

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Автономная некоммерческая организация высшего образования

«Сибирский институт бизнеса, управления и психологии»

Кафедра психологии

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ВЫПУСКНАЯ АТТЕСТАЦИОННАЯ
РАБОТА

ОСОБЕННОСТИ
ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
У ЛЮДЕЙ С ПОСТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Выполнила: Бочкарева Н.В.

Научный руководитель: Арышева А.П.
к. псих. н.

Красноярск 2018

РЕФЕРАТ

Выпускная аттестационная работа 46 стр.,
Источников 17, Информационные ресурсы 12, приложений 2.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ, НАРУШЕНИЕ ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ (ВПФ), ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ, ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМОКОМПЛЕКСЫ (ППС), ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ, НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

В рамках исследовательской работы предпринята попытка разработки комплекса патопсихологических методик, позволяющих как можно более объективно оценить нарушение ВПФ и определить ведущий и сопутствующий патопсихологические синдромы у лиц с посттравматической энцефалопатией. Данное обстоятельство представляется весьма важным в рамках реабилитации таких больных.

Цель: изучить особенности познавательной деятельности у лиц с посттравматической энцефалопатией

Объект исследования: посттравматическая энцефалопатия

Предмет исследования: особенности познавательной деятельности у лиц с посттравматической энцефалопатией

Были разработаны рекомендации по восстановлению ВПФ лиц с посттравматической энцефалопатией

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
I ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЙ ПОСЛЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ	6
1.1. Энцефалопатия как проблема клинической психологии	6
1.2. Патопсихологическая структура олигфренического синдрома и экзогенно-органического синдрома при энцефалопатии	14
1.3. Особенности познавательной деятельности лиц с посттравматической энцефалопатией	20
II ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ И НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИЦ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ	26
2.1. Обоснование компонентов патопсихологического и нейропсихологического исследования лиц с посттравматической энцефалопатией	26
2.2. Клиническая интерпретация результатов исследования	29
2.3 Рекомендации по восстановлению ВПФ лиц с посттравматической энцефалопатией	31
Заключение	38
Список литературы	40
Приложение № 1	42
Приложение №2	68

ВВЕДЕНИЕ

Проблема лечения и реабилитации больных, лиц с посттравматической энцефалопатией (ПТЭП), является одной из самых актуальных и сложных в медицине и клинической психологии, поскольку в принципе ежедневная жизнь человека в целом не застрахована от какого-либо несчастного случая, в ходе которого может быть получена травма головного мозга (увечия в спорте, аварии, катастрофы и т.д.). Об актуальности данной проблемы свидетельствует то, что 30—50% больных ПТЭП вынуждены менять профессию или переходить на другую работу, становятся социально не пригодными как в трудовой деятельности так и в быту из-за не сформированности социально направленных мотивов, отсутствия должной дефицитарности волевой активности, высокой внушаемости¹.

И при отсутствии должного внимания данной проблеме со стороны врачей и психологов люди с посттравматической энцефалопатией (ПТЭП), при необратимости диффузных поражения тканей головного мозга, как процессов запущенных в результате травм головного мозга, могут остаться за гранью нормы социальной жизни, трудовой деятельности.

В результате значительных социально-экономических перемен, произошедших в России за последний период, сохранение и дальнейшее развитие профилактического направления отечественной медицины для лечения лиц с посттравматической энцефалопатией (ПТЭП) не только не утратило своей актуальности, но приобрело еще большую значимость. Это потребовало разработки новых организационных профилактических мероприятий. Программа психологического сопровождения пациента с посттравматической энцефалопатией должна быть системной и комплексной, направленной на формирование социально-психологической адаптации в болезни, в преодолении эмоционально-волевых нарушений, инвалидизации и

¹ (23)<http://medbe.ru/materials/farmakoterapiya-v-neurologii/farmakoterapiya-pri-posttravmaticheskoy-entsefalopatiy/>

социальной депривации. Системный и целостный подход к личности пациента лиц с посттравматической энцефалопатией позволяет повысить эффективность лечения и реабилитации. Дуэт врача и клинического психолога будет служить залогом правильно составленной коррекции, которая будет служить залогом эффективного восстановления и улучшения качества жизни пациента.

С учетом вышеизложенного актуальность изучаемой проблемы трудно недооценить.

Цель: изучить особенности познавательной деятельности у лиц с посттравматической энцефалопатией.

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

1.Провести теоретический анализ нарушений познавательной деятельности у лиц с посттравматической энцефалопатией.

2.Провести патопсихологическое исследование у лиц с посттравматической энцефалопатией.

3.Выделить ведущий и сопутствующий патопсихологические синдромы у лиц с посттравматической энцефалопатией на основании патопсихологического исследования.

4.Проинтерпретировать результаты исследования, сформулировать вывод.

5.Разработать рекомендации.

Объект исследования: посттравматическая энцефалопатия

Предмет исследования: особенности познавательной деятельности у лиц с посттравматической энцефалопатией

Гипотеза: предполагаем, что у лиц с посттравматической энцефалопатией олигофренический синдром является ведущим, а сопутствующим по отношению к основному выступает экзогенно-органический синдром.

I ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЙ ПОСЛЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

1.1. Энцефалопатия как проблема клинической психологии

Энцефалопатия – это комплекс симптомов, синдром, отражающий диффузные поражения тканей головного мозга.

Основные причины энцефалопатии – механизмы нарушения кровоснабжения тканей (ишемический фактор) и наличие кислородного голодания (гипоксии), вследствие которых запускается процесс гибели нервных клеток. К возникновению данных факторов приводят различные заболевания, травмы и патологические состояния².

Посттравматическая энцефалопатия (ПТЭП) развивается вследствие органического поражения мозга или дисфункции лимбико-гипоталамо-ретикулярных систем, приводящей к расстройству адаптационно-трофической регуляции. Строгого параллелизма между тяжестью острой формы черепно-мозговой травмы и выраженностью ПТЭП не существует. Об актуальности данной проблемы свидетельствует то, что 30—50% больных ПТЭП вынуждены менять профессию или переходить на другую работу, а некоторые формы этого заболевания (кистозно-слипчивый арахноидит, эпилептиформный синдром) могут иметь прогредиентное течение. На развитие и проявление ПТЭП оказывает влияние и преморбидное состояние больного (возраст, соматические и неврологические болезни). Посттравматическая головная боль возникает при наличии следующих патогенетических факторов: нарушении ликвородинамики, церебральной сосудистой дистонии и патологического напряжения мышц мягких покровов головы. При гипертензионной головной боли, появляющейся при кистозно-слипчивом арахноидите, проводятся либо хирургическое вмешательство,

²(19)<http://progolovy.ru/golovnoj-mozg/posttravmaticheskaya-encefalopatiya>

либо повторные курсы дегидратирующей терапии³.

Энцефалопатия не является болезнью, однако влияние энцефалопатического синдрома на организм может колебаться от слабо выраженных нарушений самочувствия до комы и летального исхода.

Энцефалопатия – следствие высокой зависимости тканей мозга от поступления кислорода с кровотоком. Без постоянного и устойчивого уровня снабжения кислородом ткани мозга могут прожить не более 6 минут, после чего начинается процесс отмирания. Чувствительность нервных тканей к воздействию токсических веществ, поступающих в организм извне или вырабатываемых в теле инфекционными агентами, органами с нарушениями функций, также обуславливает повышенный риск диффузного поражения нервных тканей.

Энцефалопатия отличается разнообразием клинических проявлений. Их выраженность и специфика зависят от локализации зон ишемии тканей. Так, поражение субкортикальных областей вызывает шумы в ушах, общую слабость, изменчивость настроения, нарушение сна. Ишемические зоны в коре головного мозга влияют на процессы мыслительной деятельности и т. п. Симптомы в большей степени зависят от того, какая область головного мозга повреждена.

К ранним симптомам энцефалопатического синдрома у взрослых относят снижение умственной работоспособности, психической устойчивости, ригидность мышления, затрудненную смену деятельности, первичные нарушения кратковременной памяти, ухудшение сна, утомляемость и т. д.

На данном этапе пациенты приходят с жалобами на диффузную головную боль, шум, высокую утомляемость и ощущение слабости, повышенную раздражительность. При осмотре у невролога могут быть

³ (23) <http://medbe.ru/materials/farmakoterapiya-v-neurologii/farmakoterapiya-pri-posttraumaticeskoy-entsefalopatii/>

отмечены повышенные рефлексы сухожилий, нистагм, нарушения остроты зрения, слуховой функции, нарастание патологических пирамидных и оральных рефлексов, вегетативные расстройства, нарушение координации мелкой и крупной моторики.

Данные симптомы прогрессируют вместе с ухудшением состояния, вызванного основным заболеванием-причиной энцефалопатии, и могут выражаться в четких неврологических синдромах: паркинсоническом, псевдобульбарном, дополняться расстройствами психики.

Клиническая картина острой энцефалопатии выражается в сильном беспокойстве, возбуждении, головных болях, тошноте и рвоте, головокружениях, спутанности сознания, на втором этапе сменяясь вялостью, апатичностью, парезами, судорогами, расстройствами сознания, возможна кома. Такая картина энцефалопатии наблюдается при тяжелых генерализованных поражениях тканей головного мозга, выраженных нарушениях микроциркуляции, значительных отеках⁴.

Гипоксическое поражение головного мозга требует терапии еще в период пребывания в родильном доме. Восстановительный период по необходимости проводят в стационаре или назначают терапевтические мероприятия в детской поликлинике и на дому. Выбор метода терапии базируется на тяжести состояния, причинах, вызвавших синдром пренатальной энцефалопатии и общем состоянии ребенка и его реакции на лечение.

В большинстве случаев назначают следующие варианты терапии:

медикаментозная, направленная на дезинтоксикацию организма, снижение готовности к судорогам, улучшение кровоснабжения и обменных процессов в тканях мозга; медикаментозная, регулирующая уровень внутричерепного давления; восстановительно-развивающая терапия (массаж,

⁴(20)<http://nerv.hvatit-bolet.ru/posttraumaticeskaja-jencefalopatija.html>

электрофорез, плавание, гимнастика для грудничков) проводится в период восстановления.

Посттравматическая энцефалопатия

Посттравматическая энцефалопатия как синдром диффузного поражения тканей мозга возникает по причине выраженной однократной или нескольких последовательных травм головы. Такие травмы получаются в следствии следующих инцидентов: авария на дороге; ушиб головы тяжелым предметом; падение вниз с большой высоты; травмы, которые получают при контактных видах спорта выделяется энцефалопатия боксеров).

Посттравматическая энцефалопатия опасна отдаленными последствиями, так как влияние травмы и формирование прогнозов на проявления энцефалопатии практически не возможно оценить в первые дни после инцидента. Первые симптомы могут возникать спустя несколько недель, месяцев, а в некоторых случаях и через годы после повреждения.

В каких случаях возникает посттравматическая энцефалопатия?

Энцефалопатический синдром в большинстве случаев возникает после сотрясений мозга 2 и 3 степени, контузий, ушибов головы, переломов костей черепной коробки и т. д. Такие травмы могут быть результатом падения с высоты, автомобильных аварий, бытовых травм или насилия. Более 80% травм с повреждением черепа приводят к возникновению посттравматического энцефалопатического синдрома⁵.

В зависимости от тяжести травмы и особенностей организма симптоматика может начать проявляться спустя несколько суток после повреждения или скрываться в течение неопределенного времени. К признакам ПТЭ относят:

-общее ухудшение самочувствия пациента, сонливость, утомляемость, раздражительность, астенический синдром;

⁵ (18)<http://neurodoc.ru/bolezni/encefalopatiya/posttravmatischeeskaya-encefalopatiya.html#i-6>

Как правило, причиной, по которой развивается посттравматическая энцефалопатия, является черепно-мозговая травма различных степеней тяжести (средней и тяжелой). Как результат, от таких травм появляются следующие проблемы:

Головной мозга начинает уменьшаться в своих размерах, или другими словами атрофироваться. То пространство, которое раньше занимал головной мозг, заполняется жидкостью. И, как результат, происходит сдавливание головного мозга, который и так постепенно усыхает. Формируются участки, в которых происходит расщепление или распад головного мозга. В местах образования больших гематом возникают пространства, которые потом заполняются жидким веществом. Данные изменения в структуре головного мозга можно про наблюдать только пройдя обследование при помощи магнитно-резонансной томографии повреждённых участков. Прогрессирование заболевания Для того чтобы понять как развивается заболевание, необходимо понимать его динамику.

Динамика развития посттравматической энцефалопатии имеет пять этапов:

С момента, когда произошла травма, начинается нарушение работы нервных тканей в месте ее нанесения; запускается процесс отекания головного мозга, который влечёт за собой определённые изменения в снабжении мозга кровью; в результате того, что происходит сдавливание желудочков, начинаются проблемы с передвижением спинномозговой жидкости в организме; в результате того, что самовозобновление клеток нервной системы не происходит, они начинают заменяться соединительной тканью, формируя рубцы; и, как результат, происходит ненормальный процесс для нашего организма – восприятие им своих нервных клеток чужеродными телами.

Степени посттравматической энцефалопатии головного мозга⁷:

⁷(19) <http://progolovy.ru/golovnoj-mozg/posttravmaticheskaya-encefalopatiya>

-I степень. Посттравматическая энцефалопатия 1 степени не имеет внешних признаков, которые могли бы определить присутствие данной патологии в организме человека. Ей характерны некоторые изменения, происходящие в тканях в том месте, где произошёл ушиб или травма. Определить присутствие такого нарушения возможно только в случае применения специальных инструментов и процедур.

-II степень. Посттравматическая энцефалопатия 2 степени уже имеет характерные проявления сбоев в работе головного мозга наблюдаются в незначительной мере и происходят эпизодически. В таком случае происходит возникновение нарушений в работе нервной системы, которые проявляются плохим сном, понижением концентрации внимания, проблемами с запоминанием, повышенной утомляемостью, депрессивным состоянием.

-III степень. В значительной мере происходит проявление нарушений в работе нервной системы, которые выступают уже куда более серьёзными заболеваниями – слабоумие, паркинсонизм и и другие.

Симптомы и признаки Посттравматическая энцефалопатия имеет такие симптомы. Проблемы с памятью. Если они наблюдаются в течении незначительного промежутка времени, то это нормальное состояние, характерное для людей, перенесших травму головного мозга. Если же она продолжается в течении 2-3 недель, то это уже носит тревожный для больного характер.

Проблемы с концентрацией внимания и нарушение процесса мышления. Это проявляется вялостью, некоторой заторможенностью, возникновением проблем с переходом от темы к теме. Также человек, имеющий такие симптомы, является неспособным решать какие-либо бытовые проблемы, либо задачи, связанные с профессиональной деятельностью.

Поведение, которое нехарактерно здоровому человеку – ничем не обоснованные вспышки агрессии, депрессивное состояние, чувство тревоги.

Проблемы со сном, точнее с его отсутствием.

Характерны головокружения, жалобы на плохой аппетит, тошнота, возникающая без определённой причины, апатия, повышенная потливость. Возможны эпилептические приступы, которые проявляются на протяжении года с момента появления травмы.

Диагностические методики посттравматической энцефалопатии являются очень важным моментом, поскольку изучают причины, по которой у человека возникла травма, степени её тяжести и места, где она локализуется. Это необходимо для назначения правильного и необходимого лечения.

К этому, врач имеет возможность назначить дополнительное обследование⁸: Два вида томографии – магнитно-резонансная и компьютерная.

С их помощью появляется возможность определить насколько глубока травма и какие части головного мозга были задеты или пострадали.

Электроэнцефалография. Это обследование даёт возможность определить, наблюдаются ли какие-либо симптомы, влекущие за собой развитие эпилепсии.

Лечение посттравматической энцефалопатии.

Для того чтобы снизить вероятность серьёзных последствий, которые влечёт за собой травма головы, необходимо вовремя начать её лечение. Именно этот момент является очень важным для любого заболевания. Обязательно назначается медикаментозное лечение посттравматической энцефалопатии, которое зависит от того, какое проявление имеет посттравматическая энцефалопатия. Для каждого из них имеется свой препарат, который подбирается врачом индивидуально.

Помимо медицинских лекарственных препаратов значительное влияние имеют посещения психолога и беседы с ним, занятия, которые будут полезными для улучшения памяти – кроссворды, загадки.

⁸ (20)<http://nerv.hvatit-bolet.ru/posttravmatischekaja-jencefalopatija.html>

реабилитационные мероприятия, которые помогут пострадавшему избавится от последствий посттравматической энцефалопатии .

Дефекты, которые не поддались излечению, так и останутся, напоминая человеку о его травме. Хотя существуют единичные случаи, когда даже через пять лет реабилитационных мероприятий были положительные результаты. Нарушения интеллектуальных способностей достаточно часто приводят к тому, что человек, имевший травму головного мозга уже не сможет в обычном порядке справляться с профессиональной деятельностью. В таких случаях при посттравматической энцефалопатии назначается инвалидность. Таким образом, в случае травмы I степени инвалидность не назначают. II степень тяжести сопровождается присваиванием II или III группы инвалидности. Ну и в случае III степени тяжести заболевания назначается I группа инвалидности¹⁰.

¹⁰ 18-<http://neurodoc.ru/bolezni/encefalopatiya/posttravmatischeeskaya-encefalopatiya.html#i-6>

1.2. Патопсихологическая структура олигфренического и экзогенно-органического патопсихологических синдромов при посттравматической энцефалопатией

Как и в психиатрии, в патопсихологии под синдромом понимают патогенетически обусловленную общность симптомов, признаков психических расстройств, внутренне взаимообусловленных, взаимосвязанных. В этом заключается большая диагностическая значимость синдромов по сравнению с симптомами. В диагностическом мышлении правильная квалификация синдрома является подступом к определению нозологической принадлежности заболевания. Каждый из патопсихологических синдромов включает в себя ряд симптомов¹¹.

Совокупность симптомов есть синдром (симптомокомплекс).

Синдром — обусловленное общим патогенезом устойчивое сочетание взаимосвязанных позитивных и негативных симптомов.

Симптомы и синдромы являются тем материалом, из которого создается клиническая картина заболевания. Синдромами и их динамикой проявляются патогенез болезни, последовательность его этапов.

При распознавании психического заболевания (нозологической формы) следует ориентироваться не только на доминирующий в данный момент состояния психопатологический синдром, но главным образом на весь контекст болезни: на то, как этот синдром связан с другими симптомами и синдромами, какова их динамика, как это отразилось на сохранности личности больного, т. е. каковы глубина и размеры поражения, степень вовлечения психической сферы в болезненный процесс.

По особенностям происхождения вся психопатологическая симптоматика с известной долей условности может быть разделена на позитивную и негативную.

¹¹ (24)<http://medzнате.ru/docs/index-47248.html?pag>

Позитивная симптоматика (продуктивная, плюс-симптоматика) возникает в связи с патологической продукцией психики. Сюда относятся галлюцинации, бред, навязчивость, сверхценные идеи и другие патологические образования.

Негативная симптоматика (дефицитарная, минус-симптоматика) — признак стойкого выпадения психических функций, следствие полома, утраты или недоразвития каких-то звеньев психической деятельности. Проявлениеми психического дефекта оказываются выпадение памяти, слабоумие, малоумие, снижение уровня личности и т. д. Принято считать, что позитивная симптоматика более динамична, чем негативная; она изменчива, способна усложняться и в принципе обратима.

Дефицитарные же явления стабильны, отличаются большой устойчивостью к терапевтическим воздействиям.

Выделение позитивных и негативных симптомов в состоянии больного соответствует клинической реальности. Со временем невролога Дж. Джексона, предложившего в первой половине XIX в. концепцию продуктивной и дефицитарной симптоматики (в рамках теории единого психоза), накопилось немало уточнений понятия дефицита в психической сфере.

Дефицит — это не только необратимый дефект, потеря психической функции, но также и ее торможение, временное выключение. Чем явственнее разрушение мозга, тем слабее психическая реакция, тем более отчетливо выступают признаки дефицита, максимально выраженные при органической деменции.

Продуктивные (позитивные) психопатологические синдромы¹² являются показателем глубины и генерализации поражения психической деятельности. К позитивным психопатологическим синдромам относятся невротические, аффективные, деперсонализационно-дереализационный, синдром растерянности, галлюцинаторно-бредовые синдромы, синдромы

¹² (25)http://studbooks.net/1710958/psihologiya/pozitivnye_nerativnye_psihopatologicheskie_sindromy

двигательных расстройств, помрачения сознания, эпилептиформный и психоорганический.

Распознавание болезни представляет собой многообразную деятельность, аналогичную любому процессу познания. Психолог диагностирует психическое состояние пациента в целом, во взаимосвязанности всех компонентов его психической деятельности.

Психика включает в себя познание, эмоции, волю; отмечают также мотивационно-потребностный компонент в психическом функционировании.

Познавательная деятельность включает в себя познание чувственного уровня (ощущение, восприятие) и рационального уровня (мышление), а также память, внимание, представление, воображение, интеллект. Эмоциональная сфера состоит из эмоциональных процессов, состояний и свойств; к наиболее фундаментальным эмоциям относятся радость, печаль, гнев и страх, по сочетанию и выраженности которых определяют эмоциональное состояние больного. Психолог проводит диагностику познавательных, эмоциональных, мотивационно-волевых процессов, состояний, свойств. По ходу диагностики он накапливает факты, собирает данные о болезни, выделяет ее признаки, анализирует полученную информацию, синтезирует, сравнивает, обобщает, делает выводы о состоянии психических процессов, состояний, свойств (формулирует патопсихологический синдром).

Олигофренический ППС следует рассматривать как специфичный вариант органического ППС.

Характерным признаком олигофренического патопсихологического симптомокомплекса является тотальный характер нарушения всех психических процессов.

Олигофrenия – врождённое или приобретённое до трёх лет отставание в психическом развитии. Оно является следствием перенесённой болезни или генетических факторов и в дальнейшем не прогрессирует. Степень задержки развития обычно оценивается с помощью стандартных тестов на интеллект. Может сопровождаться различными врождёнными пороками.

Олиофрения – достаточно распространённое состояние, большинство исследований сообщают, что порядка 1% населения Земли страдает этим заболеванием. Некоторые источники указывают на заболеваемость около 3%. Среди больных значительно преобладают лица мужского пола – их примерно в полтора раза больше женщин. Возрастные пики диагностики олиофрении – 6-7 и 18-19 лет – возраст начала обучения в школе и службы в армии.

Олиофрения (от греч. *Oligophrenia* — малоумие, врожденное слабоумие, умственная отсталость)¹³ — группа различных по этиологии, патогенезу и клиническим проявлениям патологических состояний, общим признаком которых является наличие врожденного или приобретенного в раннем детстве общего недоразвития психики с преобладанием интеллектуальной недостаточности. В первую очередь психическое недоразвитие проявляется в интеллектуальной недостаточности и характеризуется синдромом относительно стабильного, не прогрессирующего слабоумия. Однако интеллектуальная недостаточность не исчерпывает всей картины олиофрении. У олиофренов отмечается недоразвитие и других свойств — эмоциональности, моторики, восприятия, внимания.

Наиболее распространенным является подразделение олиофрении по степени интеллектуального дефекта, что имеет важное практическое значение для решения вопросов социальной адаптации, и особенно для определения возможности и типа обучения умственно отсталых. Обычно выделяются три степени глубины умственной отсталости — дебильность, имбэцильность, идиотия.

При всем разнообразии клинических проявлений различных форм олиофрении общими чертами для них являются, во-первых, наличие тотального недоразвития психики, включая недоразвитие познавательных способностей и личности в целом, и, во-вторых, — ведущая роль в структуре психического дефекта принадлежит недостаточности высших сторон

¹³ https://vuzlit.ru/925978/oligofrenicheskiy_sindrom

познавательной деятельности, и прежде всего абстрактного мышления, при относительно удовлетворительном уровне развития эволюционно более древних компонентов личности, таких как темперамент, потребности, связанные с инстинктами, низшая аффективность.

Олиофренический патопсихологический синдром складывается из неспособности к обучению, формированию понятий, абстрагированию, дефицита общих сведений и знаний, примитивности и конкретности мышления, повышенной внушаемости и эмоциональных расстройств.

Структура олиофренического патопсихологического синдрома включает в себя ряд особенностей, среди которых наиболее яркими являются характеристики когнитивной сферы¹⁴. Нередко, помимо мышления, у олиофреников оказываются нарушенными внимание, восприятие, память (Г. Н. Носачев, Д. В. Романов, 2001).

Причины олиофрении

Олиофрения является синдромом, который формируется в результате множества возможных причин:

- Вредные воздействия во время родов и в возрасте до трёх лет (гипоксия плода, асфиксия во время родов, иммунологический или резус-конфликт матери и ребёнка, инфекции детского возраста, гидроцефалия в первые годы жизни, черепно-мозговые травмы).
- Вредные факторы, действующие внутриутробно: гормональные нарушения, вирусные инфекции (краснуха, герпес), микробные инфекции (токсоплазмоз, сифилис).
- Генетические и хромосомные болезни, в том числе болезнь Дауна, микроцефалия, различные ферментные нарушения.

Иногда заболевание классифицируют согласно перечисленным причинным факторам, выделяя три формы олиофрении – генетическую, внутриутробную, перинатальную.

¹⁴ https://vuzlit.ru/925978/oligofrenicheskiy_sindrom

Имеются несколько хорошо изученных болезней, сопровождающихся олигофренией¹⁵:

- Энцефалопатия - диффузные поражения тканей головного мозга.
- Гидроцефалия – избыточное накопление ликвора в желудочках мозга вследствие затруднения его оттока или избыточной продукции.
- Микроцефалия – уменьшение размеров черепа и соответственно мозга.

- Фенилкетонурия – нарушение метаболизма аминокислоты фенилаланина, вследствие чего образуется значительное количество токсичного продукта распада. При раннем начале лечения можно предотвратить развитие олигофрении.

- Токсоплазмоз – паразитарное заболевание, при наличии инфекции у женщины токсоплазмы проникают в плод и вызывают множественные пороки развития, в том числе головного мозга.

- Болезнь Дауна – наличие дополнительной 21 хромосомы, проявляется характерным внешним видом, пороками сердца, задержкой умственного и физического развития разной степени.

Олигофrenия не является отдельной болезнью, более правильно называть её патологическим состоянием¹⁶, которое может быть признаком различных заболеваний. Поэтому её симптомы обычно сочетаются с различными соматическими проявлениями, а также нарушениями в речевой, двигательной и эмоциональной сфере.

¹⁵ (27)<http://onevrose.ru/kak-proyavlyaetsya-oligofreniya-prichiny-simptomy-diagnostika-metody-lecheniya-oligofrenii.html>

¹⁶ (27)<http://onevrose.ru/kak-proyavlyaetsya-oligofreniya-prichiny-simptomy-diagnostika-metody-lecheniya-oligofrenii.html>

1.3. Особенности познавательной деятельности лиц с посттравматической энцефалопатией

Познавательная деятельность включает в себя познание чувственного уровня (ощущение, восприятие) и рационального уровня (мышление), а также память, внимание, представление, воображение, интеллект. Эмоциональная сфера состоит из эмоциональных процессов, состояний и свойств; к наиболее фундаментальным эмоциям относятся радость, печаль, гнев и страх, по сочетанию и выраженности которых определяют эмоциональное состояние больного. Психолог проводит диагностику познавательных, эмоциональных, мотивационно-волевых процессов, состояний, свойств. По ходу диагностики он накапливает факты, собирает данные о болезни, выделяет ее признаки, анализирует полученную информацию, синтезирует, сравнивает, обобщает, делает выводы о состоянии психических процессов, состояний, свойств (формулирует патopsихологический синдром).

Особенности когнитивной деятельности при олигофреническом ППС¹⁷

Восприятие отличается сужением его объема, недостаточной дифференцированностью. При этом плохо различаются сходные предметы при их узнавании (при выраженной степени нарушения). В связи с нечеткостью восприятия для правильного узнавания изображений требуется значительное количество времени. Кроме того, восприятие недостаточно активно. При рассматривании картинок отмечается поверхностное узнавание отдельных объектов, изображенных на них. При выраженной дебильности восприятие недоразвитое, недостаточно четкое. Это относится к восприятию зрительных образов, когда обследуемые путают изображения схожих предметов, плохо различают цвета. Дебилам трудно уловить целостное содержание картинок, поэтому они перечисляют отдельные детали рисунка

¹⁷ (28) <http://medzнате.ru/docs/index-47366.html>, (29)<https://lektsii.org/14-6312.html>

Внимание характеризуется недоразвитием прежде всего произвольного внимания, сужением его объема, плохим распределением, затрудненным пе-реключением и истощаемостью. Этим обусловлены трудности сосредоточения на заданиях, требующих умственного напряжения. При отыскании чисел по таблицам Шульте отмечаются пропуски чисел, их «потери», увеличение времени работы с каждой отдельной таблицей. В пробе на запоминание такой больной называет, например, четыре слова. Ему повторно зачитывают все подлежащие запоминанию слова. После этого больной называет уже другие четыре слова, но не может вспомнить называвшиеся им прежде слова.

*Память*¹⁸ также имеет ряд особенностей. Выявляются нарушения операционного, динамического, мотивационного компонентов процесса запоминания. Механическая память более развита, чем опосредованная. Однако для запоминания не связанных между собой по смыслу слов требуются многие повторения, а через короткое время воспроизводится небольшое их количество. Медленно и с трудом усваивается новый материал, необходимо его неоднократное повторение, но он быстро забывается, а использование на практике каких-либо приобретенных знаний затруднено. В методике пиктограмм в связи с нарушением образования логических связей между словами и изображением слабой оказывается опосредованная память. Лучше запоминаются внешние признаки предметов и явлений в их случайных сочетаниях, но внутренние логические связи и отношения запоминаются плохо, так как недостаточно понимаются. Выраженность ослабления памяти часто соответствует степени слабоумия. Чем глубже дебильность, тем более заметна недостаточность памяти. Представляет интерес соотношение между механической памятью и логической. При легкой дебильности существенной разницы между показателями, характеризующими оба вида памяти, нет. Зато при выраженной дебильности механическая память страдает меньше. Глубоким

¹⁸ (28)<http://medznate.ru/docs/index-47366.html>, (29)<https://lektsii.org/14-6312.html>

дебилам опосредованное заучивание представляется очень трудным, а пробы на ассоциативную память даются труднее, чем заучивание 10 слов; ассоциации в парах слов этими больными не улавливаются, и поэтому задание оказывается для них большим по объему (содержит 20 слов). Существенное значение приобретает попытка исследующего корректировать суждения обследуемого. Возможность коррекции свидетельствует о более легкой степени дебильности.

*В структуре мышления*¹⁹ выявляются нарушения его операциональной стороны по типу снижения уровня доступных обобщений; нарушение динамики мышления по типу замедления протекания мыслительных операций (тугоподвижность мышления), инертности; ослабления мотивационного компонента мышления; нарушения критичности мышления. Снижение уровня доступных обобщений проявляется конкретно-сituационным характером мышления, затруднением абстрагирования. Выделение существенных признаков, закономерных связей затруднено. Плохо усваиваются правила и общие понятия; при способности установления различий в предметах невозможным оказывается выделение существенных черт их сходства. При «сравнении понятий» внимание акцентируется на случайных, внешних признаках, а существенные игнорируются. Особые затруднения отмечаются при выполнении больным «классификации предметов», где формирование групп осуществляется с опорой на включенность тех или иных предметов в единую конкретную ситуацию из опыта испытуемого. Невозможным оказывается абстрагирование какого-либо признака всех предъявляемых предметов, согласно которому предметы, обычно входящие в различные наглядные ситуации, могли бы быть объединены в одну группу. Так, затруднено объединение в одну группу по признаку «живое-неживое». При построении «простых аналогий» часто невозможным оказывается усвоение инструкции; выполнение заданий «случайное» проводится по

¹⁹ 28) <http://medzнате.ru/docs/index-47366.html>, (29)<https://lektsii.org/14-6312.html>

произвольному способу. «Сложные аналогии» недоступны. Обнаруживаются также слабость регулирующей функции мышления и некритичность суждений при непоследовательности рассуждений. Возможность перенесения обследуемым уже усвоенного опыта на выполнение аналогичных заданий приобретает особое значение при установлении степени выраженности дебильности. Возможность перенесения усвоенного опыта свидетельствует о легкой степени дебильности. Чем глубже выражена дебильность, тем беднее оказывается лексикон больного.

*Речь*²⁰ изобилует штампами, часто неверно употребляются слова («пустая словесная абстракция»). Это легко установить при исследовании по методике подбора антонимов. Когда проверяется не только словарный запас, но и соответствие слов определенному смыслу. Устная речь имеет выраженные дефекты в произношении: наблюдается косноязычие, шепелявость, плохое различение звуков, путаница близких фонем, искажения слов (особенно сложных) при произношении. Словарь, как пассивный, так и активный, мал. Слово часто является не понятием, а названием конкретных объектов. Речь плохо оформлена грамматически, фразы однословные. Письменная речь часто не сформирована.

*Воображение*²¹ характеризуется выраженным дефектом развития фантазии. В эксперименте оказываются невозможными составление рассказов из заданных слов, связная передача событий из собственной жизни.

*В эмоциональной сфере*²² пациентов с олигофреническим патопсихологическим симптомокомплексом наблюдается незрелость и малая дифференцированность эмоциональных реакций. Тонкие оттенки чувств пациентам обычно недоступны. Высшие чувства развиты слабо. В

²⁰ (28)<http://medznate.ru/docs/index-47366.html>, (29)<https://leksii.org/14-6312.html>

²¹(28)<http://medznate.ru/docs/index-47366.html>, (29)<https://leksii.org/14-6312.html>

²² (28)<http://medznate.ru/docs/index-47366.html>, (29)<https://leksii.org/14-6312.html>

переживаниях доминируют элементарные чувства, которые нередко исчерпываются удовлетворением физических потребностей. Осознавание эмоций ограничено. Часты как переоценка своих возможностей, некритическое отношение к ним, так и переживание чувства своей неполноценности в связи с отрицательным отношением со стороны других людей, обиды за свою несостоятельность.

Мотивационно-потребностная²³ сфера отличается низким уровнем мотивационной активности и малым мотивационным разнообразием. Отмечаются низкий уровень мотивационного опосредования, слабость целеполагания; несформированность социально направленных мотивов; дефицитарность волевой активности, высокая внушаемость. При этом можно отметить «угловатость» и несформированность тонких двигательных навыков.

Внешний облик пациентов часто отмечен дизонтогенетическими признаками, такими как выраженное ослабление мимической экспрессии, гипомимия, гипопантомимия. Существенное значение имеют речевые нарушения, выраженные затруднения при усвоении инструкций, понимании смысла заданий. Работоспособность в эксперименте низкая, выражена истощаемость, существенно снижен темп психических процессов. Рабочий мотив не формируется, преобладает ведомость. Заинтересованность в результатах мала. Необходима активная стимуляция для получения продукции в эксперименте. Важным диагностическим аспектом является низкая обучаемость испытуемых. С этой целью в течение всего исследования проводится обучающий эксперимент, где испытуемому предлагаются разные виды обучающей помощи — стимулирующая, уточняющая, организующая — и полный обучающий урок. От степени выраженности олигофренического дефекта зависит использование испытуемым вида обучающей помощи.

²³ (28)<http://medzнате.ru/docs/index-47366.html>, (29)<https://lektssi.org/14-6312.html>

Следовательно обучаемость будет различной — от небольшого снижения до полного отсутствия обучаемости.

Дифференциальная диагностика олигофренического ППС с экзогенно-органическим ППС²⁴. Наиболее часто олигофренический ППС приходится дифференцировать с органическим. Основными дифференциальными диагностическими признаками при олигофреническом ППС являются тотальный характер нарушения всех компонентов мышления, процессов анализа и синтеза (при органическом ППС нарушения мышления носят мозаичный характер, и в большей степени страдают процессы внимания, памяти и работоспособность в целом); различия отмечаются также в способности использования и объеме прошлого опыта, а также в структуре нарушений эмоциональности.

Трудности и ошибки в диагностике. Затруднительна дифференциация легких форм олигофрении и пограничного уровня умственного развития. В этих случаях следует учитывать степень нарушения процессов мышления и критерий обучаемости, раскрывающий возможности «зоны ближайшего развития», если таковая имеется. Используется стандартная тестовая батарея, с введением в методики всех уровней обучающего эксперимента.

²⁴ (29)<https://leksii.org/14-6312.html>

II ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ И НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИЦ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

2.1. Обоснование компонентов патопсихологического и нейропсихологического исследования лиц с посттравматической энцефалопатией

Патопсихологическое исследование²⁵ включает в себя ряд компонентов: эксперимент, беседу с больным, наблюдение, анализ истории жизни заболевшего человека (которая представляет собой профессионально написанную врачом историю болезни), сопоставление экспериментальных данных с историей жизни.

Нейропсихологическое обследование²⁶ – это обследование, включающее в себя оценку самых разных показателей: от наблюдения за вегетативными реакциями, двигательными и поведенческими проявлениями до тестирования конкретных психических функций. Оно подразумевает сбор анамнестических данных, исследование двигательных, тактильных функций, объема зрительной и слухоречевой памяти, речи, участия правой и левой руки. Также исследуются пространственные представления (координатные, структурно-топологические, проекционные). Стратегия, когнитивный стиль личности, который проявляется в контакте с внутренним (телесным) и внешним пространством. Рисунок, копирование, письмо, чтение, речевые функции, интеллектуальные и эмоционально-личностные процессы. Соматогнозис – пространство, существующее в пределах собственного тела, взаимодействие с внешним пространством «от тела».

²⁵ (5) Б.В.Зейгарник ПАТОПСИХОЛОГИЯ М.: Издательство Московского университета, 1986

²⁶ Ахутина Т. В., Пылаева Н. М. Преодоление трудностей учения: нейропсихологический подход //СПб.: Питер. – 2008.

Кроме обследования непосредственно самих высших психических функций (ВПФ): памяти, внимания, мышления и т.д., - большое значение уделяется таким показателям, как гипер- или гипотонус, мышечные зажимы, синкинезии, тики, глазодвигательные функции (конвергенция и амплитуда движения глаз). Пластиность или ригидность в ходе выполнения действия или при переходе одного задания к другому. Истощаемость, утомляемость, колебания внимания и эмоционального фона, вегетативные реакции, аллергии, сбои дыхания, дизритмии, нарушения формулы сна.

Чрезвычайно важно (хотя в силу объективных обстоятельств это не всегда возможно) проводить исследование в динамике, т.е. через год—два²⁷.

В диагностической практике клинического психолога постоянно используется два стандартных формата обследования: нейропсихологический и патопсихологический, которые позволяют качественно оценить уровень и степень психических нарушений²⁸.

Для подтверждения выдвинутой нами гипотезы, в которой мы предположили, что у лиц с посттравматической энцефалопатией олигофренический синдром является ведущим, а сопутствующим по отношению к основному выступает экзогенно-органический синдром, были взяты следующие методики:

1. Для исследования эмоционально-волевой сферы использовалось наблюдение за поведением испытуемой, задавание прямых вопросов о самочувствие.
4. Методика Дембо-Рубинштейн. Исследование самооценки.
5. «Опросник САН». Исследование самочувствия, активности и настроение.

²⁷ Лурия А.Р. Методы нейропсихологического исследования. – М., 1971.

²⁸ Ахутина Т. В., Пылаева Н. М. Преодоление трудностей учения: нейропсихологический подход //СПб.: Питер. – 2008.

6. Методика А. Р. Лурия. «Заучивание 10 слов». Для оценки состояния слухоречевой памяти, утомляемости, активности внимания, запоминания, сохранения, воспроизведения, произвольного внимания.

7. «Таблицы Шульте». Исследование внимания (зрительное произвольное внимание, зрительное пространственное восприятие, узнавание чисел).

8. Тест литературных ассоциаций. Используется для количественной оценки беглости речи и семантической памяти.

9. Для исследования вербально-логического мышления использовались методики: исключение лишнего, рассказ по сюжетной картинке, пересказ рассказа, проблема Эверье.

10. «Объяснение сюжетных картинок». Исследование наглядно-образного и логического мышления.

11. Исследование динамического праксиса. Трехэтапная проба «Кулак-ребро-ладонь». Тест «Графическая проба» (Лурия А.Р., 1966; 1973)

12. Исследование праксиса позы (кинестетический праксис). Тест «Воспроизведение позы пальцев руки» (Лурия А.Р., 1973)

13. Исследование пространственного праксиса. Одноручная проба с воспроизведением положения руки сидящего напротив исследователя. Тест «Рисование часов»

14. Исследование регуляторного праксиса. Верbalное задание на изображение символовических действий. Верbalное и неверbalное задание на выполнение простых действий с реальными предметами. Верbalное задание на изображение действий с воображаемыми предметами (пантомима).

15. Исследование зрительного предметного гноэза. Тест «Узнавание реальных изображений». Тест на узнавание лиц известных людей. Тест «Узнавание зашумленных изображений».

16. Исследование зрительно-пространственного гноэза. Тест «Узнавание времени на схематических часах без цифр»

17. Исследование соматосенсорного гноэза. Проба на узнавание типа поверхности (ткани, металла, бумаги, дерева). Проба на узнавание на ощупь с закрытыми глазами мелких предметов.

18. Исследование соматотопического гноэза.

19. Исследование способности ориентироваться в частях своего тела, как правило, сочетается с проверкой возможности пациента различать правую и левую сторону.

2.2. Клиническая интерпретация результатов исследования.

На основании проведенного патопсихологического исследования установлены следующие данные:

Испытуемая в возрасте 60 лет.

Дом-интернат №1 для граждан пожилого возраста и инвалидов, расположенный по адресу: г.Красноярск, ул. Академика Курчатова, 5а

Испытуемая на момент обследования контакта. Речь чёткая. Предложения строит правильно, но очень просто. Мимика лица живая, приветлива, открыта к общению.

Внешний вид не совсем опрятный. Своего внешнего вида и не ухоженности не стесняется. Не переживает невозможность обслуживать саму себя в полной мере.

Хорошо понимает обращённую речь. На заданные вопросы отвечает сразу.

Говорит в меру громко, чётко. Излишняя весёлость.

По результатам обследования наблюдаются нарушения, памяти, внимания, сниженный интеллект, нарушение операционной структуры мышления, неадекватная ситуации эмоциональная стабильность (постоянно приподнятое настроение), снижение критичности, а местами ее полное отсутствие. Наблюдается негативная симптоматика (дефицитарная, минус-симптоматика) — признак стойкого выпадения психических функций, следствие полома, утраты или недоразвития каких-то звеньев психической деятельности. Усматривается проявления психического дефекта, выпадение памяти, слабоумие\малоумие, снижение уровня личности и т. д. Всё это укладывается в картину экзогенно-органического синдрома на почве неоднократных ЧМТ, который следует считать сопутствующим основному синдрому. В ходе клинической беседы было выявлено, что общее недоразвитие психики в виде интеллектуальной недостаточности

проявляются с детского возраста. Эти симптомы укладываются в картину олигофренического синдрома, который следует считать ведущим.

Восприятие: Отмечается сужение объема восприятия в целом, недостаточная дифференцированность восприятия, плохо различаются сходные предметы при их узнавании (при выраженной степени нарушения). В связи с нечеткостью восприятия для правильного узнавания изображений требуется значительное количество времени. Кроме того, восприятие недостаточно активно. При рассматривании изображений отмечается поверхностное схватывание отдельных объектов, изображенных на них.

Внимание: Характерное недоразвитие произвольного внимания, сужение объема внимания в целом, плохое распределение внимания, затрудненное переключение и истощаемость внимания. Это обуславливает трудности сосредоточения на заданиях, требующих умственного напряжения. Так у клиента при отыскании чисел по таблицам Шульте отмечаются пропуски чисел, их «потери», увеличение времени работы с каждой отдельной таблицей.

Память: Выявляются нарушения операционного, динамического, мотивационного компонентов процесса запоминания. Механическая память более развита, чем опосредованная. Однако, даже для запоминания не связанных между собой по смыслу слов требуются многие повторения, а через короткое время воспроизводится небольшое их количество. Медленно и с трудом усваивается новый материал, необходимо его неоднократное повторение, но он быстро забывается и использование на практике каких-либо приобретенных знаний затруднено. В методике пиктограмм в связи с нарушением образования логических связей между словами и изображением слабой оказывается опосредованная память. Лучше запоминаются внешние признаки предметов и явлений в их случайных сочетаниях, но внутренние логические связи и отношения запоминаются плохо, так как недостаточно понимаются. У испытуемой отмечается память по типу конфабуляции(«галлюцинации воспоминания»), испытуемая имеет ложные

воспоминания, в которых факты, бывшие в действительности события либо видоизменённые, переносятся в иное (часто в ближайшее) время и сочетаются с абсолютно вымышленными событиями, никогда не имевших места в его жизни Имеет место и псевдореминисценций («иллюзии воспоминания») — другого вида парамнезий, при которых происходит смещение в памяти событий, действительно происходивших, но в другое время. У испытуемой расстройства памяти, сопровождается прогрессирующей амнезией, когда события, действительно имевшие место в жизни больной, амнезируются («забываются»), а возникающие пробелы в памяти восполняются вымыслами больной. У больной отмечается наплыв конфабуляций, сопровождающийся дезориентировкой (конфабуляционная спутанность).

Мышление: Выявляются нарушения операционной стороны мышления по типу снижения уровня доступных обобщений; нарушение динамики мышления по типу замедления протекания мыслительных операций (тугоподвижность мышления), инертности; ослабления мотивационного компонента мышления; нарушения критичности мышления. Снижение уровня доступных обобщений проявляется конкретно ситуационным характером мышления, затруднением абстрагирования. Выделение существенных признаков, закономерных связей затруднено. Плохо усваиваются правила и общие понятия; при способности установления различия в предметах невозможным оказывается выделение существенных черт их сходства. При «сравнении понятий» опора идет на случайные, внешние признаки, а существенные игнорируются. Особые затруднения отмечаются при выполнении «классификации предметов», где формирование групп осуществляется с опорой на включенность тех или иных предметов в единую конкретную ситуацию из опыта испытуемого. Невозможным оказывается абстрагирование от всех предъявляемых предметов какого-либо признака, согласно которому предметы, обычно входящие в различные наглядные ситуации, могли бы быть объединены в единую группу. Так,

затруднено объединение в одну группу по признаку «живого - неживого». При построении «простых аналогий» часто невозможным оказывается усвоение инструкции, выполнение заданий «случайно», по произвольному конкретному способу. «Сложные аналогии» недоступны. Также обнаруживается слабость регулирующей функции мышления и некритичность суждений при непоследовательности рассуждений.

Воображение: Выраженный дефект развития фантазии и воображения. В эксперименте оказываются невозможными даже составление рассказов из заданных слов, связная передача событий из собственной жизни.

Речь: устная - дефекты произношения, косноязычие, путаница близких фонем, искажения слов при произношении (особенно сложных слов). Словарь, как пассивный, так и активный, мал. Слово часто является не понятием, а названием конкретных объектов. Речь плохо оформлена грамматически, фразы однословные. Выражена персеверация. Письменная речь мало сформирована.

Эмоциональная сфера. Незрелость и малая дифференцированность эмоциональных реакций, тонкие оттенки чувств недоступны. Высшие чувства слабо развиты либо не развиты вообще. В переживании доминируют элементарные чувства, которые нередко исчерпываются удовлетворением физических потребностей. Осознавание эмоций ограничено. Часты как переоценка своих возможностей, некритическое отношение к ним, в том числе к переживаниям связанным с ограничением своих способностей (в данном случае к физическим ограничениям). Переживание каких-либо чувств связанных со своей физической и социальной неполноценностью не испытывает, в том числе обиды за свою несостоятельность не чувствует.

Мотивационно-потребностная сфера. Низкий уровень мотивационной активности и малое мотивационное разнообразие. Низкий уровень мотивационного опосредования, слабость целеполагания. Несформированность социально направленных мотивов. Дефицитарность волевой активности, высокая внушаемость.

В результате вышеперечисленных фактов, мы можем предположить, что у клиента, ведущий синдром олигофренический, а сопутствующие экзогенно-органический.

\

2.3 Рекомендации по восстановлению ВПФ лиц с посттравматической энцефалопатией.

Внешний облик пациента отмечен дизонтогенетическими признаками. Характерно выраженное ослабление мимической экспрессии, гипомимия, гипопантомимия. «Угловатость» и несформированность тонких двигательных навыков. Существенное значение имеют речевые нарушения, выраженные затруднения при усвоении инструкций, понимания смысла заданий. Работоспособность в эксперименте низкая, выражена истощаемость, существенно снижен темп психических процессов. Рабочий мотив не формируется, преобладает ведомость. Заинтересованность в результатах мала. Необходима активная стимуляция для получения продукции в эксперименте.

Важным диагностическим аспектом является низкая обучаемость испытуемой в эксперименте. С этой целью на протяжении всего исследования проводился обучающий эксперимент, где испытуемой предлагаются разные виды обучающей помощи: стимулирующая, уточняющая, организующая и полный обучающий урок.

В целом от степени выраженности олигофренического дефекта зависит использование испытуемым вида обучающей помощи²⁹, а следовательно, и обучаемость будет различной, от небольшого снижения до полного отсутствия обучаемости³⁰.

В реабилитации с испытуемой в настоящее время стоит особое внимание уделить работе с памятью и её эмоциональным состоянием. А также физическим упражнениям для поддержания чувствительности и мобильности нижних конечностей тела. Для более эффективной работы

²⁹ Лuria A.P. Основы нейропсихологии. Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. - М., 2003.

³⁰ Лuria A.P. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1969. 595с.

необходимо составление программы реабилитации испытуемой с учётом её ресурса, выявленного в анамнезе и данных диагностического исследования, при этом полезным и правильным будет если данные занятия станут проходить с помощь медицинского персонала и\или социального работника, ежедневно в первой и второй половине дня, каждое из которых протяженностью не менее одного часа. Три раза в неделю следует проводить занятие с участием клинического или медицинского психолога, для возможности оценки последним высших психических функций больной в ходе проведения реабилитационной работы, оценки личностного ресурса реабилитанта, коррекции программы для улучшения потенциала восстановительной деятельности пациента.

Со стороны тела рекомендованы следующие восстановительные мероприятия:

Физическую активизацию, восстановление двигательной активности. пассивные упражнения, по возможности, занятия на специальных тренажерах, лечебная физкультура реабилитационные занятия

Физиотерапевтическое лечение, массаж для увеличения количества посылаемых в мозг нервных импульсов, что восстанавливает функции нейронов

Со стороны когнитивной сферы

Включение в работу методик на внимание и концентрацию. Так как она не может продуктивно поддерживать разговор, т. к. часто не улавливают, что говорит собеседник. В нашем исследовании этот факт подтверждён.

Коррекционные методики на память. Создание условий для социальной коммуникации в условиях интерната. Так как у больной нарушена способность к нормальному общению. Отсутствует навык обобщения и генерации выводов, понимание метафор, пословиц, сравнительных оборотов, шуток. Такие последствия выводят человека из привычного круга общения, нарушают социальные коммуникативные связи.

Т.Г. Визель для укрепления внимания и памяти рекомендует следующие виды деятельности:

- Решение разного рода головоломок (ребусы, лабиринты, «найди отличия» и пр.).
- Отсчитывание от 100 по 3, 7, 9. Аналогично — от 300, 500 и пр.
- Устное решение арифметических примеров и задач.
- Подчеркивание заданной буквы в тексте объемом в одну, две, три страницы.

Для тренировки памяти можно использовать следующие виды работы:

- Зрительное восприятие и запоминание: фраз и текстов разной длины с последующим письменным воспроизведением их по памяти; рядов геометрических фигур и цифр в прямом и обратном порядке (число элементов ряда постепенно увеличивать), телефонов.
- Заучивание наизусть стихотворений.

Сохранность способности к самоорганизации. Профилактика дезориентации — сложности с определением сегодняшней даты, времени, дня недели, поры года. Нарушение причинно-следственных связей и трудности с решением простейших проблем.

Со стороны психоэмоциональной сферы

Занятия с психотерапевтом или клиническим психологом в связи с наличием поведенческих и эмоциональных расстройствах. В работе особое внимание уделить стабильно неизменному приподнятому эмоциональному состоянию, переоценке своих возможностей и завышенной оценке своей личности.

Для восстановления функций ВПФ у лиц с посттравматической энцефалопатией разработаны ряд специальных упражнений, которые предлагаются в комплексе программы по реабилитации больных, для научения, закрепления, развития утраченных (утрачиваемых),

приобретенных (приобретаемых) навыков³¹. Предлагаю Вашему вниманию систему упражнений для развития полушарий головного мозга:

1. "Ухо-нос". Левой рукой берёмся за кончик носа, а правой - за противоположное ухо, т.е. левое. Одновременно отпустите ухо и нос, хлопните в ладоши, поменяйте положение рук "с точностью до наоборот".

2. "Зеркальное рисование". Положите на стол чистый лист бумаги, возьмите по карандашу. Рисуйте одновременно обеими руками зеркально-симметричные рисунки, буквы. При выполнении этого упражнения вы должны почувствовать расслабление глаз и рук, потому что при одновременной работе обоих полушарий улучшается эффективность работы всего мозга.

3. "Колечко". Поочерёдно и очень быстро перебираем пальцы рук, соединяя в кольцо с большим пальцем указательный, средний, безымянный, мизинец. Сначала можно каждой рукой отдельно, потом одновременно двумя руками.

Необходимо делать упражнения, в которых нужно левой рукой доставать до правой ноги и наоборот. Такие упражнения развивают полушария головного мозга и помогают им работать согласованно.

Замечательно помогает развивать полушария мозга нейролингвистическое программирование³², сокращённо НЛП, одна из предлагаемых техник НЛП, называется "Скорая помощь", которая помогает снимать эмоциональное напряжение, улучшает работоспособность, развивает внимание, мышление и межполушарные связи. Выполнять это упражнение трудно и при этом интересно. Объясняем порядок действий. Перед вами лежит листок с буквами алфавита, почти всеми. Под каждой буквой написаны буквы Л, П или В. Верхняя буква проговаривается, а нижняя

³¹ Цветкова Л. С. Восстановительное обучение при локальных поражениях мозга. М.: Педагогика, 1972. 269с.

³² Хомская Е.Д. Нейропсихологическая диагностика. Учебное пособие. Под ред. Е.Д. Хомской. М., 1994.

обозначает движение руками. Л - левая рука поднимается в левую сторону, П - правая рука поднимается в правую сторону, В - обе руки поднимаются вверх. Всё очень просто, если бы не было так сложно всё это делать одновременно. Упражнение выполняется в последовательности от первой буквы к последней, затем от последней буквы к первой. На листке записано следующее.

А Б В Г Д
Л П П В Л ;
Е Ж З И К
В Л П В Л ;
Л М Н О П
Л П Л Л П ;
Р С Т У Ф
В П Л П В;
Х Ц Ч Ш Я
Л В В П Л

Тренировка памяти и внимания. Упражнения для улучшения запоминания путем вызывания ассоциаций:

- Составьте список из 5-6 слов, выбирая слова случайным образом, например, из журнала. Придумайте небольшую историю и представьте ее в своем воображении.
- Составьте список покупок. Сформируйте мысленные ассоциации. Через час попытайтесь воспроизвести список.
- Подумайте о том, что Вам необходимо сделать завтра. Постарайтесь найти подходящие ассоциации и представить их в виде зрительных образов, которые напомнят Вам о том, что и в какой последовательности Вы должны сделать.

Заключение:

Изучая и анализируя научную литературу по проблеме посттравматической энцефалопатии, можно сделать выводы, что основные причины энцефалопатии – механизмы нарушения кровоснабжения тканей (ишемический фактор) и наличие кислородного голодания (гипоксии), вследствие которых запускается процесс гибели нервных клеток. К возникновению данных факторов приводят различные заболевания, травмы и патологические состояния.

В большинстве случаев (30-50%) лиц после травматической ситуации, последствием которой стала энцефалопатия, страдают проблемами в когнитивной сфере деятельности психики, в связи с нарушениями памяти, внимания, представления, воображение, интеллект, эмоций. Это может являться причиной вынужденной сменой профессии, должностных обязанностей и деятельности в целом. Большинство лиц ввиду существенных проблем познавательной деятельности становятся социально не пригодными как в трудовой деятельности так и в быту из-за не сформированности социально направленных мотивов, отсутствия должной дефицитарности волевой активности, высокой внушаемости.

И при отсутствии должного внимания данной проблеме со стороны врачей и психологов люди с посттравматической энцефалопатией (ПТЭП), при необратимости диффузных поражения тканей головного мозга, как процессов запущенных в результате травм головного мозга, могут остаться за гранью нормы социальной жизни, трудовой деятельности.

В ходе пато- и нейропсихологического исследования мы так же выявили, и подтвердили, что нарушения познавательной деятельности имеют место быть в картине когнитивных расстройств у людей с посттравматической энцефалопатией. А так же установили прямую взаимосвязь между эмоционально-волевыми состояниями больного, входящими в состав когнитивной деятельности психики, как важный

компонент в мотивации к выздоровлению, реабилитации и восстановлению познавательной деятельности.

Ранняя диагностика и коррекция когнитивных расстройств имеет большое значение в повышении качества жизни и снижении смертности у больных перенесших посттравматическую энцефалопатию³³. Мы предлагаем использовать разработанные в данной работе рекомендации по активизации и восстановлению двигательной активности у людей, перенесших посттравматическую энцефалопатию, что будет способствовать улучшению их эмоционального состояния, а значит стимулировать желание для занятия познавательной деятельностью.

Следовательно, наша гипотеза подтвердилась. Цель исследования достигнута. Задачи решены.

³³ Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1969. 595с.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ :

- 1.Ахутина Т. В., Пылаева Н. М. Преодоление трудностей учения: нейропсихологический подход //СПб.: Питер. – 2008.
2. Бадалян Л.О. Невропатология: учебник для студ. высш. учеб. заведений - М., 2007.
- 3.Блейхер В. М., Крук И. В. Конфабуляции (рус.). Толковый словарь психиатрических терминов. Национальная психологическая энциклопедия (1995).
- 4.Джуан Ст. Странности нашего мозга. - М., 2009.
5. Жмуро В. А. Конфабуляции (рус.). Большая энциклопедия по психиатрии, 2-е изд.. Национальная психологическая энциклопедия (2012).
- 6.Б.В.Зейгарник ПАТОПСИХОЛОГИЯ М.: Издательство Московского университета, 1986
- 7.Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. – М., 1973, 2001.
- 8.Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. - М., 2003.
- 9.Лурия А.Р. Методы нейропсихологического исследования. – М., 1971.
10. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1969. 595с.
11. Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста. Учебное пособие. - СПб., 2008.
12. Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10)
13. Снежневский. А. В. Справочник по психиатрии / Под ред. акад. АМН Снежневского А. В СССР проф.— 1-е изд. — М.: Медицина, 1974. — С. 64, 77. — 392 с. — 75 000 экз.
14. Хомская Е.Д. Нейропсихология: Учебник для вузов. 4-е изд. - СПб., 2010. Н.В.Репина, Д.В.Воронцов, И.И.Юматова Основы клинической психологии, Ростов/Д., 2003

15. Хомская Е.Д. Нейропсихология, М., 1987, 2002
16. Цветкова Л. С. Восстановительное обучение при локальных поражениях мозга. М.: Педагогика, 1972. 269с.
17. Цветкова Л.С .Актуальные проблемы нейропсихологии детского возраста / под ред., МПСИ, 2006

Информационные ресурсы:

- 18-<http://neurodoc.ru/bolezni/encefalopatiya/posttravmatischeeskaya-encefalopatiya.html#i-6>
- 19-<http://progolovy.ru/golovnoj-mozg/posttravmatischeeskaya-encefalopatiya>
- 20-<http://nerv.hvatit-bolet.ru/posttravmatischeeskaja-jencefalopatija.html>
- 21-<http://www.rightbrains.ru/mozg.html>
- 22-https://studwood.ru/812909/psihologiya/kontseptsiya_a_luriya_o_treh_strukturno-funktionalnyh_blokah_mozga
- 23-<http://medbe.ru/materials/farmakoterapiya-v-neurologii/farmakoterapiya-pri-posttravmatischeeskoy-entsefalopatii/>
- 24-<http://medznate.ru/docs/index-47248.html?pag>
- 25-http://studbooks.net/1710958/psihologiya/pozitivnye_nerativnye_psihopatologicheskie_sindromy
- 26- https://vuzlit.ru/925978/oligofrenicheskiy_sindrom
- 27-<http://onevroze.ru/kak-proyavlyaetsya-oligofreniya-prichiny-simptomy-diagnostika-metody-lecheniya-oligofrenii.html>
- 28- <http://medznate.ru/docs/index-47366.html>
- 29-<https://lektssi.org/14-6312.html>