

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Автономная некоммерческая организация высшего образования

«Сибирский институт бизнеса, управления и психологии»

Кафедра психологии

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ВЫПУСКНАЯ АТТЕСТАЦИОННАЯ РАБОТА

ОСОБЕННОСТИ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
ЛИЧНОСТИ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМАХ

Выполнил: Псарёва О.А.

Научный руководитель: доцент кафедры психологии,

Кандидат пед.н.: Суворова Н.В.

Красноярск 2018

Реферат

В выпускной аттестационной работе изложено теоретическое и практическое исследование расстройств личности при черепно-мозговой травме. Изучены особенности патопсихологического исследования после черепно-мозговой травмы.

Выпускная аттестационная работа содержит: 50 стр., 15 источников, 7 приложений.

Ключевые слова: черепно-мозговая травма, расстройство личности, нейропсихологическое исследование, патопсихологическое исследование.

Объект исследования: нарушение личности.

Предмет исследования: особенности патопсихологического исследования личности при ЧМТ.

Цель исследования: изучение особенностей патопсихологического исследования личности при черепно-мозговых травмах (ЧМТ).

Методы исследования: теоретический - анализ научной литературы, практический – нейропсихологическое и патопсихологическое исследование.

Содержание

Введение	3
Глава I Теоретическое исследование расстройств личности при черепно-мозговых травмах	5
1.1 Черепно-мозговая травма и ее психические особенности	5
1.2 Патологии личности	8
1.3 Личностные расстройства при черепно-мозговых травмах	23
Глава II Патопсихологическое исследование расстройств личности при черепно-мозговых травмах	31
2.1 Нейропсихологическое и патопсихологическое исследование после черепно-мозговой травмы	31
2.2 Интерпретация и анализ результатов исследования	36
2.3 Рекомендации восстановления расстройств личности при черепно-мозговых травмах	43
Заключение	47
Список использованной литературы	48
Приложение А	
Приложение Б	
Приложение В	
Приложение Г	
Приложение Д	
Приложение Е	
Приложение Ж	

Введение

Актуальность темы исследования объясняется тем, что травмы головного мозга и их последствия остаются одной из наиболее трудных и нерешенных проблем современной медицины и имеют огромное значение в связи с распространностью и тяжелыми медицинскими и социальными последствиями. По данным эпидемиологического изучения черепно-мозгового травматизма, на территории России ежегодно получают только повреждения головного мозга свыше 1200 тыс. человек. В структуре инвалидности и причин смерти черепно-мозговые травмы и их последствия длительное время занимают второе место после сердечно-сосудистой патологии. Больные, перенесшие черепно-мозговые травмы, составляют значительное число лиц, находящихся на учете в психоневрологических диспансерах. Несмотря на актуальность, научную и практическую значимость, проблемы восстановления личности при черепно-мозговых травмах в клинической психологии изучены недостаточно.

Целью данной работы является изучение особенностей патопсихологического исследования личности при черепно-мозговых травмах (ЧМТ).

Из поставленной цели вытекают следующие задачи:

1. Изучить патопсихологические особенности личности при ЧМТ
2. Организовать и провести патопсихологическое исследование личности после ЧМТ;
3. Проинтерпретировать результаты и сформулировать выводы ;
4. Разработать рекомендации по восстановлению личности после ЧМТ;

Объектом исследования является: нарушения личности.

Предметом исследования является: особенности патопсихологического исследования личности при ЧМТ.

Гипотеза: мы предполагаем, что при черепно-мозговых травмах возможны расстройства личности циклотимоподобного типа.

Теоретическую основу исследования составляют труды Визель Т.Г., Зейгарник Б.В., Хомская Е.Д., Лурия А.Р., Бизюк А.П., Карвасарский Б.Д. и другие.

Глава I Теоретическое исследование личностных расстройств при черепно-мозговых травмах

1.1 Черепно-мозговая травма и ее психические особенности

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) — это комплекс контактных повреждений (мягких тканей лица и головы, костей черепа и лицевого скелета) и внутричерепных повреждений (повреждений вещества головного мозга и его оболочек), имеющих единый механизм и давность образования.

Черепно-мозговые травмы (ЧМТ) являются одними из наиболее частых причин смертности и стойкой потери трудоспособности. Количество больных с травматическими повреждениями головного мозга ежегодно возрастает на 2 %. В структуре травм мирного времени преобладают бытовые, транспортные, производственные, спортивные травмы. Важное медицинское значение имеют осложнения черепно-мозговых травм, такие как развитие травматической церебрастении, энцефалопатии, эпилепти-формного синдрома, патохарактерологических расстройств, деменции, а также их влияние на социальную адаптацию больных. Травмы черепа более чем в 20 % случаев являются причиной инвалидности из-за нервно-психических заболеваний [1].

Выделяют 5 клинических форм ЧМТ:

1. сотрясение мозга — характеризуется выключением сознания продолжительностью от нескольких секунд до нескольких минут;
2. ушиб головного мозга легкой степени — характеризуется выключением сознания после травмы продолжительностью от нескольких минут до 1 часа;
3. ушиб головного мозга средней степени — характеризуется выключением сознания после травмы продолжительностью от нескольких

десятков минут до 4—6 часов;

4. ушиб головного мозга тяжелой степени — характеризуется выключением сознания после травмы продолжительностью от нескольких часов до нескольких недель;

5. сдавливание головного мозга — характеризуется опасными для жизни общемозговыми, очаговыми и стволовыми симптомами, которые возникают спустя некоторое время после травмы и носят нарастающий характер.

Тяжесть состояния пострадавшего определяется, прежде всего, нарушением функций ствола головного мозга и систем жизнеобеспечения организма (дыхание, кровообращение). Одним из ведущих признаков поражения ствола и отделов мозга, находящихся непосредственно над ним, является нарушение сознания.

Выделяют 5 градаций состояния сознания при ЧМТ.

1. ясное сознание — полная сохранность сознания с адекватными реакциями на окружающие события;

2. оглушение — нарушение восприятия при сохранении ограниченного словесного контакта на фоне повышения порога восприятия внешних раздражителей и снижения собственной активности;

3. сопор — выключение сознания с сохранением координаторных защитных реакций и закрыванием глаз в ответ на болевые, звуковые и другие раздражители;

4. кома — выключение сознания с полной потерей восприятия окружающего мира и самого себя.

Следует также оценивать нарушение жизненно важных функций, что нередко связано с поражением ствола мозга. Данные нарушения оцениваются по следующим критериями:

1) умеренные нарушения:

- умеренная брадикардия (51—59 в минуту) или тахикардия (81—100 в минуту);

- умеренная артериальная гипертония (140/80—180/100 мм рт. ст.) или гипотония (ниже 110/60—90/50 мм рт. ст.);

2) выраженные нарушения:

- брадикардия (41—50 в минуту) или тахикардия (101 — 120 в минуту);
 - тахипноэ (31—40 в минуту) или брадипноэ (8—10 в минуту);
 - артериальная гипертензия (180/100—220/120 мм рт. ст.) или гипотония (менее 90/50—70/40 мм рт. ст.);

3) грубые нарушения:

- брадикардия (менее 40 в минуту) или тахикардия (свыше 120 в минуту);
 - тахипноэ (свыше 40 в минуту) или брадипноэ (менее 8 в минуту);
 - артериальная гипертензия (свыше 220/180 мм рт. ст.) или гипотония (максимальное давление менее 70 мм рт. ст.);

4) критические нарушения:

- периодическое дыхание или апноэ;
- максимальное артериальное давление менее 60 мм рт. ст.;
- пульс, который невозможно посчитать[1].

Одной из основных и непосредственных причин гибели пострадавших с тяжелой ЧМТ является процесс острой внутричерепной дислокации. Его опасность обусловлена развитием осевой деформации ствола головного мозга с последующей его деструкцией в результате необратимых дисциркуляторных нарушений. Дополнительным, но очень важным критерием оценки ЧМТ и ее тяжести является состояние покровов головы. Их повреждение в условиях поражения мозга и его барьерных функций повышает риск гнойно-септических осложнений. В связи с этим выделяют:

— закрытую ЧМТ, при которой отсутствует нарушение целостности покровов головы или имеются не проникающие в апоневроз раны,

переломы костей основания черепа, не сопровождающиеся ранением близлежащего участка скальпа;

— открытую ЧМТ когда имеются раны головы с повреждением апоневроза, переломы костей свода черепа с ранением близлежащих мягких тканей, переломы основания черепа, сопровождающиеся кровотечением или ликвореей (ушной, назальной);

а) непроникающая травма — твердая мозговая оболочка остается целостной;

б) проникающая травма — нарушается целостность твердой мозговой оболочки.

Классификация психических нарушений в результате черепно-мозговой травмы:

Острейший начальный период. Оглушение, сопор, кома, нарушение сердечно-сосудистой деятельности и дыхания.

Острый период. Непсихотические эпилептиформные припадки, антероградная и ретроградная амнезия, сурдомутизм. Психотические синдромы: сумеречное состояние сознания, травматический делирий, дисфории, корсаковский синдром.

Поздний период. Непсихотические нарушения: астенический, астеноневротический, эпилептиформный, психопатоподобный (аффективной неустойчивости) синдромы. Поздние травматические психозы: галлюцинаторно-параноидный, маниакально-параноидный, депрессивно-параноидный синдромы [3].

1.2 Патологии личности

Расстройства (патологии) личности являются одной из спорных тем клинической психологии, поскольку болезненное (патологическое) личностное функционирование осуществляется по тем же закономерностям, что и здоровое (нормальное), только в измененных

условиях. К этим измененным условиям относятся: 1) нарушение структуры иерархии мотивов; 2) формирование патологических потребностей и мотивов; 3) нарушение смыслообразования; 4) нарушение саморегуляции и опосредования; 5) нарушение критичности и спонтанности; 6) нарушение формирования характерологических особенностей личности [2].

О расстройствах личности можно говорить тогда, когда в структуре личности настолько резко выражены определенные свойства, что они становятся причиной серьезных страданий или конфликтов. Следует обратить внимание на то, что болезненным признается не само наличие специфических свойств (что является проявлением индивидуально-личностных особенностей, многообразия личностных характеристик людей), а их доминирование над другими, приводящее к затруднениям в социальном функционировании личности.

Болезненные состояния личности (личностные расстройства) представляют собой глубоко укоренившиеся и постоянные модели поведения, отличающиеся негибкостью реагирования на широкий диапазон различных социальных ситуаций.

Дезадаптивные особенности могут также затрагивать эмоциональные, интеллектуальные, перцептивные или психодинамические проявления [7].

Сначала в клинической психологии под личностными расстройствами понимали любое психическое заболевание, в котором наряду с негибкостью и нерегулируемостью поведенческих реакций наблюдалось рассогласование мотивационной сферы, потребностей и смысла поведения. Такая трактовка личностных расстройств была очень широкой и охватывала помимо поведенческих нарушений невротические и психотические расстройства. В широком смысле слова термин "личностное расстройство" более не используется. Сегодня его значение ограничено нарушениями социального поведения и взаимодействия, не

связанными с невротическим характером патологии.

Концепция психопатии как патохарактерологического расстройства получила развитие в результате введения К. Ясперсом в психиатрию и клиническую психологию теории "идеальных типов" немецкого социолога М. Вебера . К. Ясперс увидел в методах М. Вебера путь к классификации тех психических расстройств, для которых не удавалось обнаружить четкой органической этиологии, - психопатий. М. Вебер считал, что все научные понятия определяются целями научного познания. В психиатрии и клинической психологии целями являются укрепление психического здоровья и ослабление последствий психических расстройств. Поэтому идеальные типы личности избирательно характеризуют наиболее значимые стороны поведения личности, имеющие социальную ценность. Другими словами, идеальные типы - это идеализированные описания характера личности, которые даются с определенной точки зрения. С их помощью можно характеризовать и типологизировать то или иное отклоняющееся от социальных норм поведение [5].

Классификация личностных расстройств.

В отечественной клинической психологии по-прежнему доминирует классификация, предложенная еще П. Б. Ганнушкиным в 1933 г. и развитая А. Е. Личко в 1977. В классификации А. Е. Личко базовыми критериями являются типы поведенческих реакций (их выраженность и сочетание). Однако с 1994 г. отечественная клиническая психология официально перешла на более удобную международную классификацию, в которой в качестве критерия выступает сфера проявления психических нарушений: когнитивная, эмоциональная или волевая. В соответствии с ней, в современной клинической психологии выделяют три вида расстройств личности:

- с преобладанием нарушений мышления (шизоидные, шизотипические и параноидные личности) - эксцентричные;
- с преобладанием эмоциональных нарушений

(диссоциальные/антисоциальные, эмоционально неустойчивые - импульсивный и пограничный тип, а также истерические личности) - демонстративные;

- с преобладанием волевых нарушений (ананкастные, уклоняющиеся и избегающие, зависимые личности) - тревожно-астенические [10].

Кроме указанных расстройств возможны так называемые смешанные («амальгамные») расстройства.

Эксцентричные расстройства личности (с преобладанием нарушений мышления).

Шизоидные личности. Впервые возникающие в подростковом возрасте модели поведения, которые проявляются в виде обособления от социальных контактов и ограничения выражения эмоций в межличностных отношениях. Вопреки сходному звучанию слов, шизоидные расстройства личности имеют мало общего с шизофренией. Большинство людей с шизоидными чертами никогда не становятся психотическими (шизофрениками). Шизоиды - это амбивалентные конфликтные личности, у которых грубость и холодность сочетается со сверхчувствительностью. Этим людям свойственна эмоциональная холодность, неспособность проявлять нежные чувства, а также гнев по отношению к другим людям. Однако они очень ранимы к повседневным жизненным трудностям. Внешне "толстокожие", шизоидные личности имеют эмоционально богатый внутренний мир. Просто они испытывают выраженное нежелание иметь близкие отношения с окружающими, не испытывают радости от таких отношений. Это распространяется даже на отношения с членами семьи. Именно повышенная чувствительность и ранимость приводит их к защитной аутистической реакции, замыканий в своем внутреннем мире и к сложным вспышкам ярости при нарушении их увеличенного личностного пространства. Общение их утомляет, что заставляет их быть активно холодными и бесстрастными в отношениях, ограничивать свои интересы на ограниченном круге деятельности,

которую они предпочитают выполнять индивидуально. Шизоидным личностям свойственны слабая ответная реакция и на похвалу, и на критику; незначительный интерес к сексуальным контактам (в зависимости от возраста), повышенная озабоченность фантазиями и самокопанием. У них мало близких друзей или приятелей, и они не стремятся к развитию общения с другими, страдая от изолированности, робости и склонности скрывать интимные стороны своего "Я". В межличностных отношениях шизоидные личности склонны к внезапным разрывам контактов. Часто они впадают в морализаторство или фанатическую религиозность.

Шизоидное расстройство личности, по-видимому, берет начало в эмоционально и когнитивно неудовлетворительных детско-родительских отношениях в младенчестве. Эмоциональная неудовлетворенность заключается в недостаточности позитивных эмоциональных подкреплений поведения ребенка со стороны матери. Когнитивная неудовлетворенность заключается в рассогласовании когнитивного и эмоционального аспектов общения матери с ребенком, т. е. в неадекватной передаче вербальной и невербальной информации об отношении матери к ребенку.

Шизотипические расстройства личности. Впервые возникающие в подростковом возрасте нарушения социального и межличностного взаимодействия, которые характеризуются дискомфортом, связанным с недостаточной способностью создавать тесные взаимоотношения с окружающими, когнитивными нарушениями (аномальное мышление), искажением восприятия и эксцентричностью поведения или внешнего вида. Главным признаком выступает чудаковатое поведение, которое сопровождается неадекватными или сдержанными аффектами (выглядят эмоционально холодными и отрешенными). Они плохо контактируют с другими, стремясь к социальной отгороженности. Склонны к магическому мышлению, подозрительности. Иногда возникают навязчивые размышления и нарушения восприятия (иллюзии, галлюцинации).

Аномалии мышления проявляются в аморфности, обстоятельности, избыточной метафоричности и детализации, вычурности речи. Однако разорванности мышления нет. Иногда вычурное поведение может сопровождаться стойкими обсессивно-фобическими или истерическими реакциями, поведенческими штампами и инертностью [12].

Выделение шизотипических личностей в классе расстройств личности является спорным. В клинической психологии и психиатрии существует длительная традиция рассматривать это нарушение вслед за немецким психиатром Э. Блейлером не как личностное, а как вялотекущую шизофрению. Отказ от рассмотрения шизотипического расстройства в качестве шизофрении связан со стремлением снизить жесткий нормативизм традиционной клинической психологии, склонной рассматривать любое бросающееся в глаза отклонение от социальных норм в терминах тяжелого психического заболевания. Главным отличием шизотипического расстройства личности от шизофрении следует считать сохранение у этих людей чувства реальности.

Параноидные расстройства личности. Впервые возникающие в подростковом возрасте недоверие и подозрительность в отношении окружающих, которые сопровождаются интерпретацией действий последних как злонамеренных и направленных против этого человека. Чрезмерная чувствительность к неудачам и отказам; тенденция быть постоянно недовольным кем-то, отказ прощать, отношение свысока; подозрительность, тенденция искажать реальные действия других людей, интерпретируя их только как враждебные или презрительные. Параноидная личность озабочена сомнениями в лояльности и надежности друзей и коллег, считает, что другие угрожают ее репутации или будут использовать информацию против нее, сомневается в верности своего сексуального партнера. Она лишена чувства юмора и эмоционально ригидна. Затруднительные ситуации легко приводят к умышленной враждебности и агрессивности по отношению к партнерам. Имеет

воинственно-щепетильное отношение к вопросам, связанным с правами человека (без учета фактической ситуации); тенденцию к переживанию своей повышенной значимости (все относит на свой счет); поиск тайного смысла в происходящем.

Развитие параноидного расстройства личности, по-видимому, связано с жестоким обращением в детстве, слишком жесткими наказаниями и авторитарным стилем воспитания.

Демонстративные расстройства личности (с преобладанием нарушений в эмоциональной сфере).

Диссоциальные расстройства личности. Впервые возникают в возрасте до 15 лет как грубое несоответствие поведения доминирующими социальными нормами, игнорирование и нарушение прав окружающих. Уже в детстве у потенциально диссоциальной личности часты побеги из дома, кражи, прогулы уроков. К 15 годам отмечается употребление психоактивных веществ и желание прекратить учебу. Кульминация расстройства наступает в возрасте поздней юности. В целом диссоциальное расстройство проявляется в бессердечном отношении к чувствам других; безответственности, пренебрежении правилами и обязанностями; неспособности поддерживать взаимоотношения при отсутствии трудностей в установлении контактов. Диссоциальная личность имеет низкую устойчивость к фruстрациям и низкий порог разрядки агрессии. Она неспособна испытывать чувство вины и извлекать пользу из жизненного опыта (особенно - из наказания); имеет выраженную склонность обвинять окружающих или выдвигать благовидные объяснения своему антиобщественному поведению. Диссоциальная личность склонна к лжи, которая проявляется в частых и повторных обманах окружающих, стремлении получить из лжи личную выгоду или удовольствие. У таких людей нередко встречается безрассудное игнорирование личной безопасности и безопасности других людей, что повышает риск травматизации и насилиственной смерти, а также развития делинквентного

(противоправного) поведения [8].

Диссоциальные личности эмоционально неразвиты: у них не хватает готовности к сопереживанию и сочувствию, состраданию и благодарности. Из-за этого они склонны к садизму и насилию (не всегда, однако, достигающих криминального уровня).

Развитие диссоциального расстройства личности связано с ранней потерей родителей, недостатком заботы и внимания матери, антиобщественным поведением отца, непоследовательными (противоречивыми) отношениями между родителями, недостаточными эмоциональными связями между родителями и ребенком.

Эмоционально неустойчивые расстройства личности заключаются в ярко выраженной тенденции действовать импульсивно, без учета последствий. Характерной чертой является неустойчивость настроения (легкость возникновения гнева) и повышенная возбудимость, что легко провоцирует у таких людей поведенческие взрывы и агрессию в тех случаях, когда окружающие выказывают свое неодобрение чрезмерной спонтанностью поведения эмоционально неустойчивых лиц или противодействуют им. Последствия своего поведения такие личности обычно не могут предвидеть, поэтому действуют импульсивно в соответствии только с изменчивым настроением без учета ситуации социального взаимодействия. Выделяют две разновидности эмоционально неустойчивого расстройства личности (импульсивная и пограничная личность), которые объединяет общая основа: импульсивность и отсутствие самоконтроля [11].

Импульсивный тип эмоционально неустойчивого расстройства личности проявляется в слабости контроля над поведением, вспышках агрессии и неоправданной жестокости в ответ на осуждение окружающими. Этот тип также называется "возбудимым (агрессивным, эксплозивным)". Возбудимые люди склонны к аффективным взрывам, сила которых не соответствует вызвавшему реакцию поводу. Аффект не

сдерживается или сдерживается слабо, поэтому он быстро воплощается в наступательное агрессивное поведение, имеющее цель аффективной разрядки, после которой наступают сожаление и раскаяние. Между этими аффективными импульсами никаких других нарушений личностного функционирования не отмечается. Нередко провоцирующим фактором возбуждения для таких людей является алкоголь.

Развитие импульсивного типа эмоционально неустойчивого расстройства личности происходит на фоне незначительных органических повреждений мозга в раннем детстве, благодаря которым формируется повышенная готовность к аффективным приступам при неразвитости тормозных процессов. Вместе с тем эта органическая особенность актуализируется при наличии в психике неосознаваемых побудительных импульсов - вытесненных агрессивных устремлений.

Пограничный тип эмоционально-неустойчивого расстройства личности наряду с эмоциональной неустойчивостью включает тотальные искажения образа "Я" (личностная неопределенность, нестабильность самооценки и неуверенность в своих желаниях, предпочтениях, ценностях и т. п.). Содержание и направленность намерений и предпочтений (в том числе - сексуальных) пограничной личности неопределенны и часто непонятны окружающим людям и кажутся им странными. Поэтому межличностные отношения людей с пограничными расстройствами нестабильные и напряженные: они все время колеблются между идеализацией и обесцениванием своих партнеров и не могут понять, какие же чувства они на самом деле испытывают к ним. Нередко все люди разделяются ими на тех, кому человек с пограничным расстройством личности нравится, и тех, кто его ненавидит. Тем, кто, как кажется пограничной личности, позитивно относится к нему, пограничная личность приписывает разнообразные идеальные качества и стремится к разнообразному общению с ними. Человек как бы балансирует на грани сохранения адекватности реальным ситуациям взаимодействия. Ему

кажется, что близкие люди могут скоро разорвать с ним всякие отношения, что приводит к неистовым попыткам избежать этого "неизбежного конца" (мнимого или реального). Неустойчивость межличностных отношений приводит к эмоциональным кризисам, выраженным колебаниям настроения (например, человек эпизодически впадает в глубокое уныние, озлобленность, гневливость или начинает испытывать сильную тревогу о своем будущем), постоянному ощущению опустошенности жизни. Эмоциональная нестабильность может проявляться в импульсивных потенциально саморазрушительных действиях (в том числе - постоянное желание участия в драках, угрозы покончить с собой), навязчивых желаниях и зависимостях (например, бездумная траты денег, бесконечная и бесцельная смена сексуальных партнеров, пренебрежение правилами, переедание, злоупотребление психоактивными веществами и т. д.).

Развитие пограничного расстройства личности связано с органическими нарушениями, обусловленными повреждением головного мозга в перинатальном периоде, травмами или заболеваниями головного мозга, вызывающими нарушения в деятельности лобных долей. Эти органические поражения актуализируются в условиях отсутствия родительской заботы в детстве, сложных семейных отношений, а также под действием ситуаций физического или сексуального насилия (особенно в детстве).

Истерические расстройства личности. Впервые возникают в подростковом возрасте в виде чрезмерной эмоциональности и стремления привлекать к себе внимание. При истерическом расстройстве личность вместо истинных переживаний стремится демонстрировать "художественно более выраженные", театральные эмоции. Она склонна к самодраматизации и драматизации происходящего. Истерическая личность ощущает сильный эмоциональный дискомфорт в ситуациях, когда на нее не обращают внимания. Ее отношения с окружающими часто полны неуместных проявлений сексуальности (во внешности или в поведении).

Такой человек чрезмерно озабочен своей физической привлекательностью, склонен трактовать возникающие отношения как более интимные, чем это есть на самом деле. Речь истерической личности чрезвычайно выразительна, но неточна. Такой человек обладает повышенной внушаемостью и подвержен влиянию окружающих. Эмоции лабильны и поверхностны, а сама личность стремится к постоянному эмоциональному возбуждению, у нее имеется своеобразная жажда переживаний и жажда контактов, могущих их дать. Поэтому истерические личности легко и быстро завязывают поверхностные знакомства, склонны приспосабливаться к мнению окружающих и манипулировать ими в своих целях. Из-за выраженной манипулятивности общения и недоверчивости им сложно устанавливать глубокие и прочные связи. При этом потребность в контактах чрезвычайная. Истерическая личность никогда не отступает, пока не добьется внимания к себе. Она склонна навязываться, борясь за дружбу, даже если дружеские отношения и не устанавливаются или не удовлетворяют ее. Выраженное стремление к установлению контактов и слабая коммуникативная способность связаны с повышенной обидчивостью и дают повод к развитию конфликтных межличностных отношений.

Истерической личности сложно установить счастливые семейные отношения, потому что она стремится к полному подчинению партнера. Вместе с тем истерические расстройства способствуют ранним и поспешным бракам, которые оказываются недолговечными. Впрочем, повторные браки по характеру отношений не отличаются от первого [9].

Следует различать истерическое расстройство личности от истерических конверсионных реакций, в которых преобладают соматические, а не эмоциональные нарушения. Конверсионные истерические реакции могут встречаться у любого человека, не обладающего истерическим расстройством.

Основа для развития истерического расстройства закладывается в

возрасте приблизительно между четырьмя и шестью годами, когда ребенок сталкивается с несовпадением желаний и возможностей. Провоцирующим фактором развития истерического расстройства личности становится воспитание ребенка по типу "кумир семьи" или потворствующая гиперопека, когда родители балуют ребенка, оставляют его наедине со стойкими желаниями, направленными только на свои собственные потребности без учета реальных возможностей.

С возрастом истерические формы поведения ослабевают, уступая место ипохондрическим страхам и депрессиям.

Тревожно-астенические расстройства личности (с преобладанием нарушений волевой сферы).

Ананкастные расстройства личности. Возникающая в подростковом возрасте чрезмерная озабоченность порядком, стремление к совершенству, организованности и контролю (озабоченность обязательным соблюдением правил, порядка, графика). У ананкастной личности имеется склонность к формированию навязчивого желания проявлять сверхточность и перфекционизм, быть чрезмерно добросовестным в ущерб межличностным связям и отношениям. Человек настолько оказывается связанным работой, что исключает возможность отдыха и дружеского общения (даже если его финансовое положение позволяет отдохнуть). Стремление к перфекционизму мешает таким людям успешно завершать поставленные задачи: они никак не могут остановиться, считая, что сделали еще не все возможное, чтобы задача была решена как можно лучше, все время сомневаются в правильности и совершенстве уже принятого решения. Со склонностью к перфекционизму у них связана повышенная педантичность и приверженность социальным нормам, упрямство и негибкость мышления (один раз установленное правило они меняют с большим трудом). К другим людям они проявляют настойчивые требования, чтобы и они все делали точно так же, как и ананкасты, не желая предоставлять им свободу действий в выполнении заданий.

При ананкастном расстройстве личности человеку очень сложно избавляться от совершенно ненужных вещей, даже если они не связаны с приятными воспоминаниями. Они сохраняют их просто потому, что опасаются нарушения установленного порядка. Такое же отношение человек проявляет и к деньгам (примером ананкастной личности может быть такой литературный пример - скупой рыцарь, чахнущий над сундуком с золотом).

Нередко людей с ананкастным расстройством очень ценят за надежность, однако сами они являются рабами своей чрезмерной совестливости, скорее вступая в психологический конфликт с собой, чем с окружающими. Характеристика ананкастной личности напоминает описанный З. Фрейдом анальный характер [4].

На самом деле организованность, порядок и правила призваны освободить деятельность человека от решения банальных вопросов повседневной жизни, высвобождая время для решения серьезных проблем. Однако чем меньше уверена в себе и менее решительна личность, тем больше она нуждается в таком признаке, как заорганизованность жизнедеятельности: чем меньше человек, по своим представлениям о себе, может достичь в жизни, тем больше он стремится к упорядочению широкого круга процессов, в которые он может быть вовлечен, и хочет поддерживать (никогда не меняя) установившийся порядок.

Провоцирующим фактором здесь выступает такой стиль детско-родительских отношений, при которых к ребенку предъявляются завышенные требования и применяются жесткие санкции за несоблюдение установленных правил.

Расстройство уклоняющейся и избегающей личности. Впервые проявляется в подростковом возрасте в стремлении ограничить социальные контакты из-за ощущения собственной неполноты и сверхчувствительности к отрицательным оценкам и критике со стороны окружающих. Такая личность испытывает постоянное общее чувство

напряженности, тяжелые предчувствия, вызванные представлениями о своей социальной неспособности, личностной непривлекательности, приниженность по отношению к другим. При расстройстве уклоняющейся и избегающей личности человек не желает вступать ни в какие взаимоотношения без гарантий понравиться из-за страха перед упреками или насмешками со стороны партнеров. Гипертрофированное чувство собственной неполноценности заставляет уклоняющуюся личность подавлять возникающие в межличностных отношениях эмоции, особенно при общении с малознакомыми людьми. Страх критики и отвержения заставляет ее уклоняться от социальной или профессиональной деятельности, связанной с межличностными контактами и общением. Опасение оказаться в затруднительном положении заставляет уклоняющуюся личность отказываться от интересных предложений о новом виде деятельности, особенно связанном с ответственностью. Все это приводит к формированию ограниченного жизненного уклада.

Уклоняющиеся личности не проявляют настойчивости, скрывают свою злость, которую носят в себе долго и тяжело. Отрицательные переживания не вытесняются, а сохраняются, не проявляясь вовне. Поэтому они склонны к застrevанию на аффекте. При значительном застое аффекта у них случаются внезапные и сильные взрывы поведения.

Уклоняющиеся личности в общем коммуникабельны, но пассивны в общении. Очень долго выбирают себе партнеров. Профессию они часто выбирают по принципу компенсации чувства неполноценности.

Литературным примером уклоняющейся личности может служить "гадкий утенок".

Провоцирующим фактором развития такого расстройства является воспитание в неполной семье, когда одинокая мать пытается вопреки реальности идеализировать отца в глазах ребенка или заменить отца (ребенок в этом случае выполняет символическую роль супруга). Одинокая мать старается привязать к себе ребенка, чрезмерно оберегает

Предрасполагающими факторами можно считать чрезмерную родительскую заботу или ее полное отсутствие (по причине физической утраты родителей или их невнимательного, безразличного отношения к своему ребенку), а также наличие в детстве тревожного расстройства, вызванного разлукой. Чрезмерная забота блокирует развитие инициативности и активности во взаимоотношениях с окружающими и формирует "выученную беспомощность". Отсутствие родительской заботы формирует тотальную неуверенность в себе и стремление во что бы то ни стало получить признание других людей, от которых можно получить необходимую помощь и поддержку [6].

1.3 Личностные расстройства при черепно-мозговых травмах

Психические расстройства при черепно-мозговых травмах принято соотносить соответствующими этапами развития травматического заболевания:

- 1) психические нарушения начального периода, проявляющиеся преимущественно расстройствами сознания (оглушение, сопор, кома) и последующей астенией;
- 2) подострые или затяжные психозы, возникающие непосредственно после травмы головного мозга в начальный и острый периоды;
- 3) подострые или затяжные травматические психозы, являющиеся продолжением острых психозов или впервые появляющиеся спустя несколько месяцев после травмы;
- 4) психические нарушения отдаленного периода черепно-мозговой травмы (отдаленные, или резидуальные последствия), появляющиеся впервые спустя несколько лет или же вытекающие из более ранних психических расстройств [13].

Психические нарушения, возникающие во время травмы или

сразу после нее, обычно проявляются той или иной степенью выключения сознания (оглушение, сопор, кома), что соответствует тяжести черепно-мозговой травмы. Утрата сознания наблюдается обычно при сотрясении и ушибе головного мозга. При возвращении сознания у больного отмечается выпадение из памяти определенного отрезка времени - следующего за травмой, а нередко - и предшествующего травме. Длительность этого периода различна - от нескольких минут до нескольких месяцев. Воспоминания о событиях восстанавливается не сразу и не полно а в ряде случаев - лишь в результате лечения. После каждой травмы с нарушением сознания отмечается посттравматическая астения с преобладанием либо раздражительности, либо истощаемости. При первом варианте больные становятся легки возбудимыми, чувствительными к различным раздражителям, с жалобами на поверхностный сон с кошмарными сновидениями. Второй вариант характеризуется снижением желаний, активности, работоспособности, вялостью. Часто бывают жалобы на головную боль, тошноту, рвоту, головокружение, шаткость походки, а также колебания АД, сердцебиение, потливость, слюнотечение, очаговые неврологические нарушения.

Острые травматические психозы развиваются в первые дни после перенесенной закрытой черепно-мозговой травмы, чаще при ушибах, чем при сотрясениях мозга. По клинической картине эти психозы сходны с таковыми при соматических болезнях и проявляются, главным образом, синдромами помрачения сознания, а также расстройствами памяти и вестибулярными нарушениями. Наиболее частой формой травматических психозов является сумеречное помрачение сознания, продолжительность которого может быть от нескольких часов до нескольких дней и даже недель. Возникает, как правило, после кратковременного периода прояснения сознания и действия дополнительных вредностей (прием алкоголя, преждевременная транспортировка и др.). Клиническая картина сумеречного помрачения сознания различна. В одних случаях больной

полностью дезориентирован, возбужден, куда-то стремится, мечется, на вопросы не отвечает. Речь отрывочная, непоследовательная, состоит из отдельных слов и выкриков. При галлюцинациях и бреде больной становится злым, агрессивным, может нападать на окружающих. В поведении может отмечаться некоторая детскость и нарочитость. Состояние может протекать с нарушением ориентировки, но без возбуждения. Оно проявляется в виде особой стойкой сонливости, из которой можно на некоторое время вывести больного, но как только раздражитель прекращает действовать, больной опять погружается в сон. Описаны сумеречные состояния с внешне упорядоченным поведением больных, которые совершали побеги, правонарушения и в дальнейшем совершенно не помнили о своих действиях [14].

Второй по частоте формой помрачения сознания является делирий, который развивается через несколько дней после восстановления сознания при воздействии дополнительных вредностей (существует мнение, что делирий обычно возникает у лиц, злоупотребляющих алкоголем). Состояние обычно ухудшается вечером и ночью, а днем появляется ориентировка в месте и времени и даже критическое отношение к своему состоянию (светлые промежутки). Длительность психоза от нескольких дней до 2 недель. Ведущими в клинической картине являются зрительные галлюцинации - надвигающиеся толпы людей, крупные животные, машины. Больной в тревоге, страхе, пытается бежать, спасаться или предпринимает оборонительные действия, нападает. Воспоминания о пережитом фрагментарны. Психоз либо заканчивается выздоровлением после длительного сна, либо переходит в другое состояние с грубыми нарушениями памяти - Корсаковский синдром.

Онейроидное состояние встречается сравнительно редко. Онейроид развивается обычно впервые дни острого периода на фоне сонливости и обездвиженности. Больные наблюдают галлюцинаторные сцены, в которых фантастические события перемежаются с обыденными.

необходимых условиях существования. Память обычно нарушена.

Травматическая энцефалопатия с психопатизацией чаще формируется у лиц с патологическими чертами характера в преморбиде (до болезни) и выражается в истерических формах поведения и эксплозивных (взрывчатых) реакциях. У больного с истерическими особенностями личности выражена демонстративность в поведении, эгоизм и эгоцентризм: считает, что все силы близких должны быть направлены на лечение и уход за ним, настаивает, чтобы выполнялись все его желания и прихоти, так как он тяжело болен. У личностей с преимущественно возбудимыми чертами характера отмечаются грубость, конфликтность, злость, агрессивность, нарушения влечений. Такие больные склонны к злоупотреблению алкоголем, наркотиками. В состоянии опьянения устраивают драки, погромы, потом не могут воспроизвести в памяти содеянное.

Циклотимоподобные расстройства сочетаются либо с астенией, либо с психопатоподобными нарушениями и характеризуются колебаниями настроения в виде невыраженных депрессий и маний (субдепрессий и гипоманий). Субдепрессивные состояния сочетаются с дисфорией, страхом, тревогой, ипохондрией. Пониженное настроение обычно сопровождается плаксивостью, жалостью к себе, опасениями за собственное здоровье и упорным стремлением лечиться. Повышенное настроение отличается восторженностью, умиленностю со склонностью к слабодушию. Иногда отмечаются сверхценные идеи переоценки собственной личности и склонность к написанию жалоб в разные инстанции.

Травматическая эпилепсия возникает обычно через несколько лет после травмы. Встречаются большие и малые припадки, абсансы, сумеречное помрачение сознания, нарушения настроения в виде дисфории. При длительном течении болезни формируются эпилептические изменения личности [15].

Травматические психозы в период отдаленных последствий черепно-мозговой травмы нередко являются продолжением острых травматических психозов.

Аффективные психозы проявляются в виде периодически возникающих депрессий и маний (продолжительностью 1-3 месяца). Маниакальные приступы бывают чаще депрессивных и встречаются преимущественно у женщин. Депрессии сопровождаются слезливостью или мрачно-злобным настроением, вегетативно-сосудистыми пароксизмами и ипохондрической фиксацией на своем здоровье. Депрессия с тревогой и страхом часто сочетается с помраченным сознанием (легким оглушением, делириозными явлениями). Если депрессии часто предшествует психическая травма, то маниакальное состояние провоцируется приемом алкоголя. Приподнятое настроение то принимает вид эйфории и благодушия, то возбуждения с гневливостью, то дурачливости с напускным слабоумием и детским поведением. При тяжелом течении психоза возникает помрачение сознания типа сумеречного или аментивного, что прогностически менее благоприятно. Приступы психозов обычно похожи один на другой по своей клинической картине, как и другие пароксизмальные расстройства, и склонны к повторяемости.

Галлюцинаторно-бредовой психоз чаще встречается у мужчин после 40 лет, много лет спустя после травмы. Начало его обычно провоцируется оперативным вмешательством, приемом больших доз спиртного. Развивается остро, начинается с помрачения сознания, а затем ведущими становятся обманы слуха ("голоса") и бредовые идеи. Острый психоз обычно переходит в хронический.

Паранойальный психоз формируется, в отличие от предыдущего, постепенно, в течение многих лет и выражается в бредовой трактовке обстоятельств Получения травмы и последующих событий. Могут развиваться идеи отравления, преследования. У ряда лиц, особенно

злоупотребляющих алкоголем, формируется бред ревности. Течение хроническое (непрерывное, либо с частыми обострениями).

Травматическое слабоумие возникает примерно у 5 % лиц, перенесших черепно-мозговую травму. Чаще наблюдается как следствие тяжелых открытых черепно-мозговых травм с поражением лобных и височных долей. Травмы в детском и позднем возрасте вызывают более выраженные дефекты интеллекта. Способствуют развитию слабоумия повторные травмы, частые психозы, присоединяющиеся сосудистые поражения головного мозга, злоупотребление спиртными напитками. Основными признаками слабоумия являются нарушения памяти, снижение интересов и активности, расторможенность влечений, отсутствие критической оценки собственного состояния, назойливость и недопонимание ситуации, переоценка собственных возможностей [5].

Глава II. Патопсихологическое исследование личности после черепно-мозговой травмы

2.1 Нейропсихологическое и патопсихологическое исследование после черепно-мозговой травмы

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 проводилось с клиентом 02.12.2017 г. в первой половине дня.

Испытуемый Н., находящийся в состоянии, после перенесенной черепно-мозговой травмы.

Испытуемый: Мужчина 05.08.1996 г.р. Возраст 21 год. Родился в г. Красноярске. Образование неоконченное высшее. Перенесенные заболевания: ларинготрахеит в 7 лет, в 4 года переболел серозным минингитом (снят с учета через 6 мес.).

В армии не служил, т.к. сразу после школы поступил в военно-инженерный институт.

Учился хорошо, занимался спортом (тяжелая атлетика, борьба), вел здоровый образ жизни. С 10 класса готовился к поступлению в военно-инженерный институт г.Красноярска.

06.04.2016 года получил открытую черепно-мозговую травму, выпав из окна второго этажа. Падение произошло головой вниз.

21.04.2016г. выписан с диагнозом: сочетанная травма, открытая проникающая ЧМТ. Ушиб головного мозга тяжелой степени тяжести. Перелом височной кости с переходом на основание черепа, через среднюю черепную ямку, с формированием внутре-черепной гематомы. Отоликворея справа, пневмоцефалия. Закрытая травма грудной клетки. Ушиб легких. Травматический шок II-III степени. Вывих акромиального конца правой ключицы.

На момент обследования клиент опрятен, чисто выбрит. Доброжелателен и вежлив. Чувствуется повышенная тревожность из-за предстоящего обследования. На протяжении беседы с переживанием отвечал на все вопросы. Ответы тщательно продумывал. Двигательная активность не нарушена, имеются небольшие изменения пропорции тела из-за перелома ключицы. Наблюдается быстрая истощаемость нервной системы, покраснение глаз, усталость (через полчаса после начала обследования). От обследования не отказывался, сказал, что сможет закончить.

Жалобы. Жалуется на то, что теперь не может заниматься спортом. Постоянно задает вопросы: «Что теперь со мной будет? Как я буду с этим жить? Станет мне лучше?» Испытывает головную боль, чувствует заторможенность, может проснуться ночью из-за нарастающей тревоги. Находится в постоянном чувстве тревоги за себя и свое будущее. Обвиняет маму, что это она родила его таким, проявляет по отношению к ней агрессию. Переживает, что очень видно шрам, что правая рука из-за неправильно сросшейся кости стала меньше.

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

Критика. Чрезмерно повышенная критичность к себе и

происходящему с ним.

Из разговора с родителями клиента: испытуемый находится в подавленном депрессивном состоянии, иногда проявляются вспышки агрессии, при которых испытуемый может резко ответить, обидеть. Проявляется нарушение сна (просыпается часто ночью от чувства тревоги).

Для проведения нейропсихологического исследования были применены методики на определение доминантности полушарий головного мозга, выявление нарушений ВПФ (гнозиса, праксиса, речи) [2].

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 верbalной 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 практические 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 зрительному 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 зрительному 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.).

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

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

Патопсихологическое исследование проводилось с клиентом через 2 дня 04.12.2017г. в первой половине дня.

Патопсихологическое исследование в основном включает в себя диагностику нарушения развития личности и нарушения психических процессов:

- расстройства восприятия;
- расстройства внимания;
- расстройства памяти;
- расстройства мышления;
- расстройства умственной работоспособности.

Были применены следующие методики:

1. Для диагностики памяти: «10 слов»; «10 картинок»; пересказ прочитанного рассказа.
2. Для диагностики мышления: «4-й лишний в картинках»; «Исключение лишнего в ряде слов».
3. Для диагностики восприятия: «Разрезанные картинки»; «Найди

отличия».

4. Для диагностики воображения: «Придумай рассказ по картинке».

5. Для диагностики индивидуальных особенностей и качеств личности: личностный опросник - онлайн MMPI; проективный рисуночный тест, «Несуществующее животное», интерпретированный интервью по рисунку.

2.2 Интерпретация и анализ результатов исследования

Проведя нейропсихологическое исследование и проанализировав полученные данные, мы получили следующие результаты:

После проявления проб на выявление латеральных предпочтений получили: доминирующей ногой, рукой 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 вербальной 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,ичесаться, 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.

Характеристика речевых процессов (чтения, письма). При исследовании экспрессивной и импрессивной речи заминок с пониманием и выполнением инструкций не наблюдалось. Наблюдалось замедленность действий. 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. Написание своего имени и фамилии тоже не вызвало затруднений.

С помощью метода «Простые и сложные аналогии» и «Исключение лишнего», сравнение понятий, понимание поговорок и выражений (пример: В свои сани не садись; Цыплят по осени считают; Умная голова и т.д.) исследовали интеллектуальную деятельность испытуемого. При предложении на понимание пословиц и поговорок все назвал правильно, но очень долго думал. Исключение лишнего справился в полном объеме. «Простые и сложные аналогии» справился плохо (Коровамолоко; Библиотека – Книги (верно читатель).

Вывод: таким образом, в ходе проведенного нами исследования высших психических функций нами было выявлено: гностические и праксические функции у испытуемого сохранны, произвольное внимание не нарушено, быстро переключается с одного задания на другое. При методике «Составь рассказ» испытуемый правильно нашел последовательность, но не смог составить хорошего рассказа. Составление рассказа с помощью наводящих вопросов экспериментатора. Нарушений

речи не выявлено.

Проведя патопсихологическое исследование и проанализировав полученные данные, мы получили следующие результаты:

Диагностика памяти:

- Слуховая память: методика «10 слов» (стена, стол, обед, счастье, суп, каша, письмо, сон, кофта, дождь). Ряд назван экспериментатором только в два повтора, испытуемый произвел повтор абсолютно безошибочно в названной последовательности. Методика «Пересказ прочитанного рассказа»: испытуемый в точной последовательности пересказывает прочитанный рассказ.

- Зрительная память: методика «15 картинок». Испытуемый воспроизводит девять картинок с третьей попытки.

Диагностика мышления:

- Методика «4-й лишний» выполнена безошибочно в полном объеме.
- Методика «Исключение лишнего в ряде слов» выполнена с затруднениями. Из предложенных ряда слов справился только на 40%.

Диагностика восприятия:

- Методика «Разрезанные картинки» (медведь) справился за 4 минуты.

- Методика «Найди отличия»: справился за 3,5 минуты.

Диагностика воображения:

- Методика «Придумай рассказ по картинке». Время составления рассказа 1,5 минуты. Оригинальность сюжета, разнообразие образов отсутствуют. Рассказ составлен на примитивном уровне, но суть улавливается.

Диагностика индивидуальных особенностей и качеств личности:

1. Миннесотский многопрофильный опросник личности (MMPI):

Первая клиническая шкала (невротического сверхконтроля/ ипохондричности): 58Т. Повышенная склонность к контролю своих эмоций, гиперсоциальность установок.

Вторая клиническая шкала (депрессии): 58Т. Повышенный уровень снижения настроения, опечаленность, удрученность собственным положением, желание уйти от решения сложных жизненных ситуаций. Но клинической выраженности нет.

Третья клиническая шкала (Эмоциональной лабильности/истерии): 40Т. Отсутствуют истерические черты поведения; демонстративность; эгоцентризм.

Четвертая клиническая шкала (Социальной дезадаптации/психопатии): 58 Т. Обнаружение черт склонности к импульсивности, конфликтности.

Пятая клиническая шкала (мужественность/женственность): 40Т. Выраженные свойства, характерные мужскому типу.

Шестая клиническая шкала (аффективной ригидности/паранойи): 58Т. Застревание на отрицательных переживаниях, обидчивость, склонность к прямоте в общении.

Седьмая клиническая шкала (тревога/психостения): 60Т. Выраженность психостенических черт характера.

Восьмая клиническая шкала (индивидуалистичности/аутизма/шизофрении): 78Т. Выраженная дезорганизация поведения, снижение реалистичности, склонность к аутистическому типу мышления.

Девятая клиническая шкала (оптимизма/гипомании): 56Т. Гипомания.

Десятая клиническая шкала (интра/экстраверсия): 48Т. Экстраверсия.

По данным опроса MMPI наблюдается депрессивный синдром психотического уровня (помимо черт раздражительной слабости, ранимости и чувства неполноценности, выделяет выраженная неуверенность в себе, нерешительность, склонность к постоянным сомнениям. Такие лица робки, плохо приспосабливаются к жизненным

обстоятельства. Примечательной особенностью психоастенических личностей является склонность к болезненному мудрствованию, в недостаточном чувстве реальности, отсутствии живости и яркости восприятия положительных событий, стремлении к самоанализу. У них преобладают абстрактные, оторванные от реальных фактов интеллектуальные построения. Они всегда сомневаются в верности своих поступков, редко довольны собой, склонны к бесплодной умственной работе. У них отмечается пассивная подчиняемость, повышенная внушаемость, недостаточность волевой сферы).

2.Проективный рисуночный тест «Несуществующее животное»:

Критерии оценки агрессии / агрессивности по рисуночному тесту «Несуществующее животное»

Фамилия, имя Н

Возраст 21 год

Дата обследования 04.12.2017г

№	Критерии	Баллы
1	Сильная, уверенная линия рисунка	1
2	Неаккуратность рисунка	0
3	Большое количество острых углов	2
4	Верхнее размещение углов	0
5	Крупное изображение	2
6	Голова повернута вправо или влево	1
7	Хвост поднят вверх	0
8	Угрожающее выражение	0
9	Угрожающая поза	0
10	Наличие орудий нападения (зубы, когти, рога)	1

сознании, не давая себе переключаться на проблемы, не относящиеся к стихотворению; собирание конструктора по образцу);

-тренировка мышления (наглядно-образное: проводить мыслительные процессы. Например, подсчитать количество квартир в доме и представить как они расположены или перевернуть английскую букву «N» на 90% и определить, что из нее получилось; воспроизвести в памяти образ встречи с друзьями и дать мысленно ответы на несколько вопросов: сколько человек было в компании, какая одежда была у них, о чем беседовали, в какой позе сидели, какой вкус еды ощущался?; описывать в словах различные объекты – летящего лебедя, сверкающую молнию, сосновый бор, зубную щетку, зарницу и т.д.; словесно-логическое мышление: засекать время 3 мин. И за это время написать максимальное количество слов, начинающихся на «ш», «ж», «ч» и «я»; читать словосочетания наоборот; выбирать из ряда слов неподходящие по смыслу; находить отличия между двумя словами; наглядно-действенное мышление: мысленно пробовать устанавливать площадь комнаты, дома; из спичек составлять равные фигуры; конструирование; игра в шахматы; логическое мышление: из ряда слов выбирать не подходящее по смыслу; игра «Крокодил»; творческое мышление: расширять кругозор; посещать театры, кинозалы; стараться делать что бы то ни было лучше других);

-тренировка воображения (визуализация; придумывать и создавать новые слова, назвать предмет по-новому; устный счет; просмотр немых фильмов; чтение; изучение схем и карт; придумывание историй по заданной теме);

- тренировка восприятия (собирание пазл, находить отличия в рисунках, со временем сокращая время выполнения);

-восстановление качеств личности (необходима консультация нейропсихолога, психиатра).

Выбор техники психологической реабилитации после ЧМТ с циклотимоподобным нарушением личности, сочетающимся с астенией:

Телесно-ориентированная. В данном случае проводится целый комплекс психологических мероприятий, направленных на подготовку к физической реабилитации, а также к преодолению болевого синдрома.

Когнитивная. Ставит себе цель прямого воздействия на мировосприятие больного, в результате чего он может изменить свою жизнь в лучшую сторону.

Поведенческая. Такая психотерапия необходима для осваивания новых правил поведения в сложившейся ситуации (в данном случае – в условиях посттравматического состояния пациента).

Суггестивная. Говоря другими словами, это внушающая психотерапия. Она может проводиться под видом сеансов гипноза, призыва, обеспечения пациента новыми жизненными целями, лозунгами и кредо.

Аутогенная. Такая психотерапия основывается на методике самовнушения, когда пациент самостоятельно учится корректировать свои чувства, отношение к окружающему миру, манеру общения и т. д.

Релаксационная. Направлена на снятие мышечного, дыхательного, умственного напряжения.

Групповая. Для лиц, перенесших такое серьезное состояние, как ЧМТ, в специализированных психологических школах и клиниках создаются целые группы. Таким способом преодоление существующих трудностей и проблем, происходящее в коллективе, помогает поддерживать положительный настрой, а также предотвращает развитие депрессивного состояния клиента.

2. В отдельных случаях черепно-мозговая травма может еще долго напоминать о себе в виде резкой боли, справиться с которой поможет физиотерапия. В частности, это касается:

- криотерапии, подразумевающей использование холода для «замораживания» очагов, где боль особенно интенсивна;
- магнитотерапии;

- сессий массажа;
- кинезотерапевтического аппарата Экзарта и др.

Все эти методики направлены на купирование боли и дискомфорта, причем в большинстве случаев они оказывают более продолжительный и ярко выраженный эффект, нежели применение медикаментозных обезболивающих препаратов.

3.Медикаментозная терапия. Консультация лечащего врача. Кратковременная лекарственная активизирующая терапия с использованием ноотропных средств, адаптогенов, комплекса витаминов с аминокислотами, растительных седативных препаратов;

4.Лечебная физкультура: групповые занятия, при проведении которых необходимо соблюдать следующие требования: не допускать гипервентиляции, которая может спровоцировать у клиента эпилептические припадки, и продолжительных задержек дыхания на вдохе, натуживаний, повышающих внутричерепное давление; механотерапия с использованием блоковых и маятниковых тренажеров.

4. Физиотерапия: жемчужные, кислородные, хвойные ванны (при давности ЧМТ более 1 месяца)

4.Семейное консультирование и поддержка семьи. Рекомендации: знать об особенностях посттравматического состояния как можно больше и владеть навыками ухода за пациентом с личностным расстройством цикломидоподобного типа. Для его скорейшего выздоровления крайне важно создавать комфортную атмосферу.

Также немаловажным является правильный настрой, а именно, акцентировать, что положительная динамика от терапии уже проявились, и останавливаться на достигнутом нельзя. Психологическая поддержка со стороны квалифицированного специалиста помогает больному преодолеть трудности, в том числе и касающиеся того, как окружающий мир его воспримет после перенесенной им травмы.

Заключение

Соответственно заданной цели и задачам исследования нами был проведен теоретический анализ психологической и медицинской литературы по нарушениям личности после черепно-мозговых травм, определены ключевые моменты нейропсихологического и патопсихологического исследования.

Для нашего исследования мы выбрали изучение особенностей личностных расстройств после ЧМТ.

В рамках данного исследования, на основе нейропсихологических и патопсихологических методик, мы выявили нарушение личности у испытуемого, дали общие рекомендации для испытуемого после ЧМТ.

Нами было организовано и проведено практическое исследование нейропсихологического и патопсихологического состояния клиента.

На основании обобщения результатов проведенного исследования и их интерпретации были сделаны следующие выводы: у испытуемого наблюдаются нарушение личности циклотимоподобного типа, сочетающееся с астенией. Гнозис и праксис не нарушены.

Гипотеза, выдвинутая нами в начале исследования, подтвердилась полностью.

Практическая значимость нашего исследования очевидна. После нашего исследования и беседы, испытуемый активно занимается восстановлением психических процессов, записан на прием к нейропсихологу.

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>

12. Одинак, М. М Загрядский, П. В., Емельянов, А. Ю., Попов, Е. А. Реабилитация при травмах и заболеваниях нервной системы// Медицинская реабилитация раненых и больных [Текст]: Под ред. Ю. Н. Шанина. – СПб.: СпецЛит, 1997, – 286-295с.

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

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

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