

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

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ  
РАБОТА

ОСОБЕННОСТИ ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ У ЛИЦ ПОСЛЕ  
ПЕРЕНЕСЕННЫХ ИНСУЛЬТОВ

Выполнил: Колпакова Т.В.

Научный руководитель:

доцент, к. пед. н. Суворова Н.В.



Красноярск, 2017

## Реферат

Дипломная работа 63 с. источников 15, приложений 5 .

# ПОСТИНСУЛЬТНОЕ СОСТОЯНИЕ, ВЫСШИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ, ОСОБЕННОСТИ ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ У ЛИЦ ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ

Цель: исследовать особенности высших психических функций лиц после перенесенных инсультов

Объект исследования: особенности ВПФ у лиц, перенесших инсульт.

Предмет: ВПФ при повреждениях головного мозга.

Методы исследования: теоретический: анализ научной литературы; практические: беседа; нейропсихологические методики.

Полученные результаты и их новизна: осуществлен комплексный анализ нейропсихологической диагностики высших психических функций у лиц в прстинсультный период.

## Содержание

Введение	4
Глава I Теоретический анализ постинсультных состояний	6
1.1 Психологическая характеристика лиц, перенесших инсульт	6
1.2 Особенности нарушений ВПФ при повреждении мозга	8
1.3 Нарушения ВПФ в постинсультном периоде	12
Глава II Нейропсихологическое исследование высших психических функций при постинсультном состоянии	15
2.1 Нейропсихологическое исследование при постинсультном состоянии	15
2.2 Интерпретация и анализ результатов исследования	20
2.3 Рекомендации по восстановлению высших психических функций в постинсультном периоде	22
Выводы	24
Заключение	26
Приложения	

## Введение

Что такое инсульт в современном мире известно практически каждому. Это заболевание, которое с каждым годом «молодеет». Если еще 15-20 лет назад болезнь встречалась у людей преклонного возраста, то в современном мире она все чаще встречается у молодых и людей среднего возраста. По статистике ежегодно смертность от инсульта составляет 6 миллионов человек, это второе заболевание с частым летальным исходом в списке сердечно - сосудистых заболеваний, его опережают только лишь инфаркты. От правильного распознавания патологии и дальнейшего лечения зависит жизнеспособность больного.

С возрастом многие люди все больше сталкиваются с проблемами, связанными с физиологическими характеристиками сердечно – сосудистой системы. Такие изменения могут по-разному выражаться и иметь различную степень тяжести, индивидуально проявляясь в состоянии человеческого организма.

Однако инсульт всегда случается внезапно, кардинально меняя жизнь пострадавшего на «до» и «после». И то, какое будет это «после» во многом зависит от эффективности реабилитационного периода.

Полностью до конца механизм проявления патологической симптоматики, случающейся после перенесенного инсульта, до конца не выявлен, но некоторые причины постинсультного состояния медики все-таки озвучить в состоянии.

Нейропсихологическое исследование было проведено в «Доме-интернате для пожилых людей и инвалидов», по адресу г. Красноярск, улица Курчатова 5а. В качестве испытуемого был мужчина 50 лет в постинсультном периоде.

Цель исследования – исследовать особенности высших психических функций (далее по тексту – ВПФ) лиц после перенесенных инсультов.

Задачи исследования:

1. теоретический анализ литературы постинсультных состояний;
2. Проведение нейропсихологического исследования ВПФ в постинсультном периоде: гнозиса, праксиса, речи.
3. Дать рекомендации по восстановлению нарушенных ВПФ (гнозиса, праксиса, речи) в постинсультном периоде.

Объект исследования - особенности ВПФ у лиц, перенесших инсульт.

Предмет исследования - ВПФ при повреждениях головного мозга.

Гипотеза: мы предполагаем, что у клиента, перенесшего инсульт существуют нарушения ВПФ (гнозиса, праксиса, речи).

## Глава I Теоретический анализ постинсультных состояний

### 1.1 Психологическая характеристика лиц, перенесших инсульт

Инсульт – этот диагноз в памяти многих звучит как приговор. Но отчаиваться и складывать руки не следует. Стремление к полноценной жизни у пациента, помочь и поддержка родных и профессионализм докторов – это залог того, что болезнь будет побеждена, а человек вернется к нормальной полноценной жизни в социуме.

По своей сути, инсульт является нарушением мозгового кровообращения, которое возникает на фоне многих причин. По мнению медиков, самыми главными причинами являются: повышенное давление и сосудистые заболевания. К сожалению, никогда нельзя предугадать развитие сосудистых заболеваний, ведь даже микроинсульт оставляет свои последствия.

Инсульт - это трагическое событие, которое резко меняет к худшему жизнь самого больного и его семью, а также редко проходит без последствий, которые могут коснуться не только физического, но и психического состояния пациента. Все инсульты сопровождаются нарушением речевого, двигательного, в некоторых случаях, и мыслительного компонента. Выраженные нарушения двигательной и речевой сферы после инсульта, изменения социального статуса, длительность лечения и неопределенность прогноза течения заболевания приводят к социально-психологической дезадаптации больного.

Помимо своей физиологической тяжести, инсульт приносит с собой массу психологических проблем. После инсульта у человека начинается новая жизнь, новые способы поведения, деятельности и взаимодействия, к которым он не был готов. И теперь такому человеку приходиться продумывать каждое своей действие и стремится выйти из «больного» состояния.

Самая главная проблема, которая возникает при инсульте – страх смерти. Человек, в постинсультном состоянии оценивает то, что с ним произошло и то, что может произойти в дальнейшем. В этот момент возникает неконтролируемое чувство тревоги, страха с которым человеку приходиться бороться, ведь такого рода переживания сказываются на вегетативной нервной системе, чего допускать категорически нельзя, ведь она как раз и отвечает за сосуды, давление и самочувствие.

После перенесенного шока, человек переоценивает свою жизнь. У многих людей возникают трудности, связанные с будущей сферой деятельности. Часто, люди, выйдя из инсульта и избавившись от последствий, возвращаются к прошлому виду деятельности, что может привести к повторению ситуации. Для того чтобы хоть как-то понизить шансы повторения инсульта, людям приходиться уходить с работы (или искать другую), вести здоровый образ жизни. Человек начинает чувствовать себя неполноценным, а видя повышенное внимание родных и близких, может уходить в себя и вести апатичный образ жизни.

Значимым фактором, влияющим на личность больного инсультом и его адаптацию в новых социально-психологических условиях, является характер межличностных отношений в семье.

Вне зависимости от тяжести функционального состояния пациента, выявлен ряд общих нарушений на эмоциональном, когнитивном и поведенческом уровнях, включающих:

- на эмоционально-чувственном уровне межличностных отношений у больных и их родственников отмечается состояние безысходности, растерянности в связи с изменением социального статуса больного и необходимостью построения отношений в новых социально-психологических условиях, переживание социальной изолированности;
- на когнитивном уровне: отсутствие понимания последствий заболевания и их влияния на свою жизнь, выраженная идеализация прошлого. Пациенты оценивают себя как неуверенных, социально слабых

личностей, склонных к подчинению в межличностных отношениях; родственники больных воспринимают пациента вне отрыва от ситуации болезни, рассматривают инсульт как угрозу своему социальному статусу;

- на поведенческом уровне: замкнутость и отстраненность от других людей. Социально - психологическая депривация, наличие пассивного поведения и низкого уровня самоконтроля со стороны пациентов и возникновение стиля гиперопеки в общении, чрезмерный контроль над собой и действиями больного со стороны ухаживающих родственников.

Существует определённая взаимосвязь семейного функционирования и социально-психологической адаптации. Коррекция выявленных нарушений в семье, может опосредованно способствовать повышению качества жизни больных. Здоровый психологический климат в семье - это успешное восстановления утраченных функций.

Для возвращения таких больных в общество огромное значение имеет их ранняя реабилитация, заключающаяся в комбинированном и координированном использовании медико-социальных мероприятий, направленных на восстановление физической, психологической и профессиональной активности больных.

Полнота и скорость восстановления нарушенных функций больного с инсультом зависит не только от усилий медицинских работников, но и от помощи его родственников, организующих уход за пациентом и вовлекающих его в привычную повседневную жизнь.

Ведь недостаточно просто принимать человека таким, каким он стал, но и максимально мотивировать его к восстановлению, не осуждая его, а стимулируя социальную адаптацию и возвращение к нормальной жизни.

## 1.2 Особенности нарушений ВПФ при повреждении головного мозга

Согласно современным представлениям, высшие психические функции являются функциональной системой со сложным иерархическим

строением: они условно рефлекторны по своему механизму, имеют общественно-историческое происхождение и развиваются у каждого индивидуума после рождения и только в социальной среде под воздействием культуры данного общества, в том числе языковой.

Причины, приводящие к нарушениям ВПФ, принято делить на органические и функциональные. Хотя на сегодняшний день критерии такого деления подвергаются пересмотру, такое деление для практических целей остается широко употребляемым[4].

Повреждения головного мозга бывают:

1. последствия черепно-мозговой травмы,
2. последствия инсульта
3. пациентам с онкологией головного мозга
4. энцефалопатии различного генеза (происхождения): токсического (отравления хим.веществами, алкоголем), гипертонического (при повышенном артериальном давлении), травматического (последствия травм), нейроинфекций, врожденной патологии головного мозга и т. п.

В соответствии с теорией системной динамической организации высших психических функций, при локальных поражениях головного мозга нарушается не какая-то одна психическая функция, а их совокупность, составляющая единый нейропсихологический синдром. Под последним А. Р. Лuria предложил рассматривать закономерное сочетание нейропсихологических симптомов, связанное с выпадением определенного фактора. Целью синдромного анализа является поиск фактора, который приводит к формированию нейропсихологического синдрома. А под фактором понимают те физиологические процессы, которые протекают в определенных мозговых структурах . Нарушение этих факторов и является непосредственной причиной нарушения работы всей функциональной системы, обеспечивающей ту или иную психическую функцию [10].

Необходимость изучения состава не только нарушенных, но и сохранных ВПФ, поскольку, согласно принципу двойной диссоциации Тэйбера, при любом органическом корковом очаге поражения одни функции нарушаются, а другие остаются сохранными [3].

Речевые нарушения возникают преимущественно при поражении левого полушария, в то время как поражение правого приводит к появлению своеобразного симптомокомплекса, включающего нарушение схемы тела, выпадение поля зрения, нарушение пространственной ориентировки и т. д.

Нарушение ВПФ может иметь различные проявления: в форме грубого расстройства функции, в виде ее патологического ослабления или снижения уровня выполнения функции. Основная классификация нейропсихологических синдромов построена по топическому принципу, т. е. на выделении области поражения мозга. В связи с этим их в первую очередь делят на синдромы поражения корковых отделов и синдромы поражения подкорки [13].

Корковые нейропсихологические синдромы возникают при поражении вторичных и третичных полей коры больших полушарий. В свою очередь их можно разделить на две категории: синдромы, возникающие при поражении задних отделов мозга, и синдромы, связанные с поражением передних отделов больших полушарий.

Нейропсихологические синдромы поражения задних отделов коры больших полушарий имеют общие черты. Их основу составляют гностические, мнестические и интеллектуальные расстройства, связанные с нарушением различных модально-специфических факторов. К ним относят:

- синдромы поражения затылочных и затылочно-теменных отделов коры больших полушарий. Проявляются в нарушении зрительного гнозиса, зрительной памяти, зрительного пространства, а также в нарушении оптико-пространственного анализа и синтеза;

- синдромы поражения зоны ТРО (третичных височно-теменно-затылочных отделов коры). Данные нарушения приводят к трудностям ориентации во внешнем зрительном пространстве, конструктивной апраксии, расстройству наглядных мыслительных процессов;

- синдромы поражения коры теменной области мозга. В основе этих синдромов лежит нарушение модально-специфических кожно-кинестетических факторов (тактильные агнозии, соматоагнозии);

- синдромы поражения конвекситальной (наружной) коры височной области мозга. Их повреждение приводит к нарушению фонематического слуха, слуховой агнозии, амузии;

- синдромы поражения коры медиобазальных (внутренних) отделов височной области коры больших полушарий. Проявляются в виде модально-неспецифических нарушений памяти, сознания и эмоциональной сферы.

Нейропсихологические синдромы поражения передних отделов коры больших полушарий также не являются однородными и могут проявляться в виде двух синдромов:

- синдром поражения премоторных отделов коры, связанный с нарушением плавности, автоматизированности, последовательности движений;

- синдром поражения коры префронтальной области мозга. Центральными симптомами здесь являются общие нарушения поведения и изменение личности больного.

Что касается синдромов поражения подкорки, то они изучены недостаточно. Но в литературе есть материал о трех типах нейропсихологических синдромов, связанных с поражением глубоких структур мозга:

- синдромы поражения срединных неспецифических структур мозга, проявляющиеся в виде нарушений памяти, внимания и эмоциональных процессов;

- синдромы поражения срединных комиссур мозга. Проявляются в виде нарушения координации движений, затруднения в назывании предметов, попавших в левое поле зрения, а также в форме дископии - дисграфии;

- синдромы поражения глубинных полушарных подкорковых структур (базальные ганглии). В него входит широкий спектр нарушений, которые характерны для поражения как передних, так и задних отделов мозга.

Таким образом, синдромный подход к анализу нарушений психических функций при локальных поражениях мозга является основным в современной нейропсихологии. И исследования в этом направлении приносят все более интересные данные об особенностях взаимосвязи мозга и психики [9].

### 1.3 Нарушения ВПФ в постинсультном периоде

У значительной части больных, перенесших инсульт, наряду с двигательными нарушениями, развиваются различные нарушения высших психических функций (ВПФ), наличие которых может значительно затруднить их психическую и социальную реадаптацию, снизить качество жизни.

Вторым по значимости и распространенности постинсультным дефектом являются речевые нарушения. Постинсультные речевые нарушения можно разделить на две основные группы: афазию и дизартрию. По данным Регистра инсульта НИИ неврологии РАМН, к концу острого периода инсульта афазия наблюдается у 35,9% больных, дизартрия у 13,4% больных. Речевые дефекты осложняют личную, семейную и социальную жизнь человека, вызывают значительную психическую и социальную дезадаптацию.

Кроме относительно изученных речевых нарушений, у постинсультных больных наблюдаются и другие нарушения высших функций: когнитивные расстройства, включающие дефицит внимания, снижение памяти, замедленность мышления и быстроты психических процессов, доходящие в ряде случаев до деменции; эмоционально-волевые нарушения (депрессия, аспонтанность, снижение двигательной и психической активности); развитие нейропсихопатологических синдромов, таких как «правополушарный» синдром (для которого характерна конструктивно-пространственная апрактагнозия, анозогнозия, нарушение схемы тела, односторонняя пространственная агнозия), «лобный» синдром.

Этому аспекту последствий острых нарушений мозгового кровообращения уделяется относительно мало внимания, при том что когнитивные нарушения во многом определяют исход реабилитационных мероприятий и качество жизни пациента. Нарушения памяти, по данным разных авторов, наблюдаются у 23-55% больных в первые 3 месяца после инсульта. К концу первого года количество больных с нарушением памяти уменьшается до 11-31%. По данным А.Н.Бойко с соавторами частота когнитивных нарушений у больных, перенесших инсульт, достигала 68%. По данным Дамулина И.В. когнитивные нарушения наблюдаются у 40-70% больных, перенесших инсульт. Частота деменций у больных, перенесших инсульт, может достигать 26%, причем с возрастом она имеет тенденцию к увеличению. У больных старше 60 лет риск возникновения деменции в первые 3 месяца после инсульта в 9 раз выше, чем у лиц без инсульта. У больных, перенесших инсульт, в возрасте 60-69 лет деменция развивается в 15% случаев, в возрасте 70-79 лет - в 26% случаев, старше 80 лет - в 36% случаев. Частота умеренных когнитивных нарушений ещё большая. По данным разных исследователей повторные инсульты ассоциируются с более высоким риском развития когнитивных нарушений.

Эмоциональные расстройства, возникающие у части больных, перенесших инсульт, вызывают существенную дезадаптацию больных. Депрессивные реакции часто сопутствуют инсульту, достигая, по данным различных исследователей, от 11 до 68%. Гусев Е.И. и соавторы, Сорокина Н.Б. постинсультную депрессию наблюдали у 40,4% больных, перенесших инсульт. По данным Ковальчука В.В., Скоромца А.А., Высоцкой М.Л. и соавторов депрессия встречается у 74,3% больных. Легкие депрессивные симптомы отмечаются у 40% больных, перенесших инсульт, а умеренные и тяжелые у 12%. Проанализировав результаты 51 исследования депрессии, развившейся после инсульта. У 33% депрессия наблюдалась у больных независимо от периода инсульта. Авторы полагают, что эти цифры занижены, так как пациенты сами не могут адекватно оценить свое самочувствие[7].

Вывод: таким образом, следует отметить, что недостаточно изучена феноменология нарушенных ВПФ, динамика их обратного развития, значение медикаментозной и психологической коррекции. Мало исследована роль в развитии нарушений и последующем восстановлении ВПФ таких факторов как локализация и размеры очага поражения, характер инсульта (кровоизлияние или инфаркт), возраст больного, наличие предшествующего инсульта. Важность изучения состояния ВПФ определяется еще и тем обстоятельством, что в процессе реабилитации апелляция к личности больного, к его разуму является одним из главных условий успешного восстановления [15].

## Глава II Нейропсихологическое исследование ВПФ при постинсультном состоянии

### 2.1 Нейропсихологическое исследование при постинсультном состоянии

Метод системного анализа высших психических функций был введен в неврологию А.Р. Лурия. Этот метод предполагает, во-первых, отказ от идей как узкого локализационизма, так и равнозначности корковых полей. Во-вторых, системный анализ высших психических функций требует использования специальных методик: нейропсихологических и нейролингвистических.

Проведение нейропсихологического исследования позволяет выявить природу и механизмы нарушенных функций и организовать последующую работу по восстановлению или замещению утраченных функций.

Нейропсихологическое исследование было проведено в «Доме-интернате для пожилых людей и инвалидов», по адресу г. Красноярск, улица Курчатова 5а.

Испытуемый Ю.К., находящийся в постинсультном состоянии.

Испытуемый: мужчина 1966 года рождения. Возраст - 50 лет. Родился в Красноярске. Образование среднее. В армии служил в Казахстане, в пограничных войсках.

Место работы: работал в ФСБ (на пенсии), до первого микроинсульта работал в администрации – водителем. После перенесенного микроинсульта в 2014 году ушел с должности водителя, устроился сторожем на стадион. В мае 2016 г. перенес инсульт, затем в феврале 2017 г. был оперирован, диагноз - «межпозвоночная грыжа», после этого (со слов клиента) ноги стали «отказывать». После операции

похудел на 20 кг. Болел в детстве детскими болезнями, в остальной период был здоров.

Курил до февраля 2017 года. В настоящий момент не курит. Алкоголем не увлекался, наркотические вещества не употреблял.

Женился в 33 года, в браке прожили 10 лет, есть сын – 17 лет (заканчивает школу). В настоящий момент разведен, причина развода – «постоянно на работе». С супругой общаются, сын и мама приходят к нему в интернат. После развода жил один, в повторный брак не вступал.

Увлечения: в юности занимался дзюдо. Любит читать, нравится поэзия, в частности поэзия Омара Хаяма. По словам клиента «постоянно работал, отыхал один раз, ездил на Алтай, к сослуживцу, рыбачили».

Отец: умер в 2011 году, сердечно-сосудистые заболевания (инфаркт). Мать: жива, в данный момент онкология (рак груди). Есть сестра, 20 лет не общаются. Мать, в данный момент живет с дочерью.

Сам себя характеризует как - необщительный, подозрительный, спокойный, волевой.

Первое исследование - беседа проводилось в первой половине дня, в медицинской палате. На этот момент клиент находился в данном учреждении одну неделю.

Клиент находился в палате, один, лежал. Внешне опрятен, чисто выбрит, аккуратен. Клиент доброжелателен и вежлив. Фон настроения – слегка подавлен (на момент первой беседы клиент находился в интернате одну неделю). На протяжении беседы спокойно отвечал на все вопросы. Нарушена двигательная активность, движения рук и ног замедленные. Речь очень тихая, отмечается некоторая «невнятность». После беседы у клиента отмечается трудность в глотании, «пересыхание в горле», наблюдается утомляемость, слюноотделение. Клиент жалуется на головную боль.

Жалобы. Предъявляет жалобы на то, «что когда передвигается – подкашиваются колени» и он падает; устает, не может долго сидеть – устает спина. Если переутомляется – жалобы на головную боль.

Ориентировка. Клиент в полном объеме ориентирован в месте и времени. Легко без заминок называет дату, дату госпитализации, примерное время исследования, место своего нахождения и т.д.

Критика. К своей болезни и поведению относится критично. Адекватно оценивает тяжесть своего состояния и время необходимое на лечение. Хотел бы по - возможности восстановиться, записался на ЛФК, на данный момент занятия не проводились. К обследованию относится положительно.

Последующее исследование проводилось через две недели, больной был переведен в общую комнату. В комнате, куда был переведен данный клиент, также в первой половине дня, в комнате находились четыре человека. Фон настроения ровный, доброжелательный. Внешне опрятен, эмоциональное состояние клиента улучшилось, улыбался. Клиент находился в сидячем положении, ноги на полу. Тревожности и напряженности по поводу выполнения заданий в поведении испытуемого не замечено, отмечается разборчивость речи.

Заранее был подготовлен стимульный материал, ручка, чистые листы для фиксации ответов.

Контакт. На момент исследования клиент находился в ясном сознании, контакту доступен, задания выполняет охотно. Цели и задачи обследования понимает; инструкции усваивает с первого раза. Задания выполняет охотно. На утомляемость и плохое самочувствие во время исследования не жалуется, после проведения исследования почувствовал усталость и головную боль (сказал сам), наблюдается повышенное слюноотделение (слева). После небольшого перерыва и отвлеченной беседы восстанавливается прежний уровень работоспособности.

После проведенных проб при появлении усталости проявляются речевые нарушения, выражющиеся в затихании голоса, некоторой невнятности, «смазанности» речи. После небольшого отдыха продолжает активно отвечать.

Для проведения нейропсихологического исследования были применены методики на определение доминантности полушарий головного мозга, выявление нарушений ВПФ (гнозиса, праксиса, речи) [1].

На определение латеральных предпочтений испытуемому предлагался опросник, пробы на функциональную асимметрию рук, поза Наполеона, аплодирование.

С помощью следующих методик мы исследовали сохранность зрительного, слухового и тактильного гнозиса:

- зрительный гнозис: метод описания (очки, арбуз, велосипед);
- предметный зрительный гнозис: узнавание реальных предметов, узнавание изображенных предметов, узнавание наложенных друг на друга изображений предметов (модифицированные рисунки пробы Поппельрейтера), узнавание изображений предметов с «недостающими» признаками, узнавание изображений предметов на «зашумленных» рисунках, идентификация цветов;
- лицевой гнозис: узнавание знакомых лиц, идентификация фотографий незнакомых лиц по заданному образцу, идентификация предметных изображений в условиях интерференции;
- пальцевой гнозис: показ пальцев по подражанию, показ пальцев по вербальной инструкции, называние пальцев, воспроизведение позы пальцев по зрительному образцу, воспроизведение соотносительного положения руки по отношению к лицу (6 вариантов).
- стереогноз: узнавание реальных предметов с помощью осязания (глаза испытуемого при этом закрыты).

С помощью следующих проб были исследованы праксические функции:

- идеоторный и идеомоторный праксис: действия с реальными предметами, действия с воображаемыми предметами, выполнение символических действий;
- конструктивный праксис: складывание из палочек по образцу 3-х фигур (использовались спички );
- динамический праксис: проба «кулак — ладонь — ребро» по зритльному показу, усвоение заданной последовательности движений пальцев по проприоцептивному показу;
- пространственный праксис: Проба Хэда;
- оральный праксис: простые движения губ и языка, символический оральный праксис (действия без предметов и объектов).

Были проведены пробы на исследование схемы тела.

Испытуемому были предложены пробы на:

- право-левую ориентировку (показать правую, затем левую руку);  
показ пальцев по подражанию; показ пальцев по вербальной инструкции;  
название пальцев.

Пальцевой гноэзис: воспроизведение позы пальцев по зритльному образцу; воспроизведение соотносительного положения кистей двух рук; воспроизведение соотносительного положения руки по отношению к лицу.

С помощью следующих проб мы провели исследование на ориентировку в пространстве: ориентировка в реальном пространстве, части света( с помощью стимульного материала).

С помощью пробы «Зеркальные буквы» и пробы «Слепые часы» нами был проверен пространственный гноэзис.

Нами были исследованы речевые функции: экспрессивная речь (устная и письменная речь) и импрессивная речь (понимание устной и письменной речи).

Экспрессивная речь исследовали с помощью таких методов: спонтанная речь (метод беседы), диалогическая речь (метод коротких

вопросов и ответов), автоматизированная речь (произнесение цифрового ряда от 1 до 10 и обратно, называние дней недели, месяцев), повторная речь (повторение звуков, дизъюнктивных пар, серий звуков), активная речь (рассказ по сюжетной картинке), номинативная речь (называние предметов по предметным картинкам, понимание и называние частей тела - нос, глаз и т.д.).

Импресивная речь исследовалась в процессе нейропсихологического исследования (с помощью метода понимания и выполнения верbalных инструкций, понимания обращенной речи, понимания логико-грамматических конструкций).

Также исследовали письмо и чтение. Испытуемому предлагалось написать на листе слово (по вербальной инструкции), предлагался текст для прочтения.

С помощью методов: интерпретация сюжетных картинок, «Простые аналогии», «Сравнения понятий» исследовали интеллектуальную деятельность.

## 2.2 Интерпритация результатов исследования

Проведя нейропсихологическое исследование и проанализировав полученные данные мы получили такие результаты.

После проведения проб на выявление латеральных предпочтений получили: доминирующей рукой, ногой является правая; доминирующее полушарие – левое.

Характеристика гностических процессов: при исследовании гностических функций нарушений у испытуемого не выявлено: правильно описывает предметы, нет затруднений в опознавании портретов писателей; без заминок называет предметы на зашумленных рисунках, правильно идентифицирует цвета; узнает предметы с закрытыми глазами, называет их материал и структуру (гладкий, шероховатый, мягкий); правильно

показывает и называет пальцы по подражанию, по верbalной инструкции; воспроизводит позы пальцев по зрительному образцу; правильно воспроизводит положение руки относительно лица.

Характеристика праксиса: нарушения праксический функций не выявлено: идеоторный и идеомоторный праксис (правильно выполняет пробы на действия с реальными предметами, действия с воображаемыми предметами, символические действия (отдать честь, причесаться, чистить зубы); конструктивный праксис в норме (из спичек складывает заданные фигуры, рисует (медленно) заданные фигуры); динамический праксис не нарушен (проба «кулак – ребро – ладонь» выполнена правильно левой и правой рукой, трудности у клиента это не вызвало; пробу Хэда на пространственный праксис испытуемый выполнил правильно; оральный праксис в норме (пробы «высунуть язык, надуть щеки и т. д.» клиент выполняет правильно;

Пробы на исследование схемы тела были сделаны безошибочно: ориентировка в «право-лево»; называние и показ пальцев по вербальной инструкции.

Клиент хорошо ориентируется в частях света (на карте правильно показывал где находятся города: Москва, Владивосток, Диксон), называл части света. Также правильно справился с заданиями «Зеркальные буквы» и «Слепые часы».

С удовольствием работал над пробами, заметны были улучшения в речи, в координации и движениях рук.

Характеристика речевых процессов (чтения, письма). При исследовании экспрессивной и импрессивной речи заминок с пониманием и выполнением инструкций не наблюдалось. Счет (от 1 до 10 и наоборот), называние дней недели, от начала и до окончания и наоборот испытуемый назвал правильно, решал задачи на сложение и вычитание, правильно расставлял недостающие математические знаки; правильно повторял

звуки. Читал правильно текст. Сложность вызвало написание имени (рука не имеет в одном положении, писал медленно, но ровно, правильно).

С помощью метода «Простые и сложные аналогии» и «Исключение лишнего», сравнение понятий, понимание поговорок и выражений (н-р: «Умная голова») исследовали интеллектуальную деятельность испытуемого. На все предложенные пробы, кроме рассказа по «Сюжетным картинкам» (испытуемый отказался), клиент ответил верно.

Вывод: таким образом, в ходе проведенного нами исследования высших психических функций нами было выявлено: гностические и практические функции у испытуемого сохранны, произвольное внимание не нарушено, быстро переключается с одного задания на другое; Наблюдаются нарушения речи по типу дизартрии, характеризующейся такой симптоматикой: замедление темпа речи; нечеткость, а иногда и неразборчивость произнесения, часто к этому присоединяются такие неречевые симптомы как поперхивание, характерно повышенное слюноотделение (саливация). Обилие слюны также мешает больному говорить и снижает уровень разборчивости речи.

### 2.3 Рекомендации по восстановлению ВПФ в постинсультном периоде

Длительность реабилитации, и ее эффективность, зависит от степени поражения головного мозга, возраста и индивидуальных особенностей человека. Максимальный эффект нейропсихологической реабилитации постинсультных больных достигается комплексной работой одновременно в нескольких направлениях: когнитивные функции, эмоционально-личностная сфера, работа с родственниками и близкими пациентов. Удельная доля и конкретное содержание каждого из описанных направлений может различаться и зависит от особенностей заболевания, когнитивного дефицита, личностных особенностей пациента, специфики

его социальной ситуации и т.д. Однако каждый вид работы является необходимым звеном процесса нейропсихологической реабилитации[14].

По данным проведенного нейропсихологического исследования можно дать такие рекомендации: данному лицу (клиенту) необходимо всестороннее обследование у невролога, логопеда, для выяснения точного повреждения структур головного мозга и нарушений, связанных с двигательной активностью, а также определения (с помощью логопеда) дефекта речи, что в дальнейшем позволит правильно составить программу восстановления и реабилитации сохранных систем.

Мы можем дать ряд общих рекомендаций, таких как:

- правильное, сбалансированное питание, овощи и фрукты, способствующее работе клеток головного мозга, повышению иммунитета;
- для восстановления двигательной активности необходимо делать лечебную гимнастику (например, комплекс упражнений для постинсультных больных по В.К. Добровольскому), комплекс упражнений необходимо подобрать с учетом нарушений в двигательной сфере;
- с логопедом разработать ряд мероприятий с учетом нарушений речи (упражнения на артикуляцию, по возможности читать текст вслух, произносить вслух гласные буквы);
- массаж рук и ног для восстановления кровообращения в конечностях;
- общение с другими клиентами интерната (развлекательные мероприятия, библиотека);
- прогулки (на коляске) на свежем воздухе;
- обязательна дыхательная гимнастика;
- групповые занятия по восстановлению речи и двигательных функций;
- личная активность самого человека выйти из такого состояния, не замыкаться на своей болезни;
- обязательна помощь и поддержка родных и персонала.

## Выводы

По итогу проведенного исследования можно сделать такие выводы: инсульт признан сейчас одной из важнейших проблем общественного здоровья. Более 10 % больных становятся тяжелыми инвалидами, многие из них нуждаются в посторонней помощи. В России инсульт занимает второе место после кардиоваскулярных заболеваний, а также первое место как причина стойкой утраты трудоспособности. У значительной части больных, перенесших инсульт, наряду с двигательными нарушениями, развиваются различные нарушения высших психических функций, наличие которых может значительно затруднить их психическую и социальную реадаптацию, снизить качество жизни [11].

Синдромный подход к анализу нарушений психических функций при локальных поражениях мозга является основным в современной нейропсихологии [9].

Восстановительный период после инсультного приступа – это очень сложный и длительный процесс, который может продолжаться и на протяжении всей оставшейся жизни человека, поэтому диагностика постинсультного состояния у такого больного имеет достаточно весомую роль предупреждения повторных «ударов».

Важное значение в постинсультном периоде имеет поддержка родных и близких, желание самого больного настроится на большую работу, связанную с реабилитацией и восстановлением утраченных функций.

Квалифицированная и своевременная помощь специалистов, правильно проведенное медицинское обследование и постановка диагноза, поврежденных структур головного мозга, логопедов и специалистов лечебной физкультуры в дальнейшем облегчает правильно подобрать восстановительные мероприятия поврежденных функций организма.

Задача восстановления нарушенных умений и знаний является не только гуманной, но и социально значимой. Правильно организованная

нейропсихологическая диагностика и реабилитация больных, включающая восстановительное обучение, позволяет вернуть человека не только в окружающую его социальную среду, но и сделать его трудоспособным[14].

После проведенного нейропсихологического исследования, с помощью наблюдения, беседы и проведенных нами методик было выявлено у испытуемого нарушение двигательной активности, а также нарушение речи. Нами были даны общие рекомендации на основе данных исследования. Отсутствие медицинской карты затруднило разработку конкретных рекомендаций для данного испытуемого по восстановительным мероприятиям нарушений.

## Заключение

Соответственно заданной цели и задачам исследования нами был проведен теоретический анализ психологической и медицинской литературы по постинсультным состояниям, определены ключевые моменты нейропсихологического исследования.

Для нашего исследования мы выбрали изучение особенностей высших психических функций в постинсультном состоянии, такие как: гноэзис, праксис, речь.

В рамках данного исследования, на основе нейропсихологических методик, мы выявили нарушения ВПФ у испытуемого, дали общие рекомендации для испытуемого, находящегося в постинсультном состоянии.

Нами было организовано и проведено практическое исследование высших психических функций у постинсультного больного, оно проходило на базе «Дома-интерната для пожилых граждан и инвалидов» в г. Красноярске.

На основании обобщения результатов проведенного нейропсихологического исследования и их интерпретации были сделаны следующие выводы: у испытуемого наблюдаются нарушения двигательной активности, гноэзис и праксис не нарушены, имеется речевые нарушения по типу дизартрии.

Гипотеза, выдвинутая нами в начале исследования, подтвердилась частично, имеются нарушения речи.

Практическая значимость нашего исследования очевидна. После нашего исследования и беседы, испытуемый записался на занятия ЛФК, начал читать, делать доступный упражнения.

## Библиографический список

1. Вассерман, Л. И. Методы нейропсихологической диагностики. Практическое руководство / Л. И. Вассерман, С. А. Дорофеева, Я. А. Меерсон. – СПб.: Издательство «СТРОЙЛЕСПЕЧАТЬ», 1997. - 304 с.
2. Варако, Н.А. Нейропсихологическая реабилитация после инсульта. Некоторые необходимые составляющие нейропсихологической реабилитации постинсультных больных/ Н.А. Варако, И.С. Куликова, В.Д. Даминов. – М: ФГУ «НМХЦ им.НИ Пирогова Росздрава»/ Режим доступа: <http://medical-diss.com/medicina/postinsultnye-narusheniya-vysshikh-funktisiy-fenomenologiya-prognoz-reabilitatsiya#ixzz4jxyEKFPu>
3. 1. Бизюк, А.П. Основы нейропсихологии. Учебное пособие [Текст] / А.П. Бизюк. – СПб.: Речь, 2005. – 293 с.
4. 2. Визель, Т.Г. Основы нейропсихологии: учеб.для студентов вузов [Текст] / Т.Г. Визель.- М.: АСТАстрельТранзиткнига, 2005.- 384с. , - (Высшая школа)
5. 1. Зейгарник, Б. В. Патопсихология [Текст] : учебное пособие / Б. В. Зейгарник. - М. : Академия, 2009. - 206 с.
6. 3. Карвасарский, Б. Д. Клиническая психология [Текст] : учебник / Б. Д. Карвасарский. – СПб. : Питер, 2005. - 960 с.
7. 3. Клиническая психология: учебник / Под ред. Б. Д. Карвасарского. — СПб: Питер, 2002. — 960 с. (Серия «Национальная медицинская библиотека»).
8. 4. Классификация нарушений мышления по Б.В. Зейгарник. Медицинская психология: новейший справочник практического психолога [Текст] / Сост. С.Л. Соловьева, М., «Аст»; СПб, «Сова», 2007 г., с. 89-96.
9. 5. Лурия, А. Р. Функциональная организация мозга // Естественно-научные основы психологии / Под.ред. А.А. Смирнова, А.Р. Лурия, В.Д. Небылицына.- М.: Педагогика, 1978. С. 109-139 [Электронный ресурс]

[Текст]//Режим доступа:<http://www.ido.rudn.ru/psychology/psychophysiology/ch>

10. Основы клинической психологии/ Режим доступа:  
<http://bookap.info/genpsy/osclin/gl24.shtml>

11. 7. Попова, Ю.С. Инсульт. Самые эффективные методы лечения [Текст]/ Ю.С. Попова. –СПб.: Издательство «Крылов», 2014. -128 с.

12. 6. Менделевич, В.Д. Клиническая и медицинская психология: Практическое руководство [Текст]/ В.Д. Менделевич. — М.: МЕДпресс, 2001. — 592 с.

13. 7. Хомская, Е. Д. Нейропсихология: 4-е издание [Текст]/ Е.Д. Хомская. — СПб.: Питер, 2005. — 496 с: ил. — (Серия «Классический университетский учебник»).

14. 9. Цветкова, Л.С. Восстановление высших психических функций (после поражения головного мозга): Учебник для студентов высших учебных заведений [Текст]/ Л.С. Цветкова. – М.: Академический проспект, 2004. – 384 с.

15. Шахпаронова, Н.В. Постинсультные нарушения высших психических функций: феноменология, прогноз, реабилитация: Медицинские Диссертации/ Режим доступа: <http://medical-diss.com/medicina/postinsultnye-narusheniya-vysshikh-funktsiy-fenomenologiya-prognoz-reabilitatsiya>

# МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЛАТЕРАЛЬНЫХ ПРЕДПОЧТЕНИЙ

## § 1. Опросник

1. Какой рукой ты складываешь башню из кубиков, собираешь пирамидку?	
2. В какой руке держишь ложку во время еды?	
3. Какой рукой размешиваешь сахар в чае?	
4. Какой рукой держишь зубную щетку?	
5. Какой рукой причесываешься?	
6. Какой рукой рисуешь?	
7. Какой рукой режешь ножницами?	
8. Какой рукой пишешь?	
9. Какой рукой пользуешься ластиком?	
10. Какой рукой бросаешь камень, мяч?	
11. Какой рукой раздаешь карты?	
12. Какой рукой бьешь молотком?	
13. Какой рукой держишь ракетку при игре в теннис, бадминтон?	

Экспериментатор просит ребенка продемонстрировать каждый раз манеру исполнения. Общий результат подсчитывается по приведенной далее формуле.

Каждая из нижеприведенных проб выполняется с промежутками в течении нейропсихологического обследования 5 — 6 раз; в результате подсчитывается коэффициент латерального предпочтения по формуле:

$$\frac{(\Pi - \Lambda)}{(\Pi + \Lambda)} \times 100$$

$$(\Pi + \Lambda)$$

где  $\Pi$  — правая (рука, глаз и т.д.),  $\Lambda$  — левая. От (-10) до (+10) — результаты оцениваются как амбилатеральность; меньше (-10) как левостороннее почтение (соответственно доминантность в данной сфере правого полушария); больше (+10) — как правостороннее (доминантность левого полушария). Неоднократное тестирование необходимо, во-первых, для того, чтобы получить более достоверные результаты. Но главное, наши исследования показали различные нагрузки могут приводить к флюктуациям моторного и сенсорного предпочтений ребенка, что свидетельствует о недостаточной сформированности у него доминантности по руке, глазу и т.д.

## § 2. Моторные асимметрии

### ***Функциональная асимметрия рук***

1. Переплетение пальцев рук, поза Наполеона, аплодирование. Инструкция (И.): «Сделай, пожалуйста, так». Экспериментатор (Эксп.) в течение одной секунды демонстрирует нужную позу. Ведущая рука оказывается сверху; в пробе «переплетение пальцев» сверху — большой палец ведущей руки.
2. Измерение скорости выполнения любых мануальных заданий (теппинг, рисунок, письмо и т.д.) каждой рукой, затем обеими вместе. Ведущая рука действует быстрее.
4. Проба Чернашека. Может проводиться с ребенком не младше 7 лет. Перед ребенком кладется чистый лист бумаги; в правую и левую рукудается по карандашу

И.: «Закрой глаза. Нарисуй, пожалуйста, одновременно: правой рукой (прикосновение к правой руке) — квадрат, а левой (прикосновение) — круг. Еще раз: квадрат (прикосновение), круг (прикосновение). Запомнил?»

Затем под первой парой рисунков предлагается нарисовать по аналогичной инструкции следующую, например; «треугольник —квадрат», «круг —квадрат» и т.д. до восьми раз. При этом психолог достаточно громко приговаривает: «Быстрей, быстрей» (постукивает по столу) — и внимательно следит за тем, чтобы ребенок не открывал глаза, рисовал одновременно обеими руками и, желательно, с зафиксированным языком. Субдоминантная рука в этой пробе или повторяет движение ведущей, или демонстрирует запаздывающее выполнение задания.

### ***Функциональная асимметрия ног и тела***

1. И.: «Попрыгай на одной ноге». Используется ведущая нога.
2. И.: «Какой ногой ты забиваешь гол в футболе?» Активная (в том числе толчковая) нога — ведущая.
3. И.: «Закинь ногу на ногу». Ведущая нога сверху.
4. И.: «Повертись, покрутись несколько раз». Приращении вокруг собственной оси предпочтется направление в сторону доминантной половины тела.

### **§ 3. Сенсорные асимметрии**

#### ***Функциональная слухоречевая асимметрия***

1. И.: «Послушай, идут ли мои часы?» Ребенку прямо, по средней линии, даются часы или аналогичные тихо звучащие приборы. Предлагается поговорить по телефону. Для прислушивания ребенок пользуется ведущим ухом.
2. И.: «Повтори, что я скажу». Эксп. шепотом произносит слово или фразу. Ребенок согибается ближе ведущим ухом.

### ***Функциональная зрительная асимметрия***

1. И.: «Прищурься одним глазом». Первым прищуривается неведущий глаз.
2. И.: «Посмотри в калейдоскоп (в подзорную трубу)». Ребенку прямо, по средней линии, дается один из этих предметов. Для рассматривания используется ведущий глаз.
3. И.: «Загороди линейкой лампу». Ребенку дается линейка (или что-то аналогичное), которой он должен загородить источник света. Тень при этом падает на ведущий глаз.

## **Исследование зрительного, слухового, тактильного гноэзиса.**

**Цель:** знакомство с методами исследования зрительного, слухового, тактильного гноэзиса.

### **План**

1. Методы исследования зрительного гноэзиса
2. Исследование слухового гноэзиса
3. Исследования тактильного гноэзиса

### **Ход работы**

#### **Методы исследования гностических функций**

##### **Пальцевой гноэзис**

1. Показ пальцев по подражанию.

Покажите, пожалуйста: показывают 3-й палец; 5-й палец; 2-й палец; 3-й палец; 4-й палец; 1-й палец.

2. Показ пальцев по верbalной инструкции.

Покажите, пожалуйста: указательный палец; мизинец; средний; большой; мизинец; безымянный.

3. Называние пальцев.

Показывают для называния: указательный палец, большой, мизинец, средний, безымянный, средний.

Экспериментатор показывает пальцы попеременно то левой, то правой руки, изменяя каждый раз положение кисти в пространстве.

В оценку правильности выполнения проб включается и смена рук испытуемого в том случае, если ему позволяет это сделать неврологический статус.

4. Воспроизведение позы пальцев по зрительному образцу.

Показывают 6 вариантов позы пальцев, сидя напротив испытуемого (или демонстрируя рисунки – образцы (Приложение Ж, рисунок Ж1).

5. Воспроизведение соотносительного положения кистей двух рук (6 вариантов). (Приложение Ж, рисунок Ж12).

6. Воспроизведение соотносительного положения руки по отношению к лицу (6 вариантов). (Приложение Ж, рисунок Ж13).

Пробы 3 - 5 проводят также, сидя напротив испытуемого.

При анализе успешности выполнения блока «схема тела» следует помнить об элементах анозогнозий, например, неосознания пареза в левых конечностях, болезни в целом и др.

##### **Стереогноз**

7. Узнавание реальных предметов с помощью осязания (глаза испытуемого при этом закрыты). Предлагается, например, узнать: ручку, монету, пуговицу, ключ, расческу, ремешок от часов.

Если больной ошибается, ему предлагается узнать те же предметы, открав глаза.

Сенсибилизованным вариантом этой пробы является узнавание материалов, из которых сделаны предметы: дерево, пластмасса, металл и т. п.

Задание выполняется правой и левой рукой (если позволяет неврологический статус), при оценке результатов следует учитывать особенности номинативной функции речи.

### **Зрительный гноэзис**

8. Зрительное представление.

Испытуемого просят представить и описать: очки, арбуз, велосипед, или другие 3 или 6 предметов.

### **Предметный зрительный гноэзис**

9. Узнавание реальных предметов. Используются реальные предметы, находящиеся под руками или в поле зрения экспериментатора и больного.

10. Узнавание изображений предметов (проверяется при исследований называния) (Приложение Ж, рисунок Ж2).

11. Узнавание наложенных друг на друга изображений предметов (модифицированные рисунки пробы Поппельрейтера) (Приложение Ж, рисунок Ж11).

12. Узнавание изображений предметов с «недостающими» признаками.

Предъявляется 6 изображений набора, например: лампочка, очки, ножницы, якорь, кофейник, ключ (Приложение Ж, рисунок Ж6).

13. Узнавание изображений предметов на «зашумленных» рисунках.

Предъявляются для узнавания 6 изображений предметов при уровне шума - 0,35 (уровень шума определяется соотношением черных и белых элементов, так называемых статистик, синтезированных ЭВМ). Если испытуемый не узнает 2-3 изображения, то переходят к менее зашумленным рисункам с уровнем шума - 0,25 (Приложение Ж, рисунок Ж11). Если зрительно предметы не опознаются, задание можно облегчить, предложив обвести их контуры карандашом.

## **Исследование речи и речевых процессов**

**Цель:** ознакомить студентов с методами исследования речи как высшей психической функции

### **План**

1. Проблема афазий

2. Исследование речи и речевых процессов:

а) методы исследования экспрессивной речи;

б) методы исследования импресивной речи;

в) исследование возможности понимания логико-грамматических конструкций.

### **Ход работы**

#### **1. Проблема афазий**

Речь представляет собой очень сложную психическую деятельность, подразделяющуюся на различные виды и формы. Речь — специфически человеческая психическая функция, которую можно определить как *процесс общения посредством языка*. Согласно общим психологическим представлениям, речь, как и все высшие психические функции человека, является продуктом длительного культурно-исторического развития. Формируясь у ребенка по мере овладения языком, речь проходит несколько этапов развития, превращаясь в развернутую *систему средств общения и опосредования различных психических процессов*.

*Экспрессивная речь* — или процесс высказывания с помощью языка — начинается с замысла (программы высказывания), затем проходит стадию внутренней речи, обладающей свернутым характером, и, наконец, переходит в стадию развернутого внешнего речевого высказывания (в виде устной речи или письма).

*Импресивная речь* — или процесс понимания речевого высказывания (устного или письменного) — начинается с восприятия речевого сообщения (слухового или зрительного), затем проходит стадию декодирования сообщения (т.е. выделения информативных моментов) и, наконец, завершается формированием во внутренней речи общей

смысловой схемы сообщения, ее соотнесением со смысловыми семантическими структурами и включением в определенный смысловой контекст (собственно пониманием)

С точки зрения лингвистики в речи могут быть выделены следующие единицы:

- а) фонемы (смыслоразличительные звуки речи);
- б) лексемы (слова или фразеологические словосочетания, обозначающие отдельные предметы или явления);
- в) семантические единицы (обобщения в виде системы слов, обозначающие понятия);
- г) предложения (сочетания слов, обозначающие определенную мысль);
- д) высказывания (законченные сообщения).

Лингвистический анализ применим как к импресивной, так и к экспрессивной, *внешней речи*.

*Внутренняя речь* имеет иное психологическое строение, характеризуясь большей свернутостью, предикативностью и недоступностью для прямого наблюдения.

В целом можно выделить *четыре самостоятельные формы* речевой деятельности, две из которых относятся к экспрессивной речи, а именно: *устная и письменная речь*, а две — к импресивной: *понимание устной речи и понимание письменной речи* (чтение). Каждая из перечисленных форм речевой деятельности включает несколько речевых функций. Так, устная речь может быть активной (монологическая или диалогическая речь) или повторной; называние (объектов, действий и т.п.) тоже можно выделить в самостоятельную речевую функцию. Письменная речь может быть самостоятельной или под диктовку — и тогда это разные речевые функции, имеющие различное психологическое строение

## 2. Исследование речи и речевых процессов.

### Методы исследования экспрессивной речи

Тесты	Материал	Инструкция	Анализ симптомов (ошибок)
1	2	3	4
1. Спонтанная речь. Метод беседы	Беседа с ребенком на близкую ему тему	Я хотела бы узнать, как у тебя идут дела в школе. С кем ты дружишь, кто там самый драчун?	Могут быть: 1) Ответы 1-2-сложные, с использованием слов, содержащихся в вопросе 2) Ошибки - отсутствие ответа; эхолалии и персеверации и др
2. Диалогическая речь. Метод коротких вопросов и ответов	Короткие последовательные вопросы и ответы	Темы: "О школе", "Что ты делал во время каникул" и др.	3) Неадекватные ответы - эти другие подобные речевые реакции могут говорить о дисфункции задне-лобных и лобных отделов; 4) Соскальзывание на побочные ассоциации -дисфункция лобных отделов; 5) трудности подбора слов, построения фразы, слов – возможна дисфункция теменно-височных отделов
Автоматизированная речь	Произнесение цифрового ряда от 1 до 10. Название дней недели	Просчитай от 1 до 10, а теперь от 10 до 1. Это трудно, но ты сможешь. Назови подряд дни недели: понедельник...	Могут быть литературные парофразии, аграмматизмы. Следует точно анализировать ошибки, которые могут указать на механизмы поражения и топику дисфункций мозговых зон
Повторная речь	A) Повторение: 1) звуков: а, о, у, б, к, п, д, л, т, н, х. р, ч; 2) дизъюнктивных пар звуков: б-н, к-с, м-р; 3) оппозиционных пар звуков: б-п, д-т, к-г, х-к, з-с, 4) серий звуков: би-ба-бо, бо-би-ба	Материал для повторения подается по одному элементу. Рот педагога прикрыт. «Повторяй за мной звуки: закрой глаза, слушай внимательно и повторяй. А теперь повторяй пары звуков	Ошибки повторения оппозиционных пар звуков могут быть результатом не только нарушений фонематического слуха, но и дефектов моторики. Проверят с помощью другого индикатора

	Б) Повторение слов: окно, потолок, дом, дым, балка, палка	Повторяй за мной. Слушай внимательно	Ошибки повторения слов могут быть связаны с разными причинами этому важно квалифицировать эти ошибки 1) С нарушением фонематического слуха (височные отделы - <b>22</b> поле);
			2) С инертностью речевого процесса (персеверации, контаминации) -задне-лобные отделы; 3) С нарушением слухоречевой памяти (2-я височная извилина) и с нарушением моторной стороны речи (литеральные моторные парадигмы и др.)
	г) Повторение фраз (постепенно увеличивать объем предложений): Луна светит. Мальчик спит. Девочка пошла в лес. Мальчик играет в мяч		Исследуется слухоречевая память, объем слухового восприятия. Возможные ошибки - неудержание объема фразы или последнего слова, литературные и вербальные парадигмы могут говорить о дисфункции височных отделов; контаминаций, персеверации элементов предыдущих фраз возможны соответственно при дисфункции лобных и задне-лобных отделов
Активная речь	а) рассказ по сюжетной картинке (частотной, т.е. известной ребенку, и неизвестной; б) собственное сочинение (устный рассказ на заданную тему)	Расскажи, пожалуйста, что здесь нарисовано. Только складно и подробно. Расскажи о чем хочешь, ну, например, о зиме	Исследуется активность, развернутость, связность рассказа, лексика, наличие парадигм, аграмматов, соскальзывания. Могут быть ошибки: сенсорного и моторного происхождения (литеральные парадигмы). Возможна дисфункция нижних теменных и височных отделов левого полушария
Номинативная речь	Называние предметов по предметным картинкам (5-7 в поле зрения)	Назови мне эту картинку (указывается), а теперь - эту и т.д. Затем по 2 - назови эту и эту. Затем по 3	Могут быть ошибки: сенсорного и моторного происхождения (литеральные парадигмы). Возможна дисфункция нижних теменных и височных отделов левого полушария

	Понимание и называние частей тела - нос, глаз, шея, ухо, рука, нога, брови, волосы	Покажи на себе – где у тебя нос, глаз, глаз-рот. А у меня покажи. Назови, что это такое.	Дефекты называния частей тела могут говорить о нарушении сомато-пространственных ощущений о дисфункции теменных отделов мозга
--	--	--	---

### Методы исследования импрессивной речи

Тесты	Материал	Инструкция	Анализ симптомов (ошибок)
1	2	3	4
1. Метод понимания выполнения вербальных инструкций	Фразы: 1. Закрой глаза 2. Открой рот. 3. Положи руки. 4. Встань, подойди к двери, вернись сюда	Я тебе буду давать задания, а ты внимательно слушай и выполняй	Понимание наиболее упроченных речевых инструкций нарушается при дисфункции височных отделов. Однако, чаще всего понимание этих инструкций сохранено
2. Понимание обращенной речи. Метод беседы.	Обычная бытовая беседа. «Ты сегодня завтракал»	Я задаю вопросы, а ты отвечаешь, можешь и ты задать мне вопрос, а я тебе отвечу	Лучше всего вопросы задавать разные по содержанию, вне контекстные, не связанные с общей темой, тогда сразу обнаружится нарушение понимания.
3. Понимание предметных слов. Метод показа названных предметов (объектов)	1. Предметные картинки. 2. Окружающие предметы	Сначала по одному предмету, затем – по два, по три. покажи «стол», «яблоко»	Увеличение объема может привести к ошибкам: 1. Забывание последующих слов; 2. Замена одной картинки другой; 3. Отказ. 4. Показ неадекватных картинок. Возможна связь этих дефектов с патологией левой височной зоны, ее 2-й височной извилины
4. Понимание фраз. Метод понимания фраз	Короткие простые по грамматической структуре фразы. Показатель понимания (индикатор) - показ соответствующих фразе картинок	Покажи картинку, на которой нарисовано: "мальчик сидит на стуле", "на столе стоят цветы"	дефектов с патологией левой височной зоны, ее 2-й височной извилины

5. Фонематический слух	Отдельные звуки: -дизьюнктные: а-к, б-л, т-ш -оппозиционные: б, п, т, д (дается только по 1 звуку)	Индикатор - повторение. Повторяй за мной с закрытыми глазами. Индикатор -буква. Я назову звук, а ты найди соответствующую букву (из 3-4-х - Б, П, Г, Д или А, К, О,Р). Индикатор -условно- рефлекторная реакция. Если я назову Б, ты подними руку, а если я назову П, не поднимай	Ошибки - замены оппозиционных звуков говорят о наличии сенсорной афазии (о дисфункции верхней височной извилины - 22 поле)

*Понимание логико-грамматических конструкций*

Тесты	Материал	Инструкция	Анализ Симптомов (ошибок) (ошибок)
1	2	3	4
1. На понимание грамматических конструкций: а) творительный падеж	Любые предметы - карандаш, тетрадь, ключ	По 1 предмету: "Покажи тетрадь". По 2 предмета (не меняя интонации): "Покажи карандаш и тетрадь", "Покажи тетрадью карандаш, карандашом ключ, ключом тетрадь" и т.д.	Эти пробы направлены на -исследования понимания грамматически связной речи. Ошибки в понимании могут указывать на патологию зоны ТР левого полушария мозг:
б) сравнительные конструкции	Муха больше слона. Слон больше мухи	Какое предложение правильное?	
в) инверсия	Колю ударил Ваня	Кто драчун?	
г) предложные конструкции	Различное про- странственное положение любых предметов (карандаш, ключ и др.)	Положи карандаш (ручку и др.) на стол, положи карандаш под стол, в стол и т.д. Поддержи карандаш под столом, около стола	