

ID: 2020-04-1151-A-19177

Краткое сообщение

Никитаева Е.В.

## Опыт организации психологического сопровождения пациентов с синдромом неглекта в остром периоде ишемического инсульта

*ГУЗ ТГКБСМП им. Д.Я. Ваныкина, г. Тула*

### Резюме

Целью данной работы является описание опыта организации психологической помощи пациентам, перенёсшим ишемический инсульт и находящимся на лечении в стационаре, у которых по результатам нейропсихологического обследования было установлено наличие такого нарушения, как неглект-синдром (синдром гемипространственного игнорирования, одностороннее зрительно-пространственное игнорирование). Данная категория пациентов крайне сложно поддаётся общей реабилитации в силу специфики имеющихся у них нейропсихологических нарушений (гностические, практические нарушения; анозогнозия; поведенческие нарушения). Поэтому пациенты данной категории нуждаются в своевременной и комплексной помощи, в том числе в нейропсихологической реабилитации.

**Ключевые слова:** ишемический инсульт, неглект-синдром, нейрореабилитация, нейропсихологическая реабилитация

На сегодняшний день ишемический инсульт является одной из самых распространенных причин повреждений мозгового вещества. Инсульты относят к группе так называемых очаговых поражений, при которых происходит прекращение или снижение эффективности функционирования определенного, относительно изолированного участка головного мозга. Такое нарушение – это мозговая катастрофа, которая может повлечь за собой огромное разнообразие двигательных, сенсорных, речевых, гностических и даже психических нарушений, возникающих, в отличие от нейродегенеративных заболеваний, внезапно и непредвиденно.

При инсульте, особенно в остром его периоде, участок истинного поражения окружен веществом головного мозга, находящимся в состоянии временного торможения, или дишиза. Это обусловлено, в частности, нарушением питания нервных клеток сразу после инсульта. Такое состояние нервной ткани, как правило, влечет за собой более выраженную и богатую неврологическую (в том числе и нейропсихологическую) симптоматику сразу после инсульта и ее постепенное схождение по мере восстановления пациента [5].

Локализация очага поражения мозгового вещества при инсульте определяет особенности возникающих неврологических расстройств. При образовании очагов, затрагивающих кору больших полушарий головного мозга, часто наблюдаются нарушения в структуре высших психических функций. Их специфика довольно сильно отличается в зависимости от стороны поражения. Если в структуре левополушарных расстройств чаще всего выделяют речевые и апрактические нарушения, то «бичом» среди пациентов с правополушарными повреждениями является неглект-синдром, или синдром одностороннего зрительно-пространственного игнорирования.

Неглект-синдром («neglect» в переводе с английского языка буквально означает «пренебрегать», «не обращать внимание») в общих чертах представляет собой нарушение внимания в одной половине пространства, как правило в левой. Связано это со спецификой переработки информации субдоминантным (чаще всего правым) полушарием [6].

Симптомы, входящие в синдром одностороннего зрительно-пространственного игнорирования, довольно вариabельны и не всегда встречаются у одного и того же пациента. Симптомы игнорирования могут проявляться во всех сенсорных модальностях (зрительной, слуховой, тактильной). В этом случае для больного как-будто не существует ничего, находящегося по левую сторону от него. Нарушения возникают также и в двигательной сфере, когда пациент «забывает» про свою левую руку и/или ногу [6].

Достаточно часто неглект-синдром сочетается с явлениями анозогнозии. Определено, что при неглект-синдроме с большой долей вероятности будет выявлена анозогнозия как на когнитивные, так и на двигательные дефекты [4].

При правополушарных поражениях, влекущих за собой развитие неглект-синдрома, также достаточно часто возникают довольно специфические нарушения в эмоционально-личностной и поведенческой сферах. Так, Т.А. Доброхотова указывает на характерные для таких больных снижение критики, приподнятое настроение, сочетающиеся с отсутствием какой-либо собственной спонтанной активности [5]. И.В. Плужников указывает на сходство возникающих при правополушарных поражениях головного мозга поведенческих особенностей с таковыми при шизоидных расстройствах личности [11]. В.Н. Григорьева, Т.А. Сорокина указывают на специфическую регуляторную дисфункцию, сходную с «лобным» синдромом, сочетающуюся с неглект-синдромом и анозогнозией [4].

Нейропсихологическая работа по преодолению неглект-синдрома может быть достаточно разнообразна. В литературе описывается опыт применения тренингов визуального сканирования, чтения, принудительного использования пораженного поля зрения, вестибулярной стимуляции и пр. Однако однозначных данных о предпочтительности того или иного конкретного метода на сегодняшний день не имеется [2, 3, 8].

Наличие неглект-синдрома как последствия ишемического инсульта, особенно при достаточной его выраженности, влечет за собой трудности социальной реадaptации [1, 8]. В этом случае после выписки из стационара вся тяжесть ухода ложится на ближайшее окружение больного.

Семья в работе с пациентами, перенесшими инсульт, всегда играет важную роль. Как указывает М.Е. Кокорева, на родственников пациента ложится исполнение физиологических, когнитивных, социально-психологических и бытовых функций [9]. В случае такого комплексного нарушения высших психических функций как неглект-синдром семья пациента сталкивается и с бытовыми сложностями ухода, и с необходимостью проведения восстановительных мероприятий, и с психологическими трудностями общения с человеком с измененной психикой.

Процесс оказания психологической помощи обсуждаемой группе больных в условиях неврологического стационара, на наш взгляд, следует выстраивать в рамках системы комплексного психологического сопровождения. В этом случае медицинский

психолог не ограничивается нейропсихологическими занятиями с пациентом или же психологическими консультациями. Он организует процесс комплексного психологического воздействия, работая как непосредственно с самим пациентом, так и с его родственниками, персоналом медицинского учреждения и социально-бытовой средой; воздействует как на когнитивную, так и на эмоционально-личностную сферу пациента.

Такой подход органично переплетается с принципом мультидисциплинарности [7], позволяя использовать все ресурсы медицинского учреждения в целях его реабилитации. В рамках работы с пациентами, страдающими неглект-синдромом, помимо обоюдного консультирования со специалистами мультидисциплинарной бригады, предполагается также работа со средним и младшим медицинским персоналом. Это позволяет организовать все пребывание пациента в стационаре в рамках нейропсихологического реабилитационного процесса. Также это помогает избежать неприятных инцидентов, таких как случайные выдергивания пациентом капельниц из-за тактильного невнимания, забывание приёма лекарств, лежащих на прикроватной тумбочке слева и пр.

Первым этапом психологического сопровождения пациентов является своевременное выявление больных с уже развившимся синдромом неглекта, а также пациентов, входящих в «группу риска» по его развитию. В этих целях можно воспользоваться стандартной схемой нейропсихологического обследования.

В случае трудности установления контакта с пациентом или его высокой истощаемости возможно использование экспресс-обследования на выявление неглект-синдрома или предвестников его развития. В эту схему можно включить (в порядке возрастания сложности заданий): оценку направления взгляда пациента; наблюдение в ходе обследования или общения с пациентом; прослеживание взглядом за ярким предметом; деление линии пополам; зрительное сканирование; чтение текста (с опознавательным маркером в начале строки и без него); рисование, копирование; корректурные пробы. По итогам диагностического обследования делается вывод о необходимости начала восстановительных или профилактических мероприятий в рамках преодоления неглект-синдрома.

Психологическая работа с пациентами, перенёвшими ишемический инсульт, должна начинаться с момента поступления в медицинское отделение [10]. Как уже отмечалось выше, для пациентов в остром постинсультном периоде характерно большое разнообразие ярко выраженной неврологической симптоматики, что нередко влечет за собой плохое самочувствие, неспособность пациента принимать активное участие в каких-либо занятиях. В то же время раннее начало реабилитационных мероприятий имеет принципиальное значение для их успешности. В связи с этим целесообразно применение в работе с такими пациентами пассивных реабилитационных мероприятий. В этом случае от пациента не требуется какой-либо целенаправленной активности; реабилитационный эффект оказывает само нахождение больного в специально организованных условиях.

В случае с пациентами, страдающими неглект-синдромом, данное направление работы предполагает преобразование предметной среды, а также взаимодействия пациента с окружением. Основным условием в этом случае является вовлечение поражённой половины тела в активную деятельность. Для этого необходимо расположить пациента поражённой стороной в проход, желательнее в сторону двери; поставить прикроватную тумбочку с поражённой стороны (в случае отсутствия выраженных двигательных нарушений) и пр. Также в рамках данного блока можно использовать специальные очки, «выключающие» здоровое и заставляющие работать поражённое поле зрения. Родственники пациента и персонал медицинского учреждения также должны быть проконсультированы на предмет того как необходимо общаться с больным (стоя с поражённой стороны).

По мере улучшения общего состояния пациента и увеличения его работоспособности возможно введение в работу все более активных методов восстановления двигательного обучения. Хорошим подспорьем в этом случае является процедура вестибулярной стимуляции [8], которая позволяет временно сгладить у пациента проявления неглекта, а также оказывает общий тонизирующий эффект на его умственную работоспособность.

На непосредственно нейропсихологических занятиях по преодолению неглект-синдрома могут быть использованы такие приемы как: метод визуального сканирования; чтение текстов с использованием маркеров в начале строки или специальных бегунков для ее прослеживания; перечеркивание линий пополам (единичных или в виде корректурной пробы); рисование, письмо и копирование на листах, поделённых линией; глазодвигательная гимнастика.

Также, помимо собственно нейропсихологической работы, предполагается психотерапевтическая поддержка пациента. В силу возникающий эмоционально-личностных и поведенческих особенностей работа в данном направлении будет иметь свою специфику.

В рамках сотрудничества с родственниками пациентов медицинский психолог выполняет двоякую функцию: он выступает и как психолог-консультант для близких тяжелобольного человека, и как учитель, объясняя родственникам специфику возникшего у пациента нарушения и возможные способы работы с ним. В последнем случае полезными могут оказаться информационные буклеты с четко сформулированными и понятными рекомендациями. Также достаточно эффективно проведение демонстрационных открытых занятий с пациентами.

Исходя из всего вышесказанного, обрисует примерную схему психологического сопровождения рассматриваемой категории пациентов. Данная схема в описываемом виде разработана и апробируется в неврологическом отделении для больных с НМК в ГУЗ «Тулльская городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Д.Я. Ваныкина».

Цель психологического сопровождения: в зависимости от степени выраженности нарушений предотвращение развития неглект-синдрома, восстановление нарушенных компонентов психической деятельности или ослабление проявлений неглект-синдрома у пациентов в остром периоде ишемического инсульта.

Формы реализации сопровождения: индивидуальные и групповые занятия с пациентами, консилиум мультидисциплинарной бригады, консультирование родственников пациентов.

В рамках процесса психологического сопровождения можно выделить следующие блоки работы: диагностический блок, блок работы со специалистами отделения, блок работы с родственниками пациента, блок работы с социально-бытовой средой, блок непосредственной нейропсихологической работы с пациентом.

Таким образом, описанная схема организации психологического сопровождения охватывает все сферы, связанные с пребыванием пациента в условиях неврологического стационара. Это позволяет, на наш взгляд, максимально простимулировать

схождение неврологической симптоматики, связанной с патологическим торможением в нейронах головного мозга после инсульта, и подготовить пациента к последующим этапам нейрореабилитации.

#### Литература

1. Бучацкий К. В. Нейровизуальная диагностика и нейрореабилитация больных гемиспинальным неглектом с помощью инновационных компьютерных технологий // Избранные вопросы нейрореабилитации: материалы VII международного конгресса «Нейрореабилитация — 2015» / редкол.: Г. Е. Иванова [и др.]. М., 2015. С. 47 – 58.
2. Варако Н.А. История нейропсихологической реабилитации // Журнал им. Н.В. Склифосовского Неотложная медицинская помощь. 2014. № 3. С. 44–49.
3. Визель Т.Г., Кондратьева А.М., Шабетник О.И. Особенности субдоминантных синдромов у больных с очаговыми поражениями мозга // Arctic Environmental Research. 2010. №1.
4. Григорьева В.Н., Сорокина Т.А. Анозогнозия у больных острым полушарным ишемическим инсультом. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2016; 8(2):31-35.
5. Дамулин И.В., Екушева Е.В. Процессы нейропластичности после инсульта // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2014;6(3). С. 69-74.
6. Доброхотова Т.А. Нейропсихиатрия. Изд. 2-е, испр. М.: изд-во БИНОМ, 2016. 304 с., ил.
7. Камаева О.В., Полина Монро, Буракова З.Ф. и др. Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных: Методическое пособие. Часть Организация Инсультного Блока / Под ред. А.А. Скоромца. СПб, 2003.
8. Клинические рекомендации по неврологии Европейской федерации неврологических сообществ / под ред. N.E. Gilhus, M.P. Barnes, M. Brainin; науч. ред. Русского изд-я С.С. Никитин. М.: изд. Дом «АВС-пресс», 2012. 698 с.
9. Кокорева М. Е. Роль и функции семьи в социальной адаптации индивида, перенесшего инсульт головного мозга // Знание. Понимание. Умение. 2015. № 1. С. 282–288.
10. Коновалова Е.К. «Инсульт — часть общества» // Избранные вопросы нейрореабилитации: материалы VII международного конгресса «Нейрореабилитация — 2015» / редкол.: Г. Е. Иванова [и др.]. М., 2015. С. 210 – 212.
11. Плужников И.В. Ключевые подходы к проблеме личности в нейропсихологии // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2014. № 3. С. 8-18.