

Автономная некоммерческая организация высшего образования  
«Сибирский институт бизнеса, управления и психологии»

КАФЕДРА ПСИХОЛОГИИ

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ  
РАБОТА

Программа психопрофилактики для лиц старшего возраста (на примере  
гипертонической болезни)

Выполнил: Гунбина Н.Н

Научный руководитель: к.психол.н., доцент. Арышева А.П.



Красноярск – 2017

## РЕФЕРАТ

Выпускная квалификационная работа 50 с ,приложений 6,таблиц 4, формул 4, источников 22, методик 7, пробы и тесты (нейропсихологического исследования).

Программа психопрофилактики для лиц старшего возраста (на примере гипертонической болезни)

Цель работы: Изучить особенности когнитивной и личностной сферы у больного с гипертонической болезнью в начальной стадии.

Объект исследования: Особенности когнитивной и личностной сферы человека

Предмет исследования: Особенности когнитивной и личностной сфер у больного с гипертонической болезнью в начальной стадии.

Для реализации цели исследования (Когнитивные и личностные особенности) мы подобрали следующие методики:

Заучивание 10 слов (А. Р. Лурия), таблицы Шульте. (В.Шульте), счет по Крепелину (Э. Крепелин), «Выделение существенных признаков» (С. Я. Рубенштейн), Методика (Мюнстерберга) «Пиктограмма».: Лурия.

Пробы и тесты нейропсихологического исследования.

## СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	5
ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИИ И ИЗМЕНЕНИЯ ПСИХИКИ ПРИ ЭТОМ ЗАБОЛЕВАНИИ...7	7
1.1 Гипертоническая болезнь ее проявление и диагностика.....	7
1.2 Теоретический анализ нарушения психики при гипертонии.....	10
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.....17	17
2.1 Нейропсихологическое исследование.....	17
2.2 Патопсихологическое исследование.....	32
ПРОГРАММА ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ ДЛЯ ЛИЦ СТАРШЕГО ВОЗРОСТА.(НА ПРИМЕРЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ)	
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	37
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	39
Приложения.....	41

## ВВЕДЕНИЕ

Гипертоническая болезнь - заболевание, ведущим признаком которого является склонность к артериальной гипертонии, не связанная с каким-либо известным заболеванием внутренних органов [1].

Наиболее часто гипертоническая болезнь вызывает следующие типы психических нарушений (Е.С. Авербух): неврозоподобную и психопатоподобную симптоматику; тревожно-депрессивные и тревожно-бредовые синдромы; состояния помрачения сознания; состояния слабоумия. Свойственные больным гипертонической болезнью нарушения памяти могут быть выражены в самой различной степени начиная от легкой забывчивости и кончая грубыми мnestическими расстройствами. Может развиваться органический психосиндром. Иногда встречается типичный синдром Корсакова. При гипертонической болезни могут возникать эпилептиформные припадки, вслед за которыми иногда развивается сумеречное помрачнение сознания. В ряде случаев гипертоническая болезнь приводит к выраженному слабоумию. [2].

Немедикаментозные способы снижения АД применимы у больных ГБ при любой степени его повышения, хотя на ранних стадиях заболевания при адекватной борьбе больного «за здоровый образ жизни» можно добиться снижения АД без приема медикаментозных гипотензивных средств [3].

Некоторые авторы (Гайфулин, 1988; McCann, 1990) находят, что частота и выраженность невротической симптоматики у больных гипертонической болезнью возрастает по мере увеличения длительности и тяжести болезни. Другие исследователи (А.П.Юренев и соавт., 1994) связывают признаки повышенной невротизации, эмоциональной лабильности, тревожности, неуверенности в себе, выявление ипохондрических черт с фиксацией внимания на состоянии здоровья с определенной стадией гипертонической болезни, а именно – со стадией II, протекающей с кардиальными осложнениями.

Надо откровенно признать, что в настоящее время потенциал естественных и преформированных физических факторов в лечении гипертонической болезни реализуется недостаточно. Между тем, активное применение физических факторов позволит более успешно решать проблемы лечения и профилактики ГБ (Котовская Е.С., 1984; Сорокина Е.И., 1989).

Таким образом, проведем исследование когнитивных и личностных особенностей больной с гипертонической болезнью в начальной стадии.

Предмет исследования: Особенности когнитивной и личностной сфер у больного с гипертонической болезнью в начальной стадии.

Объект исследования: особенности когнитивной и личностной сферы человека

Цель исследования: Изучить особенности когнитивной и личностной сферы у больного с гипертонической болезнью в начальной стадии.

Гипотеза: У больного с гипертонической болезнью в начальной стадии будут преобладать нарушения в памяти и внимании.

Для достижения поставленной цели необходимо решение следующих задач:

Задачи исследования:

1. Проведение теоретического исследования, с целью описать особенности течения гипертонии, а так же возможных изменений психики при этом заболевании.

2. Провести нейропсихологическое исследование больного с гипертонической болезнью в начальной стадии.

3. Провести патопсихологическое исследование больного с гипертонической болезнью в начальной стадии

4. Разработать программу реабилитации и профилактики при начальной стадии заболевания гипертонии.

# 1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИИ И ИЗМЕНЕНИЯ ПСИХИКИ ПРИ ЭТОМ ЗАБОЛЕВАНИИ

## 1.1 Гипертоническая болезнь ее проявление и диагностика

Гипертоническая болезнь - заболевание, ведущим признаком которого является склонность к артериальной гипертонии, не связанная с каким-либо известным заболеванием внутренних органов.

Гипертоническая болезнь широко распространена главным образом среди лиц старше 40 лет и часто сочетается с атеросклерозом. Болезнь более часта среди лиц умственного труда. Нередко отмечается семейное распространение. Предполагается, что в большинстве случаев болезнь возникает в результате длительного нервно-психического напряжения при определенной генетической предрасположенности.

В основе болезни лежит нарушение регуляции артериального давления. Патогенетические механизмы поддержания гипертонии, видимо, могут быть различны у разных лиц, и могут по-разному сочетаться. При этом в сложной системе нейрогуморальной регуляции артериального давления повреждение отдельных звеньев может выступать на первый план.

К таким звеньям относят: первичное нарушение функции центральной нервной системы, задержку натрия и воды, повышение чувствительности к прессорным веществам в нормальных концентрациях (например, к катехоламинам, ангиотензину), повышение активности прессорных веществ (например, ренина, ангиотензина), снижение продукции депрессорных почечных веществ (например, простагландинов А), снижение экскреции или разрушения внепочечных прессорных веществ (например, катехоламинов), снижение чувствительности барорецепторов. Изменения общего гемодинамики сводятся к несоответствию между сердечным выбросом

и общим периферическим сопротивлением с преимущественным увеличением выброса (чаще в начальных стадиях) или сопротивления. Выделение перечисленных звеньев патогенеза следует считать условным, все они неразрывно связаны между собой. Однако уточнение ведущей патогенетической особенности гипертонии у каждого больного бывает важным для выбора лечения.[7].

Клиническая картина. В начальной стадии болезнь трудноотличима от выраженной вегетативно-сосудистой дисфункции с лабильным артериальным давлением. У многих больных болезнь длительное время не вызывает заметного ухудшения самочувствия.

В типичной развернутой картине не осложненной болезни наиболее характерна жалоба на головную боль — тяжесть в области затылка, которая может быть выражена уже утром, нередко сопровождается тошнотой, ощущением мелькания перед глазами, головокружением. Возможна склонность к носовым кровотечениям, после которых головная боль уменьшается. Головные боли не всегда пропорциональны высоте артериального давления и у многих больных сильнее выражены не при высоком, а при быстро меняющемся давлении. Отчасти мозговая симптоматика может быть связана с атеросклерозом сонных и мозговых артерий и сопутствующей вертебробазилярной недостаточностью. Нередко на первый план выступают жалобы, связанные с ишемической болезнью сердца, любые проявления которой усиливаются при наличии гипертонической болезни, особенно в период ее обострения. [6].

Для диагноза важна правильная оценка артериального давления. Повышенным считается давление, превышающее возрастную норму.. Динамика утреннего давления — один из важнейших показателей тяжести гипертонии и эффективности лечения..

Важнейшими вспомогательными исследованиями являются рентгеноскопия грудной клетки, электрокардиография и исследование глазного дна. Рентгеноскопия грудной клетки позволяет точнее оценить

степень увеличения левого желудочка, а также выраженность склероза аорты и застойных изменений в легких.[8].

На глазном дне примерно у 95% больных обнаруживаются изменения в виде склероза артериол и генерализованного или очагового сужения их просвета. Эти изменения неспецифичны для гипертонической болезни и отражают главным образом развитие атеросклероза. Для тяжелой артериальной гипертонии более характерны геморрагии и экссудаты, которые обычно сочетаются с сужением артериол, и особенно отек соска зрительного нерва, который бывает при наиболее тяжелых вариантах гипертонии и может не сочетаться с другими изменениями глазного дна. Гипертоническая ретинопатия не всегда строго симметрична. Она может сопровождаться различными нарушениями зрения вплоть до его потери.

Разработан ряд близких друг к другу классификаций гипертонической болезни обычно с выделением трех стадий.

Выделяют следующие стадии:

1. гипертония без признаков органических изменений сердечно-сосудистой системы;
- 2.гипертония с гипертрофией сердца, но без других изменений;
- 3.гипертония с вторичным повреждением с вторичным повреждением (сердца, мозга, почек).

Злокачественная гипертония рассматривается как особая форма. В каждой стадии дополнительно выделяют еще две фазы — А и Б:

1. А - предгипертоническая, включает гиперреакторов (отнесение этих лиц к больным гипертонической болезнью спорно);

2. Б - транзиторная, обратимая;

IIА неустойчивая;

IIБ устойчивая;

IIIА компенсированная, без существенного нарушения функции органов;

IIIБ декомпенсированная.

Отнесение больного к той или иной фазе в пределах одной стадии часто

бывает практически трудным или невозможным. Болезнь чаще протекает волнообразно, с периодами обострений или кризов. В любой стадии болезнь может стабилизироваться на неопределенное время. Иногда артериальное давление может стойко нормализоваться, например после инфаркта миокарда с развитием сердечной недостаточности, изредка — вне связи с каким-либо осложнением.[9].

Осложнения развиваются постепенно или провоцируются обострением болезни.

Сердечная недостаточность.

Дифференциальный диагноз проводят со всеми заболеваниями, сопровождающимися гипертоническим синдромом.

## 1.2 Теоритический анализ нарушения психики при гипертонии

Психические нарушения при гипертонической болезни весьма характерно для больных гипертонической болезнью нарушение эмоциональной сферы.

Наряду с заболеваниями сердца и почек для гипертонической болезни очень характерны церебральные расстройства. Выражаются они в различных типах нарушения мозгового кровообращения, начиная от легких гипертонических кризов и кончая самым тяжелым поражением – инсультом. Среди летальных исходов при гипертонической болезни количество случаев смерти вследствие расстройства мозгового кровообращения стоит на первом месте после случаев смерти от поражения сердца.[11].

Помимо многочисленных неврологических нарушений, связанных с тем или иным типом расстройства мозгового кровообращения (более или менее стойкие очаговые поражения в виде парезов, параличей, изменений чувствительности, афазий, апраксий и т.д.), для гипертонической болезни характерны и разнообразные психические нарушения – так называемые гипертонические психозы. Психопатологические явления, возникающие

вследствие гипертонической болезни, могут встречаться при любых формах и стадиях заболевания.

До формирования клинически оформленных психопатологических проявления у лиц с повышенным артериальным давлением выявляется более низкий уровень функций памяти, внимания и абстрактного мышления. Обнаружено также, что у людей с повышенным артериальным давлением снижены показатели восприятия, психомоторной скорости, конструктивных возможностей и подвижности (гибкости) психических процессов.

Наиболее часто гипертоническая болезнь вызывает следующие типы психических нарушений (Е.С. Авербух): (1) неврозоподобную и психопатоподобную симптоматику; (2) тревожно-депрессивные и тревожно-бредовые синдромы; (3) состояния помрачения сознания; (4) состояния слабоумия[13].

Помимо этих четырех (выделенных с известной долей схематизма) групп психических нарушений встречаются и другие, менее частые расстройства: псевдопаралитический статус, напоминающий картину прогрессивного паралича, псевдотуморозный синдром, довольно редко возникающее маниакальное состояние и т.д. Отмечаются и смешанные клинические картины. Псевдотуморозный синдром, симулирующий клинику опухоли мозга, как правило, протекает с мучительной головной болью, рвотой, повышением артериального давления. На глазном дне могут развиваться явления застойного соска, сознание расстроено - вначале имеет место обнубилияция, затем состояние оглушения; больные вялы, апатичны; нередко наблюдается корсаковский амнестический синдром.[9].

Больные гипертонической болезнью очень часто предъявляют жалобы на раздражительность, головные боли, плохой сон, повышенную утомляемость и вялость, снижение работоспособности, становятся рассеянными, мнительными, слабодушными и плаксивыми, очень обидчивыми. У одних при этом преобладает астенический синдром и происходит своеобразная астенизация личности - появляется

нерешительность, робость и несвойственные ранее сомнения в своих возможностях; у других возникает и преобладает раздражительность и вспыльчивость, наблюдается суеверие с элементами слабодушия. Больные «вспыхивают» по малейшему поводу. Нередко возникают и разного рода навязчивые состояния: навязчивый счет, навязчивые воспоминания и сомнения и особенно мучительные для больных навязчивые страхи. Больные страдают от кардиофобии, испытывают навязчивый страх смерти, страх высоты, движущегося транспорта, большой толпы и т. д.

Психопатоподобные состояния при гипертонической болезни чаще всего возникают вследствие своеобразного заострения прежних характерологических особенностей, подобно тому, что наблюдается в начальных стадиях церебрального атеросклероза и что К. Шнейдер назвал шаржированным карикатурным искажением личности. Больные становятся все более трудными в общении, у них легко возникают аффективные вспышки, они не терпят возражений, легко плачут. Изучая взаимоотношения патохарактерологических расстройств и гипертонической болезни, часть авторов связывают формирование личностных девиаций с развитием, хроническим течением и утяжелением (экзацербации в форме гипертонических кризов) соматической болезни.[15].

Довольно типичной картиной, наблюдающейся у больных гипертонической болезнью, является снижение настроения. Достаточно часто наблюдается картина тревожной депрессии, усиливающейся в вечерние часы и сопровождающейся растерянностью и двигательным возбуждением. В одних случаях при гипертонической болезни преобладает тоскливо-подавленное состояние, в других - тревожность и беспокойство

Тревога чаще всего носит немотивированный характер, возникает внезапно, иногда ночью. У больных гипертонической болезнью может внезапно появиться сильный страх. Бредовые идеи нередко связаны с депрессивным состоянием. Наиболее часто встречаются ипохондрический бред, бред осуждения, отношения и преследования, могут возникать также

идеи ревности и самообвинения, реже - бред иного характера. Также (на фоне тревоги и тоски) бредовые идеи преследования, вербальные иллюзии, усиление сенестопатий, ипохондрический бред могут возникать в период утяжеления симптоматики основного заболевания. Своеобразием психотических состояний при гипертонической болезни является их острота, аффективная насыщенность, пароксизмальность, связанная с колебаниями артериального давления и обратимый характер.[4].

В ряде случаев для гипертонической болезни характерны состояния помраченного сознания. Наряду с синдромом оглушения в различных его степенях, начиная от обнубилиации и кончая самым тяжелым нарушением - комой (при инсульте), могут возникать сумеречные состояния сознания, сновидные (онейроид), делириозные и аментивные состояния. Свойственные больным гипертонической болезнью нарушения памяти могут быть выражены в самой различной степени начиная от легкой забывчивости и кончая грубыми мnestическими расстройствами. Может развиваться органический психосиндром. Иногда встречается типичный синдром Корсакова. При гипертонической болезни могут возникать эпилептиформные припадки, вслед за которыми иногда развивается сумеречное помрачнение сознания. Пароксизмальные состояния и психозы при гипертонической болезни склонны повторяться[10].

В ряде случаев гипертоническая болезнь приводит к выраженному слабоумию. Деменция может возникнуть как в связи с инсультами (постинсультная или постапоплексическая деменция), так и без них.

Заслуживает внимания вопрос, посвященный определению связи между характером психических нарушений и стадией гипертонической болезни. В общем считается, что неврозоподобная симптоматика более характерна для I (функциональной) стадии гипертонической болезни. Присоединение психопатоподобной симптоматики болееично для II (функционально-органическая) стадии, сравнительно редкое развитие парциального (дисмнестического) слабоумия отмечается в III (органической) стадии.

На начальных стадиях заболевания преобладают расстройства астенического круга (псевдоневрастеническая стадия). Значительно выражена утомляемость, истощаемость. К этим симптомам могут присоединяться фобические переживания, ипохондрическая фиксация, сенестопатии. Для начальной стадии гипертонической болезни достаточно характерны пароксизмальные расстройства - обмороки, абсансы, речевые пароксизмы (прходящие дизартрии, парадизии). Внезапно может возникнуть нистагм, онемение пальцев рук, слабость в одной половине тела, мельканье мушек перед глазами, внезапное возникновение глухоты или слепоты[14].

При длительном течении заболевания могут появляться психопатоподобные нарушения, больные становятся трудными в общении, обидчивыми, не терпят возражений, требуют повышенного внимания. Отмечается заострение, как прежних характерологических особенностей, так и появление новых патологических черт характера. Острые психотические состояния часто развиваются на фоне колебаний артериального давления, гипертонических кризов. Психотические состояния могут включать синдромы нарушения сознания, бредовые синдромы, эмоциональные расстройства.

На существование корреляций между психопатологическими расстройствами, характеризующими психическое состояние пациента, и тяжестью гипертонической болезни настаивают многие авторы (М.С.Еремеев, 1974; О.П.Вертоградова, А.В.Матвеев, 1979; Н.Г.Незнанов, С.Л.Соловьева, Е.А.Довлатянц, 1995).[5].

Так, по наблюдениям М.С.Еремеева (1974 г.), при гипертонической болезни I стадии преобладают астенические и невротические (ипохондрические, обсессивные, эксплозивные) реакции. При утяжелении гипертонической болезни до II стадии доминируют уже аффективные расстройства, немотивированная неустойчивость настроения (аффективная лабильность), появляются симптомы невропатии (метеочувствительность,

непереносимость транспорта). Регистрируется суточный ритм самочувствия с улучшением к вечеру и нарушения сна. На этой стадии болезни формируется также патохарактерологическое развитие (астеническое, обсессивное, психосоматическое ипохондрическое или эксплозивное). О.П.Вертоградова и А.В.Матвеев (1979 г.) указывают на иные психосоматические соотношения. Для гипертонической болезни I стадии типичны нарушения ночного сна и субдепрессии с тоскливыми и тревожными аффектом. По мере динамики болезни присоединяются симптомы апатии и признаки невротического суточного ритма («пик» плохого самочувствия утром, дневное улучшение с повторным ухудшением к ночи). На II стадии гипертонической болезни отмечается стойкое усиление тревоги в сочетании с ипохондрическими образованиями фобической или сверхценной структуры. Поведение больного определяется фиксацией на соматическом состоянии. Возникновению гипертонических кризов предшествуют внутреннее напряжение и беспокойство, а в период криза развивается острая тревога со страхом и присоединением кардиальных симптомов. Кроме того, обостряются патохарактерологические черты, а также «реактивность» больных, наблюдается повышение частоты ситуационно и психологически обусловленных эмоциональных реакций[3].

Некоторые авторы (Гайфулин, 1988; McCann, 1990) находят, что частота и выраженность невротической симптоматики у больных гипертонической болезнью возрастает по мере увеличения длительности и тяжести болезни. Другие исследователи (А.П.Юренев и соавт., 1994) связывают признаки повышенной невротизации, эмоциональной лабильности, тревожности, неуверенности в себе, выявление ипохондрических черт с фиксацией внимания на состоянии здоровья с определенной стадией гипертонической болезни, а именно – со стадией II, протекающей с кардиальными осложнениями. Третьи K.Wells и соавт., 1993) утверждают, что при бессимптомной гипертонической болезни или гипертонической болезни умеренной тяжести показатели депрессии/дистимии значительно ниже, чем

при гипертонической болезни, протекающей с осложнениями (II стадия по А.М.Мясникову 1954 г. )[2].

Н.Г.Незнанов и соавт. (1995 г.) при изучении особенностей дезадаптивного поведения больных гипертонической болезнью (47 наблюдений) выделяют различные формы «агрессивного поведения» на разных стадиях сосудистого процесса: конструктивный и деструктивный варианты свойственны пациентам с ГБ I-II «А» (по А.М.Мясникову, 1954), а дефицитарный вариант агрессии характерен для ГБ II «Б» – III «А» стадий.

Авторы приходят к выводу, что по мере нарастания тяжести гипертонической болезни наблюдается изменение структуры психопатологических образований в направлении от астенических расстройств к лабильности аффективных реакций с последующим формированием истероподобных и эксплозивных форм реагирования и, наконец, стойких тревожно-фобических, астенодепрессивных и ипохондрических расстройств.

## 2. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

### 2.1 Нейропсихологическое исследование

Испытуемая, 58 лет, наблюдается у терапевта, с диагнозом: гипертония начальной стадии. С 2015 года возникают частые гипертонические кризы сопровождающиеся головокружением.

Жалобы: Повышенную утомляемость и вялость, снижение работоспособности, бессонницу, головные боли.

При расспросе отмечает, что стала нервной, но переживания скрывает, все «носит внутри себя».

Анемез: Испытуемая родилась и выросла в г. Красноярске. Сейчас на пенсии, (работала учителем математики в школе). С мужем в разводе, есть сын 1979 года рождения, страдающий алкоголизмом, не работает, если работает, то временно. С сыном живет в одной квартире. Родители испытуемой умерли. Есть старший брат - женат, двое взрослых детей, внуки.

Помогает по возможности, но помощи никогда от него не просит.

Со слов испытуемой, отношение в семье всегда были доброжелательными.

Перенесенные заболевания: Детские инфекционные заболевания. Панкреатит, артрит, ларингит. Никогда не курила, употребление алкоголя редко, только по праздникам. Никогда не употребляла наркотических препаратов. Легко устанавливает новые контакты. Свободно выступает перед публикой. Друзей немного. В основном общается с родственниками. Речь сохранна. Проведение досуга: Любит читать книги, увлечена йогой. Пишет короткие четверостишия объясняет, это тем, что это ее успокаивает.

Преобладающее настроение: тревожное, беспокойное, пессимистическое, неустойчивое; экспансивное. Часто меняется настроение. Зависит от погоды, жизненных обстоятельств. Демонстрирует эмоции.

По характеру: тревожно-мнительный, обидчивый немного замкнута, нерешительный, нет уверенности в себе, испытывает беспокойство за свое здоровье..

Дата исследования 5 – 10 июня 2017 года. Время исследования 40 минут.

Успешность выполнения каждого задания условно ранжирована по 4-х бальной системе.

— 0, 1, 2, 3. При этом оценки «0» — отсутствие ошибок или «неспецифические» ошибки для той или иной пробы, свойственные и здоровым испытуемым ,например, такие как орфографические ошибки при письме и др. Оценки «1», «2» и «3» соответственно обозначают слабо выраженные нарушения, средней степени и грубые расстройства.

При экспериментальном нейропсихологическом обследовании получена следующая картина состояния психической сферы испытуемой.

Поведение. Личность испытуемой. При проведении нейропсихологического обследования испытуемая охотно идет на сотрудничество с экспериментатором, заинтересована результатами проводимого исследования. С интересом и охотно рассказывает о себе. Спокойно воспринимает полученную информацию, отвечает на все поставленные вопросы.

У испытуемой ведущая рука правая.

При проведении 7 проб:

1-4. правая рука в быту (при письме, при пользовании ложкой, зубной щеткой,расческой);

5. перекрест пальцев обеих рук (при праворукости правый большой палец располагается сверху);

6. перекрест рук на груди (при праворукости правая рука сверху);

7. аплодирование (при праворукости правая рука сверху и активнее);

## 1. Кинестетической праксис:

а). Выполнение по зрительному образцу.

Испытуемой предлагается воспроизвести заданные положения пальцев руки.

1 проба. Соединить 1 и 2 пальцы в кольцо.

2 проба. Пальцы сжаты в кулак, 2 и 3 пальцы вытянуты.

3 проба. Пальцы сжаты в кулак, 2 и 5 пальцы вытянуты.

6 проба. То же левой рукой.

б) Перенос позы по тактильному образцу.

Глаза испытуемой закрыты. Экспериментатор придает руке испытуемой определенную позу, должна воспроизвести ее другой рукой.

1 проба. Пальцы сжаты в кулак. 2 и 3 пальцы вытянуты.

2 проба. Пальцы сжаты в кулак 2 и 5 пальцы вытянуты.

3 проба. То же левой рукой.

**ВЫВОД:** По четырёх бальной шкале, кинестетический праксис у испытуемой равен -2.. Выполнение проб по зрительному образцу испытуемая допустила неточности, выполняя их левой рукой, сделала задание более медленно. Кинестетический праксис у испытуемой средней степени нарушения..

## 2. Пространственный праксис.

Испытуемая сидит напротив экспериментатора, он придает определенное пространственное положение своей руке. Испытуемая должна воспроизвести его той же рукой.

1 проба. "Голосование" - рука согнута в локте и поднята вверх.

2 проба. Левая рука касается правого уха.

3 проба. Правая рука касается левого уха.

4 проба. Ладонь горизонтально от подбородка, пальцами от себя.

5 проба. Ладонь горизонтально к подбородку пальцами к себе.

**ВЫВОД:** Испытуемая выполнила задание правильно, воспроизвела за экспериментатором точно, но в замедленном темпе, соответствует среднему баллу. Пространственный праксис средней степени нарушения.

### 3.Динамический праксис:

#### а) Смена трёх положений кисти.

Предлагается воспроизвести последовательность из трех движений кисти руки. Оценивается усвоение двигательных программ, способность к плавной организации движений, что одновременно характеризует состояние как двигательной сферы, так и произвольной регуляции.

Проба «кулак —ладонь —ребро» по зрительному показу (выполняется, если позволяет неврологический статус, попеременно каждой рукой):кулак —ладонь —ребро; ребро —кулак —ладонь.

Каждый из вариантов выполняется 3 раза, всего 6 проб.

1 проба: ребро —кулак —ладонь;

2 проба: кулак —ладонь —ребро;

3 проба: ладонь — ребро —кулак.

Повтор левой рукой-3 пробы.

#### б) Реципрокная координация.

Испытуемой предлагается положить перед собой руки, одна из которых ската в кулак, а другая распрямлена. Затем он должен одновременно изменять положение обеих кистей, разжимая одну и сжимая другую.

**ВЫВОД:** Испытуемая частично справилась с заданием. Сделала задание в замедленном темпе, системе оценок- 2, средней степени воспроизведения.

### 4.Слухо-моторные координации соответствуют возрастной норме.

## ВЫВОД:

Номинативная функции речи, автоматизированная речь сохранна. Не наблюдается нарушение речевого (фонематического) слуха, проявляющегося в виде отсутствия или наличия лишней буквы, появления лишнего слога, пропуска слога или перестановки слогов и букв при произношении слов. Связность, динамика речи, синтаксис и грамматика в рамках возрастной нормы. У испытуемой, грамотная и красивая речь, умеет правильно выстроить предложение.

## Заключение нейропсихологического обследования.

Проведение нейропсихологического обследования у испытуемой выявлено, связность, динамика речи в рамках возрастной нормы. Мотивационный и личностный компоненты мышления сохранны. Искажений мышления не наблюдается. Интеллект сохранен. Наблюдаются тревожность, некоторое беспокойство, что мешает качественному выполнения задания.. Длительность сосредоточения и переключения внимания удовлетворительная (в рамках возрастной нормы).

## 2.2 Патопсихологическое исследование

Испытуемая: женщина.

Возраст: 58 лет.

Образование: высшее (гуманитарное).

Цель исследования: когнитивная сфера. Личностные особенности.

Предположительный диагноз: Органическое поражение ЦНС.

Сосудистый генез.

Дата исследования: 5.06.17 – 15.06.17 г.

## 1.Расстройства восприятия.

1 проба. Рейхардта. При пробе Рейхардта испытуемой предъявляется чистый лист бумаги и предлагается рассмотреть то, что на нем нарисовано.

Ответ испытуемой : ничего нет.

2проба. Липмана. При пробе Липмана после надавливания на веки испытуемой предлагается сказать, что он видит. Ответ испытуемой: ничего нет-темнота. Восприятие сохранности.

## 2.Память.

### 1 проба. Методика 10 слов. (Приложение1)

Методика используется для изучения непосредственного кратковременного, долговременного, произвольного и непроизвольного запоминания. Обследуемому зачитывают десять слов, подобранных так, чтобы между ними было трудно установить какие-либо смысловые отношения (гора, игла, роза, кошка, часы, вино, пальто, книга, окно, пила). После зачтывания предлагается воспроизвести слова в любом порядке. Затем слова зачитываются повторно.

Нормальным считается воспроизведение 10 слов после 4-5 повторений, при тренированной памяти после 2 повторений. Через 1 час испытуемому предлагается воспроизвести эти слова в любом порядке.

Результаты методики «заучивание 10 слов».

Результаты теста отражены в таблице 2.

Таблица 2. Протокол к методике «заучивание 10 слов».

№ попытки	Мел	Сор	Конь	Шкаф	Звук	Стул	Рот	Лен	Игла	Тень
1		+	+			+	+			
2	+	+	+			+		+		
3		+	+		+	+		+	+	
4	+	+	+	+	+					+
Через час	+	+	+			+		+		+

6	Светлый	Это не величина	Верно
7	Дерево	Часть его	Верно
8	Сарай	жилье	Верно
9	Дерево	породы	Верно
10	Наказывать	Враждебность	Верно
11	Тусклый	Краски	Не верно
12	Курятник	Строители	Верно
13	Крах	Отрицание	Не верно
14	Гвоздь	Ими работают	Верно
15	Вечер	Время	Верно
16	Землетресение	Сами воваты	Верно
17	Спокойствие	Трамплин	Верно

Задание выполнено с тремя ошибками. Итого: 15 правильных ответов.

Высокий – при использовании концептуальных понятий

(отнесение к классу на основании существенных признаков);

14 правильных ответов. 7 баллов по девяти бальной шкале. Ошибки обсуждаются и исправляются. Средняя способность к классификации и анализу при применении функционального уровня обобщения (отнесение к классу на основании функциональных признаков).

3 проба. «Дополнение» Незаконченное предложение. Направлена на установление определенных отношений между однородными и разнородными понятиями. Позволяет судить об уровне обобщения, умении выделять родовые и видовые понятия, способность к абстрагированию.

4 проба. В заданном рассказе необходимо написать пропущенные слова, закончив предложения. Над городом низко повисли сугганные \_\_\_. Вечером началась \_\_\_. Снег повалил большими \_\_\_. Холодный ветер выл как дикий \_\_\_. На конце пустынной и глухой \_\_\_ вдруг показалась какая-то девочка.

5 проба. Мысленное сложение фигур из частей. Испытуемому предъявляются последовательно элементы формы, которые должны быть им мысленно сложены в целостные фигуры.

6 проба. Узнавание изображений с неполным силуэтом. Каждое из 3 изображений - предъявляется для опознания испытуемому вначале в реализации, содержащей 5% элементов силуэта, затем, если оно не

опознается, предъявляются реализации, включающие 10 % или 20 % элементов силуэта.

7 проба. Сопоставление изображений плоскостных и объемных фигур

Испытуемому последовательно предъявляются изображения плоскостных фигур каждую из которых требуется идентифицировать с соответствующими эталонами.

**ВЫВОД:** Испытуемая при выполнении предложенных методик допускала незначительное количество ошибок, увеличивающихся к концу исследования. Ошибки исправляет при подсказке экспериментатора. Преобладает абстрактно-логический тип мышления. Скорость и темп ассоциативного процесса замедленный, т.е. обнаружено нарушение динамики мыслительной деятельности, что опять же связано с быстро наступающей истощаемостью психических процессов. Истощаемость проявляется в изменении темпа выполнения заданий и приводит к временному изменению качества психической деятельности. Мотивационный личностный компоненты мышления сохранны. Искажений мышления не наблюдается. Интеллект сохранен.

В актуальном состоянии у испытуемой, отмечается эмоциональная напряжённость, тревожность. Таким образом, у испытуемой обнаружены средние показатели течения мnestической деятельности. Восприятие и устойчивое внимание. Сохранность интеллекта. Наблюдается частичное снижение памяти. Значимых нарушений когнитивной сферы не выявлено.

При исследовании личностных особенностей выявлен высокий уровень тревожности, как личностной, так и ситуационной (по Спилбергеру).

(Приложение 6)

Ситуативная тревожность: 59 ... высокая

Личностная тревожность: 56 ... высокая

При норме от 30-45.(более 45 – высокая)

При исследовании испытуемая проявляла беспокойство, тревогу. постоянно волновалась и переживала за правильность выполнения задания. Эмоциональная напряженность мешала ей сконцентрироваться, хотя со всеми заданиями справилась.

Испытуемой, мы предложим программу психопрофилактики, воспользовавшись ей, она может почувствовать себя более уверенно.

Не стоит дотягивать до тяжелого состояния, лечение следует начинать на начальных стадиях гипертонии.

## ПРОГРАММА ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ ДЛЯ ЛИЦ СТАРШЕГО ВОЗРОСТА.(НА ПРИМЕРЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ)

Таким образом, анализируя результаты исследования, можно сделать следующие выводы:

Для больных с гипертонической болезнью характерен повышенный уровень ситуативной тревожности, средняя выраженность коммуникативных способностей и достаточно высокий личностный уровень агрессии, концентрация внимания на своем заболевании, появление некоторых эгоцентрических черт характера, ипохондрические, неврастенические и обсессивно-фобические реакции.

Помощь при артериальной гипертонии требует комплексного подхода, в котором немаловажную роль играет психокоррекционная работа. Формы работы могут носить как индивидуальный, так и групповой характер.

Цель программы: Выработать комплексный подход оказания помощи при артериальной гипертонии.

Задачи:

1. Нормализацию эмоционального состояния больных, снижения уровня тревожности.
2. Программы психокорекции.
3. Конкретные рекомендации и упражнения для улучшения памяти и внимания.
4. Рекомендации и упражнения для снятия стресса.
5. Профилактика и лечение гипертонии терапевтически:

1. Применение гештальт-терапии для осознания своего актуального состояния и важности непосредственного эмоционального переживания для оптимального функционирования мотивационной сферы по принципу саморегуляции организма. Необходимо научить пациентов правильному

отреагированию своих эмоциональных реакций в социально приемлемой форме и сформировать у них способности к эмоциональной регуляции.

2.Психокоррекционная работа направленная на личностный рост больного. на развитие их самопознания, апробацию новых способов поведения и межличностного взаимодействия. Поведенческая психотерапия. Телесно-ориентированная психотерапия. Аутогенная тренировка, связанная с освоением методов мышечной релаксации, дыхательная гимнастика (для снятия внутреннего напряжения и стресса).

3.Упражнения на развитие памяти внимания.

1) Вспоминать синонимы для разных слов.

2) Учите стихи, песни. Начинайте с пары строк, постепенно увеличивая их количество.

3)Попробуйте каждый день получать максимальное количество новостей новой информации. Начинайте изучать иностранный язык. Новый вид рукоделия, спорта.

4)Старайтесь больше читать. Дело, в том, что сам процесс чтения активизирует деятельность практически всех отделов головного мозга. Сложные предложения усиливают связь между нейронами, что, в свою очередь , увеличивают скорость работы мозга

5)Пересказывайте прочитанное. Время между чтением и пересказом должно быть не менее 1 часа.

6)Собирайте пазлы. Это развивает внимание, память , мелкую моторику.

ж)Перед тем, как лечь спать попытайтесь вспомнить все, что Вы видели за день, любую мелочь; что ели на завтрак. Что слышали по телевизору, что читали, о чем говорили с соседкой.

7) Перед тем, как лечь спать попытайтесь вспомнить все, что Вы видели за день, любую мелочь; что ели на завтрак. Что слышали по телевизору, что читали, о чем говорили с соседкой

8) Полезно вспомнить детство, школьные годы. В этом помогут фотографии подключить воображение

- 9) Тренировка памяти-это еще воспоминания. Полезно вспомнить детство, школьные воображение
- 10) Полезно попеременно отключать какие-нибудь чувства. Например, закрыв глаза ощупывать предметы. Смысл такого упражнения в том, чтобы контролировать свои мысли только в одной фазе. Это умение помогает решить сложные задачи, сконцентрировавшись в одном направлении.
- 11) Называйте по очереди буквы алфавита. И придумывайте на каждую букву слово.
- 12) Пишите планы на день .вычеркивайте их после осуществления .Время от времени закрывайте блокнот, вспоминайте пункты не зачеркнутые и уже выполненные
- 13) Пишите планы на день .вычеркивайте их после осуществления .Время от времени закрывайте блокнот, вспоминайте пункты не зачеркнутые и уже выполненные
- 14)Пишите планы на день .вычеркивайте их после осуществления .Время от времени закрывайте блокнот, вспоминайте пункты не зачеркнутые и уже выполненные.
- 15)Играйте в шашки в шахматы, разгадывайте кроссворды, ребусы, сконворды. Люди, регулярно играющие в интеллектуальные игры не получаса в день. Начинают более активно обрабатывать информацию у них повышается критичность мышления.
- 16)Тренировка зрительной памяти также очень важна. Для этого попытайтесь ярко представить и описать обстановку комнаты соседки или подруги, расположение товаров в ближайшем небольшом магазинчике .
- 17)Перед сном воспроизвести в памяти всё, что делала днём, до мельчайших подробностей (лучше записать в рабочую специальную тетрадь)
- 18)Кинезиологические упражнения развивают мозолистое тело, повышают стрессоустойчивость, синхронизируют работу полушарий, улучшают мыслительную деятельность, способствуют улучшению память и внимания, облегчают процесс чтения и письма. Пальчиковые кинезиологические

упражнения можно использовать для развития мышц руки и развития межполушарного взаимодействия коры головного мозга. Упражнение выполняется сначала правой рукой, затем левой, затем двумя руками вместе.

Для снятия стресса.

1. Попробуйте упражнения, которые основаны на напряжении и расслаблении основных групп мышц. (дыхательная релаксация, мышечная релаксация)

2. Умеренные нагрузки, например лечебная физкультура, ходьба, в пределах, не повышающих артериальное давление и не вызывающих одышку и другие неприятные ощущения. Следует избегать резких и значительных нагрузок — как физических, так и эмоциональных.

2. Научитесь анализировать стрессовые ситуации и освобождать себя от излишних эмоций:

Первый шаг. Работа над собой( научиться любить себя, прощать и себя, и других, не копите плохих эмоций, оставаться всегда спокойным помогает терпение.)

Шаг второй. Не можешь изменить ситуацию — измени свое отношение к ней(подумайте о том, как ситуация может развиваться, перестаньте со всеми обсуждать свои проблемы. Решайте ее с конкретным человеком)

Шаг третий. Учимся расслабляться. (поробуйте извлечь опыт из всех событий. Страйтесь сохранять спокойствие, когда это необходимо. Учимся расслабляться. Ароматерапию(тихая и медленная музыка игры: настольные, компьютерные, с детьми и животными.)

4.Придумайте себе расслабляющее хобби. (скандинавская ходьба, плавание, дыхательная гимнастика, гольф, велосипед или настольный теннис.)

Профилактика и лечение гипертонии терапевтически:

1. Народная медицина( травы, сборы, очищение организма от шлаков, особенно солей.).

2. Режим (сон,отдых) В начальных стадиях болезни может быть полезной также терапия электросном.

3. Диета. Целесообразно умеренное ограничение поваренной соли. 1 г/сут

4. Санаторно-курортное лечение возможно при неосложненном течении гипертонии.

Главное, понимать, что стресс и нервозность вредят здоровью. Постоянное беспокойство, обида, разочарование приводят к хронической усталости. А та, в свою очередь, формирует у нас какую-нибудь болезнь, чтобы мы почувствовали, что с нами не все в порядке. Поэтому учитесь спокойствию, ведь жизнь прекрасна, не тратьте ее на негатив. .

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Подводя итог теоритического анализа и практической части работы, мы можем утверждать, что гипотеза верна. У пожилых людей с гипертонической болезнью в начальной стадии будут преобладать нарушения памяти и внимания.

Одной из наиболее важных (если не самой важной) причины распространенности гипертонии является стресс, с которым приходится справляться. Больным страдающим гипертонией свойственна; раздражительность, тревога, неуверенность в себе.

В рамках экспериментально психологического обследования были проведены два исследования:

1.Нейропсихологического исследования.

2 Патопсихологического исследования.

Проведение нейропсихологического и патопсихологического обследования у испытуемой выявлено; связность, динамика речи в рамках возрастной нормы. Динамический праксис сохранен, были небольшие затруднения выполнения задания левой рукой.

Легкая степень расстройства произвольного внимания. Длительность сосредоточения и переключения внимания удовлетворительная. Продуктивности долговременных и опосредственных процессов запоминания. Способность к зрительному анализу и синтезу, выделять части объекта, так и воспринимать целостный образ. Слухо-моторные координации соответствуют возрастной норме. У испытуемой обнаружены средние показатели течения мnestической деятельности.. Преобладает абстрактно-логическое мышление.. Интелект сохранен

При исследовании личностных особенностей выявлен высокий уровень тревожности, как личностной, так и ситуационной (по Спилбергеру).

Анализируя историю жизни, а также наблюдая за больной, проявлен астено-невротический синдром.

Учитывая интеллектуальные и креативные способности и возможности испытуемой, можно ожидать высокой эффективности от проведения психотерапии. Консультации психолога.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1.Шулутко Б.И., Перов ЮЛ. Артериальная гипертензия.- СПб.: Питер, 1992- 304 с.
- 2.Смолянский: Б.Л., Лифляндский В. Г. Гипертоническая болезнь - выбор диеты - М.: Издательский Дом "Нева", 2003. – 225 с.
- 3.Малышева И.С.Гипертоническая болезнь. Домашняя энциклопедия. – М.: Вектор, 2006. – 208 с.
- 4.Максимук А. М.Настольная книга гипертоника Минимальная цена. – М.: Феникс, 2006. – 250 с.
- 5.Ланкин В.З., Тихазе А.К., Беленков Ю.Н. Свободнорадикальные процессы при заболеваниях сердечно-сосудистой системы // Кардиология. – 2000. – № 7. – С. 48-61.
- 8.Клиническая психология. Под ред. Б.Д. Карвасарского. -СПб: Питер, 2007. — 960 с.
- 9.Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. — М.: ВЛАДОС, 2005. – 385 с.
- 10.Гипертония под контролем – М.: МедЭкспертПресс, 2005. – 144 с.
- 11.Баллюзек М.Ф., Шпилькина Н.А. Ремоделирование миокарда у больных артериальной гипертонией с различной степенью тяжести течения // Регионарное кровообращение и микроциркуляция. – 2003. – Т. 2, № 10. – С. 50-53.
- 12.Александер Ф. Психосоматическая медицина. — М.: ЮНИТИ, 2007. – 435 с.
- 13.Ануфриев А.Ф., Костромина С.Н. Как преодолеть трудности в обучении детей. Психодиагностические таблицы. Психодиагностические методики. Коррекционные упражнения. - М.: Ось-89, 1997. - 224 с.
- 14.Бурно М.Е. Самовнушение и аутогенная тренировка. - М.: 1975.

15. Грайсман А.Л. Медицинская психология. - М.: Изд-во «Магистр», 1998
16. «Значение психотерапевтических элементов в программе обучения самоконтролю пациентов с СД». // Тезисы докладов., Днепропетровск: 1998.
- 17..Лурия А.Р. Маленькая книжка о большой памяти. МГУ, 1968.
- 18.Лейнер Х. Основы глубинно-психологической символики// Журнал практического психолога, 1996, № 3,4.
19. Носсрат Пезешкиан. Психосоматика и позитивная психотерапия. – М.: «Медицина», 1996 г.
- 20.Обухов Я.Л. Глубинно-психологический подход в психотерапии психосоматических заболеваний. - М., 1997
21. Русских Н.И. Интенсивная психотерапия острого ипохондрического невроза (использование метода символдрамы по Х. Лейнеру). // Журнал практического психолога, 1996, № 5.
- 22.Руководство по психотерапии. //Под редакц. Рожнова. изд. 3. - Т.: Медицина, 1985.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1.Шулутко Б.И., Перов ЮЛ. Артериальная гипертензия.- СПб.: Питер, 1992- 304 с.
- 2.Смолянский: Б.Л., Лифляндский В. Г. Гипертоническая болезнь - выбор диеты - М.: Издательский Дом "Нева", 2003. – 225 с.
- 3.Малышева И.С.Гипертоническая болезнь. Домашняя энциклопедия. – М.: Вектор, 2006. – 208 с.
- 4.Максимук А. М.Настольная книга гипертоника Минимальная цена. – М.: Феникс, 2006. – 250 с.
- 5.Ланкин В.З., Тихазе А.К., Беленков Ю.Н. Свободнорадикальные процессы при заболеваниях сердечно-сосудистой системы // Кардиология. – 2000. – № 7. – С. 48-61.
- 8.Клиническая психология. Под ред. Б.Д. Карвасарского. -СПб: Питер, 2007. — 960 с.
- 9.Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. — М.: ВЛАДОС, 2005. – 385 с.
- 10.Гипертония под контролем – М.: МедЭкспертПресс, 2005. – 144 с.
- 11.Баллюзек М.Ф., Шпилькина Н.А. Ремоделирование миокарда у больных артериальной гипертонией с различной степенью тяжести течения // Регионарное кровообращение и микроциркуляция. – 2003. – Т. 2, № 10. – С. 50-53.
- 12.Александер Ф. Психосоматическая медицина. — М.: ЮНИТИ, 2007. – 435 с.
- 13.Ануфриев А.Ф., Костромина С.Н. Как преодолеть трудности в обучении детей. Психодиагностические таблицы. Психодиагностические методики. Коррекционные упражнения. - М.: Ось-89, 1997. - 224 с.
- 14.Бурно М.Е. Самовнушение и аутогенная тренировка. - М.: 1975.

15. Грайсман А.Л. Медицинская психология. - М.: Изд-во «Магистр», 1998
16. «Значение психотерапевтических элементов в программе обучения самоконтролю пациентов с СД». // Тезисы докладов., Днепропетровск: 1998.
- 17..Лурия А.Р. Маленькая книжка о большой памяти. МГУ,1968.
- 18.Лейнер Х. Основы глубинно-психологической символики.// Журнал практического психолога, 1996, № 3,4.
19. Носсрат Пезешкиан. Психосоматика и позитивная психотерапия. - М.: «Медицина», 1996 г.
- 20.Обухов Я.Л. Глубинно-психологический подход в психотерапии психосоматических заболеваний. - М., 1997
21. Русских Н.И. Интенсивная психотерапия острого ипохондрического невроза (использование метода символдрамы по Х. Лейнеру). // Журнал практического психолога, 1996, № 5.
- 22.Руководство по психотерапии. //Под редакц. Рожнова. изд. 3. - Т.: Медицина, 1985.

Методика «таблицы Шульте»

Инструкция к тесту

Испытуемому предъявляют первую таблицу: «На этой таблице числа от 1 до 25 расположены не по порядку». Затем таблицу закрывают и продолжают: «Покажи и назови все числа по порядку от 1 до 25. Постарайся делать это как можно быстрее и без ошибок». Таблицу открывают и одновременно с началом выполнения задания включают секундомер. Вторая, третья и последующие таблицы предъявляются без всяких инструкций.

Тестовый материал

Таблица 1.

14	9	2	21	13
22	7	16	5	10
4	25	11	18	3
20	6	23	8	19
15	24	1	17	12

Продолжение приложения 2

Таблица 2

2	13	1	8	20
17	6	25	7	11
22	18	3	15	19
10	5	12	24	16
14	23	4	9	21

Таблица 3.

21	11	1	19	24
2	20	18	5	10
4	13	25	16	7
17	6	14	9	12
22	3	8	15	23

Продолжение приложения 2

Таблица 4.

5	21	23	4	25
11	2	7	13	20
24	17	19	6	18
9	1	12	8	14
16	10	3	15	22

Таблица 5.

3	17	21	8	4
10	6	15	25	13
24	20	1	9	22
19	12	7	14	16
2	18	23	11	5

### Приложение 3.

#### Проба Мюнстерберга

Инструкция. Направлена на сенсомоторную реактивность и активность внимания. Просматривая в тексте ряды букв, нужно подчеркнуть слово. Учитывается качество и время выполнения.

бсолицевтргщоцрайонзгучновостьъхэъгчяфактъукаэкзаментрочаягщ

шгцкпрокуроргурстабеютеорияентоджебъамхоккейтруицифцуйгахт

телевизорболджщзхюэлгщьбламятьшогхеюжпждргщхэнздвосприятие

йцуkenгшизхъвафыпролдблюбовъавфырплослспектакльчсимтьбюн

бюерадостьвуфциеждлоррнародшлджъхэшщгиернкуыфйшрепортажэк

ждорлафывюефъконкурсийфнячыувскапрличностьзжэьеудшщглоджин

эпрплаваниедтлжэзбътрдшщжнпркывкомедияшлдкуйфотчаяниейфрлнъ

ячвтлджэхъгфтасенлабораториягшдщицтргшчтлроснованиязхжъб

щдэркентаопрукгвсмтрпсихиатрияблмстчыйфясмтщацэагнзхтм

#### Ключ.

Солнце, район, новость, факт, экзамен, прокурор, теория, хоккей, троица, телевизор, память, восприятие, любовь, спектакль, радость, народ, репортаж, конкурс, личность, комедия, отчаяние, лаборатория, основание, кентавр, психиатрия.

#### Интерпретация.

- Если вы обнаружили не более 15 слов, то вам следует уделять больше времени развитию своего внимания. Читайте, записывайте интересные мысли в вашу записную книжку, время от времени перечитывайте свои записи.
- Если вы обнаружили не более 20 слов, ваше внимание ближе к норме, но иногда оно вас подводит. Вернитесь к тесту, повторите его еще раз. Сверьте свои результаты с ключом к тесту.
- Если вам удалось обнаружить 24 -25 слов, ваше внимание в полном порядке. Хороший уровень развития внимания помогает вам быстро учиться, продуктивно работать, запоминать информацию и воспроизводить ее в нужный момент.

### Методика «Выделение существенных признаков»

Методика используется для исследования особенностей **мышления**, способности дифференциации существенных признаков предметов или явлений от несущественных, второстепенных. По характеру выделяемых признаков можно судить о преобладании того или иного **стиля мышления**: *конкретного* или *абстрактного*.

**Инструкция.** Испытуемому объясняют, что в каждой строчке есть одно слово, стоящее перед скобкой, и далее — пять слов в скобках; что все слова, находящиеся в скобках, имеют какое-то отношение к стоящему перед скобкой. Затем предлагают выбрать два слова из пяти и подчеркнуть их.

#### *Тестовый материал.*

1. Сад (растения, садовник, собака, забор, земля).
2. Река (берег, рыба, рыболов, тина, вода).
3. Город (автомобиль, здание, толпа, улица, велосипед).
4. Сарай (сеновал, лошади, крыша, скот, стены).
5. Куб (углы, чертеж, сторона, камень, дерево).
6. Деление (класс, делимое, карандаш, делитель, бумага).
7. Кольцо (диаметр, алмаз, проба, округлость, печать).
8. Чтение (глаза, книга, картинка, печать, слово).
9. Газета (правда, приложения, телеграммы, бумага, редактор).
10. Игра (карты, игроки, штрафы, наказания, правила).
11. Война (аэроплан, пушки, сражения, ружья, солдаты).

**Правильно выбранные слова:** растения, земля; берег, вода; здание, улица; крыша, стены; углы, сторона; делимое, делитель; диаметр, округлость; глаза, печать; бумага, редактор; игроки, правила; сражения, солдаты.

**Обработка результатов.** Результаты стоит обсудить с испытуемым, выяснить, упорствует ли он в своих неправильных ответах и чем объясняет свой выбор.

**Интерпретация результатов.** Анализ полученных результатов позволяет сделать вывод об уровне сформированности логичности мышления испытуемого. Правильные ответы, находящиеся в диапазоне от 0 до 50%, — низкий уровень, от 51 до 70% — средний уровень, 71—100% — высокий уровень.

### Исключение понятий» (пятый лишний)

Инструкция. Я прочитаю тебе несколько слов, которые обозначают одно и то же. Но одно из слов не подходит к ним, так как оно имеет другое значение, смысл. Начнем. Слушай внимательно и скажи, какое слово лишнее.

1. Василий, Федор, Семен, Иванов, Петр.
2. Дряхлый, маленький, старый, изношенный, ветхий.
3. Скоро, быстро, постепенно, торопливо, поспешно.
4. Лист, почва, кора, чешуя, сук.
5. Ненавидеть, презирать, негодовать, возмущаться, понимать.
6. Темный, светлый, голубой, яркий, тусклый.
7. Гнездо, нора, курятник, сторожка, берлога.
8. Неудача, волнение, поражение, провал, крах.
9. Успех, неудача, удача, выигрыш, спокойствие.
10. Грабеж, кража, землетрясение, поджог, нападение.
11. Молоко, сыр, сметана, сало, простокваша.
12. Глубокий, низкий, светлый, высокий.
13. Хата, печь, дым, хлев, будка.
14. Береза, сосна, дуб, сирень, ель.
15. Секунда, час, год, вечер, неделя.
16. Смелый, храбрый, решительный, злой, отважный.
17. Карандаш, ручка, рейсфедер, фломастер, чернила.

При анализе оценивается **уровень обобщения**:

**высокий** – при использовании концептуальных понятий (отнесение к классу на основании существенных признаков);

**средний** – при применении функционального уровня обобщения (отнесение к классу на основании функциональных признаков);

**низкий** -при определенных обобщениях (отнесение к классу на основании конкретных признаков).

## Приложение 6

## Тест на уровень тревожности Спилбергера-Ханина

Таблица 1

№ Утверждение	Нет	Скорее	Скорее	Да
		нет	да	
1 Я спокоен	●	○	○	○
2 Мне ничто не угрожает	○	○	●	○
3 Я нахожусь в напряжении	○	○	●	○
4 Я внутренне скован	○	○	●	○
5 Я чувствую себя свободно	○	○	●	○
6 Я расстроен	○	○	●	○
7 Меня волнуют возможные неудачи	○	○	●	○
8 Я ощущаю душевный покой	○	●	○	○
9 Я встревожен	○	○	●	○
10 Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	○	●	○	○
11 Я уверен в себе	○	●	○	○
12 Я нервничаю	○	○	●	○
13 Я не нахожу себе места	○	○	●	○
14 Я взвинчен	○	○	●	○
15 Я не чувствую скованности, напряженности	○	●	○	○

Под личностной тревожностью понимается устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая предрасположенность субъекта к тревоге и предполагающая наличие у него тенденции воспринимать достаточно широкий "веер" ситуаций как угрожающие, отвечая на каждую из них определенной реакцией. Как предрасположенность, личная тревожность активизируется при восприятии определенных стимулов, расцениваемых человеком как опасные для самооценки, самоуважения.

*Ситуативная или реактивная тревожность* как состояние характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью. Это состояние возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию и может быть разным по интенсивности и динамичности во времени.

Шкалу самооценки Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина можно успешно использовать в целях саморегуляции, руководства и психокоррекционной работы.

Инструкция к тесту:

«Вам предлагается 40 утверждений. К каждому утверждению предлагается 4 варианта ответа. Внимательно прочитав утверждение, выберите наиболее походящий ответ.»

Интерпретация результатов:

При анализе результатов самооценки тревожности надо иметь в виду, что общий итоговый показатель по каждой из двух шкал может находиться в диапазоне от 20 до 80 баллов. При этом чем выше итоговый показатель, тем выше уровень тревожности (сituативной или личностной). При интерпретации показателей можно использовать следующие ориентировочные оценки тревожности:

- до 30 баллов – низкая;
- 31 – 44 балла – умеренная;
- 45 и более – высокая.

Личности, относимые к категории *высокотревожных*, склонны воспринимать угрозу своей самооценке и жизнедеятельности в обширном диапазоне ситуаций и реагировать весьма выраженным состоянием тревожности. Им необходимо смещать акцент с внешней требовательности, категоричности, высокой значимости в постановке задач на содержательное осмысление деятельности и конкретное планирование по подзадачам.

Для *низкотревожных* людей, напротив, требуется пробуждение активности, подчеркивание мотивационных компонентов деятельности, возбуждение заинтересованности, высвечивание чувства ответственности в решении тех или иных задач.

## Приложение 1

Методика «Заучивание 10 слов» (А. Р. Лурия)

Инструкция. После предъявления испытуемому 10 слов фиксируется порядок и количество воспроизведенных им слов (табл. 28). Обычно в норме 10 слов запоминаются после 3-4 повторений. Через 20 мин воспроизводится 8-9 слов. На следующий день — 5-6 слов. Результаты пробы на запоминание могут быть отображены графически. При истощаемости мnestической функции кривая запоминания носит зигзагообразный характер. При сужении объема внимания испытуемый заменяет предъявляемые слова новыми, созвучными словами.

Таблица 1. Воспроизведение слов