

12 Шкала депресії Зунга. Studfile.net. URL: <https://studfile.net/preview/6144672/>.

13 Мозок.ua. (n.d.). Монреальський когнітивний тест (MoCA). Retrieved June 13, 2024. URL: <https://mozok.ua/dementia/testy/item/4089-monrealskij-kogntivnij-test-mosa>

14 Статистика інсультів в Україні. Life-house.ua. URL: <https://life-house.ua/center/statystyka-insultiv-v-ukraini/>