

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

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ
РАБОТА

ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИЦ
С ПОСТИНСУЛЬТНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ

Выполнила: Сереброва О.В.
Научный руководитель:
канд. пед. наук. Суворова Н. В.



Красноярск 2017

Реферат

Выпускная квалификационная работа 41 стр., рисунков 11, таблица 1, источников 15, приложение 1.

В рамках исследовательской работы предпринята попытка разработки комплекса патопсихологических методик, позволяющих как можно более объективно оценить нарушение ВПФ и определить ведущий и сопутствующий патопсихологические синдромы у лиц, перенесших инсульты.

Данное обстоятельство представляется весьма важным в рамках реабилитации таких больных.

Ключевые слова - инсульт, нарушение высших психических функций (ВПФ), патопсихологические синдромы, патопсихологическое исследование.

Цель исследования: изучить особенности нарушения высших психических функций у лиц, перенесших инсульт.

Предмет исследования: патопсихологические синдромы при постинсультных состояниях.

Были разработаны рекомендации по восстановлению ВПФ после перенесенного инсульта.

Содержание

Введение.....	3
Глава 1. Теоретическое исследование постинсультных состояний.....	5
1.1. Постинсультные состояния как проблема клинической психологии.....	5
1.2. Патопсихологическая характеристика постинсультных состояний.....	8
1.3. Патопсихологическая структура экзогенно-органического синдрома при постинсультных состояниях.....	20
Глава 2. Патопсихологическое исследование лиц, перенесших инсульт.....	23
2.1. Обоснование компонентов патопсихологического исследования при постинсультных состояниях.....	23
2.2. Клиническая интерпретация результатов исследования.....	25
2.3 Рекомендации по восстановлению ВПФ после перенесенного инсульта.....	35
Заключение.....	38
Список литературы.....	39
Приложение.....	41

Введение

Проблема лечения и реабилитации больных, перенёсших инсульт, является одной из самых актуальных и сложных в медицине и клинической психологии.

Каждые полторы минуты в России происходит один инсульт, а за год жертвами инсульта в стране становятся 450 тысяч человек. Примерно 40% инсультов влекут нарушения высших психических функций (ВПФ) (в том числе речи), которые, как правило, сочетаются с нарушениями движений в конечностях, что в большинстве случаев приводит к инвалидизации [1; 2; 5]. Одна из причин этого – несвоевременное оказание помощи, которая необходима пациентам. Промедление и игнорирование признаков инсульта может привести к непоправимым последствиям.

В результате значительных социально-экономических перемен, произошедших в России за последний период, сохранение и дальнейшее развитие профилактического направления отечественной медицины не только не утратило своей актуальности, но приобрело еще большую значимость. Это потребовало разработки новых организационных профилактических мероприятий. Программа психологического сопровождения пациента после инсульта должна быть системной и комплексной, направленной на формирование социально-психологической адаптации в болезни, в преодолении эмоционально-волевых нарушений, стрессовых факторов болезни, инвалидизации и социальной депривации. Системный и целостный подход к личности пациента с инсультом позволяет повысить эффективность лечения и реабилитации.

Всё это говорит нам о том, что необходимость клинического психолога в нейрососудистом отделении есть, причем очень острая. Дуэт из врача и клинического психолога будет служить залогом правильно составленной коррекции, которая будет служить залогом эффективного восстановления и улучшения качества жизни пациента.

С учетом выше изложенного актуальность изучаемой проблемы трудно переоценить.

Цель исследования: изучить особенности нарушения высших психических функций у лиц, перенесших инсульт.

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

1. Провести теоретический анализ нарушений высших психических функций у лиц, перенесших инсульт.
2. Провести патопсихологическое исследование у лиц, перенесших инсульт.
3. Выделить ведущий и сопутствующий патопсихологические синдромы у лиц, перенесших инсульт, на основании патопсихологического исследования.
4. Проинтерпретировать результаты исследования, сформулировать вывод.
5. Разработать рекомендации.

Объект исследования: нарушение ВПФ при постинсультных состояниях.

Предмет исследования: патопсихологические синдромы при постинсультных состояниях.

Гипотеза: предполагаем, что экзогенно-органический синдром является ведущим у лиц, перенесших инсульт.

I Теоретическое исследование постинсультных состояний

1.1. Постинсультные состояния как проблема клинической психологии.

Инсульт головного мозга — это непростое испытание как для самого больного, так и для его близких. Но при правильном подходе возможна максимальная реабилитация. Проведение патопсихологического исследования является подспорьем для установления диагноза, оно помогает в выявлении нарушений в мышлении, личностной сфере, умственной работоспособности, а также определяет сохранные психические функции, которые становятся основой для проведения коррекционных и реабилитационных мероприятий.

Для быстрой диагностики в отделении неврологии, из-за ограничения во времени, часто применяются чувствительные экспресс-методики, но по возможности, для повышения уровня информативности, качества и точности нейропсихологической диагностики, в том случае, если позволяет состояние пациента, важно использовать расширенный пакет патопсихологических и нейропсихологических тестов.

По данным регистра инсульта НИИ неврологии РАМН, к концу первого месяца на основные последствия инсульта приходятся: 1) двигательные нарушения - 81%, 2) речевые нарушения: афазия - 35,9%, дизартрия - 13,4%; 3) когнитивные нарушения (снижение памяти, внимания, интеллекта) - 26% и 4) эмоционально-волевые (депрессия, снижение активности) - 20-60 % нарушений [15].

Не менее сложной и актуальной задачей является реабилитация больных, перенесших инсульт.

Отсутствие своевременного восстановительного лечения ведет к возникновению необратимых анатомических и функциональных изменений и нарушению психоэмоционального статуса пациента. Наиболее очевидными последствиями инсульта являются физические, однако в некоторых случаях не менее важными становятся психологические, когнитивные и социальные проблемы. Поэтому реабилитация, целью которой является уменьшение до минимума патологического воздействия инсульта на пациента и его жизнь, должна быть направлена на решение всех перечисленных проблем.

В настоящее время психологи привлекаются к реабилитационной работе, после того как миновал острый период заболевания. Это дает значимый эффект. Но есть основание полагать, что эффект может

возрасти, если психологи будут начинать свою реабилитационную деятельность сразу после поступления больного в лечебное учреждение, в остром периоде болезни.

Инсульт – острое нарушение мозгового кровообращение, которое приводит к повреждению и отмиранию нейронов головного мозга. При закупорке кровеносного сосуда тромбом возникает ишемический инсульт, а при разрыве сосуда – геморрагический. Ишемический инсульт происходит гораздо чаще, чем геморрагический.

Повреждение и отмирание нервных клеток приводит к утрате и ослаблению ряда функций в организме, например, нарушениям речи и параличу. Некоторые функции со временем восстанавливаются, другие же не удается нормализовать никогда. Большинство пациентов, перенесших инсульт, нуждаются в длительной реабилитации. Чем быстрее человека с инсультом доставили в больницу и оказали помочь, тем выше вероятность восстановиться.

Существует простой и быстрый тест, который помогает диагностировать инсульт. Человека, у которого подозревается заболевание, нужно попросить выполнить три несложных действия:

Улыбнуться – улыбка и лицо должны быть симметричными

Поднять обе руки – одна или обе руки не должны непроизвольно опускаться

Повторить несложное предложение или собственное имя – речь не должна быть невнятной и спутанной

Обнаружение хотя бы одного подозрительного симптома, которые могут появиться внезапно – причина для срочного вызова «скорой» и доставки пациента в больницу. При ишемическом инсульте больному необходимо ввести растворяющие тромбы препараты, а при геморрагическом – провести операцию по устранению последствий кровотечения. Сделать это желательно в течение 3-4,5 часов после появления первых симптомов.

Пациент, у которого случился инсульт, часто не может удерживать предметы в руках или затрудняется при выполнении простых действий, хотя ранее никаких сложностей с ними у него не возникало. Он роняет пульт от телевизора и мобильный телефон, не может печатать на клавиатуре или застегивать пуговицы. Если такое поведение кажется странным, то тест на поднятие рук подтвердит подозрения.

Инсульт приводит к тому, что пациентам становится сложно сохранять баланс не только при ходьбе, но и в стоячем положении.

фрагментарность восприятия пространственно ориентированных объектов, нарушение топографической памяти с не узнаванием знакомой улицы, комнаты, «игнорирование» левой части зрительного пространства.

Слуховая агнозия (преимущественно очаговые поражения верхней височной извилины справа). Характерны трудности узнавания предметных звуков (шорох сминаемой бумаги, постукивание мелом по доске или ложечкой при помешивании чая в чашке, гудок паровоза и др.). При нерезкой речевой слуховой агнозии (поражение зоны Вернике) возникают трудности узнавания звуков родной речи и тем самым понимания слышимой речи с отчуждением смысла слов и трудностями повторения.

Тактильно кинестетическая агнозия, или астереогнозия (преимущественно левополушарные теменные очаговые поражения). Характерны двусторонние трудности узнавания путем ощупывания мелких предметов (ключ, пуговица, монета).

Агнозия на лица (правополушарные или преимущественно правополушарные нижне-затылочные очаговые поражения). Характерны трудности узнавания знакомых лиц, в том числе их фотографий.

Аутотопагнозия (разновидность расстройства схемы тела) – нарушено узнавание собственного тела и его частей. Больной путает правую и левую стороны, утверждает, что у него много рук или ног (полимелия), что его голова или конечности изменены по величине и форме. Возможна агнозия пальцев – невозможность отличить один палец от другого (например, II, III, IV пальцы). Могут наблюдаться неосознание и отрицание своего двигательного, зрительного и других дефектов (анозогнозия). Расстройство схемы тела наиболее ярко проявляется при поражении теменной области коры правого полушария (поля 39, 40).

Апраксия – это нарушение целенаправленного действия при сохранности составляющих его элементарных движений. Возникает при очаговых поражениях коры полушарий большого мозга или проводящих путей мозолистого тела [7].

Основными факторами, необходимыми для осуществления праксиса, являются:

- 1) сохранность кинестетической (афферентной) основы движений;
- 2) сохранность кинетической (эфферентной) основы;

- 3) сохранность зрительно пространственных координат;
- 4) процесс программирования, контроля в организации целенаправленных движений и действий.

В реализации этих предпосылок принимают участие разные области полушарий большого мозга, и функциональная система праксиса включает много корковых зон (префронтальные, премоторные поля – поля 6, 8; постцентральные отделы, поля 39, 40). При повреждении того или иного участка функциональной системы нарушается один из факторов и возникает апраксия. На выделении подобных факторов, составляющих основу нарушений, и базируется классификация апраксий по А.Р. Лурия. Так, выделяются апраксия позы и оральная апраксия при повреждении постцентральных отделов полушарий большого мозга, динамическая апраксия при повреждении премоторных отделов мозга, пространственная апраксия и конструктивная апраксия при повреждении нижней теменной доли (поля 39, 40) и, наконец, лобная апраксия, возникающая при повреждении полюсов лобных долей мозга.

При повреждении постцентральных отделов мозга (поля 1, 2, 3, 5 и частично 7) нарушается кинестетическая основа движений, возникают трудности в направлении дифференцированных импульсов к соответствующим мышцам – апраксия позы. Затруднено воспроизведение различных положений пальцев руки по заданному образцу. Такие же трудности больной испытывает, пытаясь, например, поместить язык между верхней губой и зубами – оральная апраксия. При поражениях левого (у правшей) полушария эти симптомы сочетаются с афферентной моторной афазией и афферентной аграфией (в письме, как и в речи больных, происходят замены близких по произношению артикулом, например, «л–н»), составляя синдром нарушения высших мозговых функций, характерный для поражения постцентральных отделов мозга [7].

Каждое движение и тем более действие представляют собой цепь последовательно сменяющих друг друга двигательных актов, требующих постоянного переключения иннервации с одних мышц на другие, т.е. денервации предыдущего двигательного стереотипа. Эти иннерваторно-денерваторные механизмы обеспечиваются премоторными отделами коры.

При повреждении премоторных отделов мозга (поля 6, 8, 44) затруднено выполнение серии движений (например, кулак – ладонь – ребро). Вследствие возникающих при этом персевераций проявляется динамическая апраксия, сочетающаяся с эфферентной моторной афазией и эфферентной аграфией при поражениях левого полушария.

Движения и действия совершаются в системе пространственных координат, которые распадаются при поражениях нижней теменной дольки (поля 39, 40). В этом случае возникает пространственная апраксия, которую можно выявить с помощью двуручных проб Хеда: больной путает фронтальную и сагиттальную плоскости, правую и левую стороны, затрудняется из отдельных частей построить геометрическую фигуру – треугольник, квадрат (конструктивная апраксия). В грубых случаях пространственной апраксии больной не может самостоятельно одеться (апраксия одевания), застелить постель, зажечь спичку, показать, как забивают гвозди молотком, как погрозить пальцем, как пригласить жестом, как помахать рукой при прощании. Синдром пространственных расстройств при поражениях левого полушария включает также семантическую афазию, акалькулию, алексию и аграфию. Нарушения чтения или письма в той или иной степени сопровождают разные формы афазий, что необходимо учитывать при дифференциации афазий и дизартрии. Однако при поражении поля 39 наблюдается изолированная алексия, иногда совместно с аграфией.

Особой формой является апраксия левой руки, возникающая вследствие нарушений проводящих путей мозолистого тела, в результате чего нервный импульс, формирующий задачу движения, не доходит до нижнетеменных отделов правого полушария. Это затрудняет выполнение нужного движения левой рукой при сохранении возможности выполнять движения правой рукой [7].

Распад целенаправленных движений и действий характеризует так называемую лобную апраксию при поражении полюсов лобных долей мозга. В этом случае у больного нарушается программа действия, отсутствует необходимый контроль его результатов. Подобная апраксия сочетается с нарушением адекватных форм поведения.

Кинестетическая апраксия, или апраксия позы (нижнетеменные очаговые поражения слева). Характерны трудности при воспроизведении заданных положений рук и пальцев, особенно при экранировании рук от зрительного контроля. Одновременно нередко наблюдаются аналогичные трудности в движениях губ, щек, языка (оральная кинестетическая апраксия) и искажение звучания согласных и гласных в составе слоговых единиц (артикуляторная кинестетическая апраксия).

Кинетическая апраксия (премоторные очаговые поражения лобной доли с вовлечением в процесс зоны Брука). Характерны двусторонние трудности воспроизведения последовательных комплексов движений рук (например, довести до конца строки ломаную

линию) с замедленностью движений, остановками, персеверациями и общим напряжением мышц. Нередко одновременно наблюдаются оральная кинетическая апраксия и артикуляторная кинетическая апраксия, ведущая к замедленной, напряженной, по слогам речи пониженней разборчивости.

Пространственная апраксия (преимущественно нижнетеменные и теменно-затылочные очаговые поражения слева). Характерны расстройства пространственно ориентированных движений и действий, например, в пробах Хеда с воспроизведением движений рук психолога, стоящего напротив больного, при задании нарисовать план комнаты и т.д.

Апраксия одевания (преимущественно теменные и теменно-затылочные очаги поражения правого полушария). Характерны трудности при надевании верхней одежды, ботинок и т.д.

Еще одним нарушением высших психических функций является нарушение памяти. Память как высшую психическую функцию можно определить, как свойство центральной нервной системы усваивать из опыта информацию, сохранять ее и использовать при решении актуальных задач.

Выделяют следующие механизмы памяти: запоминание (регистрация), хранение информации (ретенция) и воспроизведение.

Запоминание представляет собой два последовательных процесса: обработка информации (кодирование) и консолидация следа. Смысловая обработка, предшествующая долговременному запоминанию информации, невозможна без обращения к семантической памяти. При этом то или иное явление вначале распознается, а затем получает пространственно-временные координаты, что является необходимым условием для запоминания его как события [11].

Воспроизведение информации, как и ее усвоение, является активным когнитивным процессом, состоящим из нескольких этапов. Во-первых, осуществляется поиск нужного следа. Появление новой информации, особенно информации близкой по своим характеристикам к предшествующей, делает отыскание нужного материала значительно более сложным. После отыскания нужного следа происходит его декодирование – процесс, аналогичный кодированию информации, но имеющий противоположное направление. Затем полученная информация сверяется с требованиями задания. Воспроизведение информации может быть активным либо иметь вид узнавания предъявляемого стимула. В

последнем случае не происходит активного поиска следа и декодирования информации [14].

Амнезия – нарушение памяти, проявляющееся неспособностью воспроизвести ранее приобретённые знания, пережитые события или запомнить новую информацию. Как относительно изолированное нарушение амнезия возникает при двустороннем поражении медиального отдела височной доли (прежде всего гиппокампа). При поражении гиппокампа и прилегающих структур страдают не сами "следы" памяти, которые диффузно распределены между различными отделами коры, а процесс запоминания новой информации и воспроизведение недавних событий. В результате больной не помнит событий, произошедших после начала заболевания (антероградная амнезия). В меньшей степени страдает память на события, произошедшие до начала заболевания (ретроградная амнезия), при этом более отдалённые события вспоминаются лучше [6].

Медиальная поверхность височных долей мозга является частью лимбической системы, включенной в процессы памяти и обеспечивающей активационные компоненты работы мозга.

Поражение симметричных отделов правого полушария мозга приводит к нарушениям памяти на неречевые и музыкальные звуки, что проявляется в трудностях запоминания ритмических структур при увеличении объема содержащихся в них элементов и количества группировок, а также – в невозможности воспроизведения заданной мелодии. Вместе с тем страдают и процессы, связанные с речевой деятельностью: восприятие интонационных компонентов, определение принадлежности голоса лицу определенного пола и возраста. Нарушается возможность индивидуальной идентификации голосов [14].

Нарушения памяти при поражении медиальных отделов височной области характеризуются следующими признаками. Они имеют модально-неспецифический характер, протекают по типу антероградной амнезии (память на прошлое остается относительно интактной), сочетаются с нарушениями ориентировки во времени и месте. В значительном большинстве случаев они сходны с описанными С.С. Корсаковым и обозначаются как амнестический (или корсаковский) синдром. Больные осознают свой дефект и стремятся компенсировать его путем активного использования системы записей.

Клинико-экспериментальное исследование (Корсакова Н.К., Московичюте Л.И., 1987г.) структуры и механизмов амнестического синдрома при данной локализации показывает, что объем непосредственного запоминания у этих больных соответствует нижней

границе нормы и составляет 5–6 элементов, при заучивании их число может возрасти. Кривая заучивания 10 слов имеет видимую тенденцию к подъему, хотя процесс заучивания растянут во времени и уровень достижений может колебаться. Больным доступно удержание серии из 4-5 элементов в течение пустой паузы, равной 2 минутам. Больные со временем начинают узнавать лечащего врача, запоминают перенесенные ими процедуры или обследования. Эти факты свидетельствуют о том, что процесс фиксации информации в памяти относительно сохранен. Одновременно с этим обнаруживаются отчетливые трудности воспроизведения текущих событий и экспериментального материала, которые легко объективируются при введении между запоминанием и воспроизведением интерферирующей задачи, отрицательное влияние которой зависит от ее содержания. Например, при запоминании последовательности слов после ее непосредственного воспроизведения можно задать больному несколько арифметических примеров (гетерогенная интерференция), назвать несколько слов на букву "к" (гомогенная интерференция по сходству верbalного содержания заучиваемого материала и интерферирующей деятельности). Наконец, после запоминания одной серии слов предлагается запомнить аналогичную вторую серию (гомогенная интерференция, сходная с первичным запоминанием и по содержанию, и по мnestической задаче). Во всех случаях после интерферирующей деятельности воспроизведение окажется дефицитарным, причем забывание будет тем более глубоким, чем более гомогенна по своему содержанию и задаче интерферирующая деятельность предшествующему запоминанию.

Интерферирующая деятельность, осуществляемая в интервале отсрочки между запоминанием и воспроизведением, оказывает тормозящее, блокирующее влияние на актуализацию только что запоминавшегося материала [14]. Клинические и экспериментальные данные позволяют говорить об основном механизме формирования амнестического синдрома при поражении медиальных отделов височных систем мозга – патологической тормозимости следов интерферирующими воздействиями, т.е. рассматривать нарушения памяти в связи с изменениями нейродинамических параметров деятельности мозга в сторону преобладания тормозных процессов (Захаров В.В., Яхно Н.Н., 2003г.).

Характерно, что при поражении этого уровня нарушения памяти выступают в "чистой" форме без привлечения в продукт воспроизведения побочных элементов. Больной либо называет несколько доступных актуализации слов, отмечая, что остальные он забыл, либо говорит, что забыл все, либо амнезирует сам факт запоминания, предшествующего интерференции. Эта особенность

свидетельствует о сохранности контроля за деятельностью воспроизведения. Помимо признака модальной неспецифичности описываемые нарушения памяти характеризуются тем, что они "захватывают" различные уровни смысловой организации материала (серии элементов, фразы, рассказы), хотя смысловые конструкции запоминаются несколько лучше и могут воспроизводиться с помощью подсказок. В ряде случаев рассказ может воспроизводиться лучше, чем серии слов или фраза, особенно, если больной хорошо понял его смысл (ср. с нарушениями слухоречевой памяти) [14].

Таким образом, когнитивные нарушения являются частым исходом ишемического инсульта (ИИ). Как показывают проведенные исследования, они усиливают степень инвалидизации больных, значительно затрудняют процесс реабилитации пациентов (Яхно Н.Н., Захаров В.Н. Виленский Б.С., Семенова Г.М., 2000-2008гг.). Когнитивные расстройства возникают после всех подтипов ИИ, но особенно часто после лакунарного инсульта (Boiten J., Lodder J., 1991. Bowler J.V., 2004). Сопоставительный анализ факторов риска развития ИИ с когнитивными нарушениями показал, что последние чаще развиваются у пациентов с артериальной гипертензией, фибрилляцией предсердий и сахарным диабетом (Patel M., Coshall C., Rudd A., Wolfe C., 2001. Sacco R.L., 1997).

После обширного инсульта больному предстоит длительная, часто пожизненная реабилитация. Неврологический дефицит, возникший из-за гибели клеток мозга, восстановить невозможно. Однако организм приспосабливается к жизни за счет нейронов, оставшихся невредимыми. Это реально, если и сам больной, и его родственники активно заинтересованы в самостоятельном восстановлении [4].

1.3. Патопсихологическая структура экзогенно-органического синдрома при постинсультных состояниях

По данным исследования Московского научно-исследовательского института психиатрии, психопатологические нарушения, возникающие наряду с расстройствами высших психических функций у больных, перенесших инсульт, укладываются в проявления экзогенно-органического синдрома [12, 13].

В патопсихологии, как и в психиатрии, под синдромом понимают патогенетически обусловленную общность симптомов, признаков психических расстройств, внутренне взаимообусловленных, взаимосвязанных. В этом заключается большая диагностическая значимость синдромов по сравнению с симптомами. Совокупность симптомов есть симптомокомплекс (синдром).

ЭКЗОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Органические (экзо- и эндогенный) симптомокомплексы складываются из симптомов снижения интеллекта, распада системы прежних знаний и опыта, нарушений памяти, внимания, операционной структуры мышления, неустойчивости эмоций, снижения критических способностей (Носачев Г. Н., Романов Д. В., 2001).

Характерные нарушения когнитивных функций включают в себя расстройства внимания и запоминания, абстрагирования, динамики мышления, качества аналитико-синтетических операций. В качестве основных вариантов синдрома выделяют ригидный, лабильный, мнестический.

Структура синдрома включает в себя целый ряд характерных особенностей когнитивной, эмоциональной, мотивационно-потребностной сфер.

Когнитивная сфера характеризуется специфическими особенностями восприятия, внимания, памяти и мышления.

Восприятие отличается, как правило, сужением объема.

Внимание носит различные черты в зависимости от структуры целостного синдрома. При ригидном варианте органического патопсихологического симптомокомплекса отмечается снижение объема, переключаемости, концентрации внимания, а также выявляется быстрое наступление истощения внимания. Лабильный вариант органического патопсихологического симптомокомплекса характеризуется снижением объема и устойчивости внимания; при

мнестическом-описанные выше нарушения внимания могут сочетаться и выступать в виде сужения объема, нарушения концентрации, повышенной истощаемости процесса.

Нарушения памяти являются типичными для всех трех вариантов органического патопсихологического симптомокомплекса и проявляются расстройством произвольного и непроизвольного запоминания, воспроизведения, хранения и забывания информации. Кратковременная память характеризуется низким объемом запоминания; ложными воспроизведениями (конфабуляциями); воспроизведением стимулов из предшествующих заданий. Отмечается выраженное про- или постактивное торможение следов. Иногда механическое запоминание относительно сохранно по сравнению со смысловым. Долгосрочная память отличается низким объемом, мозаичностью воспроизведения, наличием конфабуляций. При мнестическом варианте органического патопсихологического симптомокомплекса нарушения памяти существенно доминируют над расстройствами процесса мышления.

В структуре мышления возможно некоторое замедление темпа ассоциативного процесса, его подвижности; характерна также шаблонность ассоциаций. Классическим признаком является нарушение операциональной стороны мышления, проявляющееся заметным снижением уровня обобщения. В своих решениях пациенты опираются на несущественные, поверхностные признаки предметов и явлений — конкретные, ситуационные, случайные. Существенно нарушены операции абстрагирования, анализа и синтеза, особенно при взаимодействии с незнакомым материалом. По характеру нарушения динамики мышления можно выделить ригидный вариант органического симптомокомплекса (характерны низкий темп, инертность мышления, склонность к персеверациям) и лабильный вариант (лабильность мышления, отсутствие оформленной стратегии решения заданий). Возможны снижение мотивационного компонента мышления, его целенаправленности, разноплановость. Обязательны нарушения критичности мышления (менее выраженные при мнестическом варианте).

Воображение отличается выраженным снижением его продуктивности, шаблонностью творческой продукции.

Речь имеет свои специфические особенности. Устная речь характеризуется нарушениями грамматики, обеднением просодики, низкой смысловой насыщенностью, часто смысловой ригидностью. Отмечаются персеверации. Письменная речь обращает на себя внимание крупным, неровным почерком; характерны нарушения грамматики, персеверации. При рисовании выявляются макрография,

дрожащий, разорванный контур, персеверация элементов, конкретность.

Эмоциональная сфера характеризуется увеличением амплитуды, малой нюансированностью эмоциональных реакций. Отмечается низкий порог возникновения эмоционального ответа. Выявляется также выраженная инертность эмоциональных реакций, возможна тенденция к аффективной кумуляции. Направленность эмоционального ответа при этом в целом может быть адекватной. Характерны нарушения волевого контроля над аффективностью. Достаточно типичным также является обеднение этических эмоций.

Мотивационно-потребностная сфера носит черты ослабления спонтанной мотивационной активности, мотивационной истощаемости. Выявляется низкое мотивационное опосредование, возможны нарушения целеполагания.

Глава 2. Патопсихологическое исследование лиц, перенесших инсульт.

2.1. Обоснование компонентов патопсихологического исследования при постинсультных состояниях

Патопсихологическое исследование включает в себя ряд компонентов: эксперимент, беседу с больным, наблюдение, анализ истории жизни заболевшего человека (которая представляет собой профессионально написанную врачом историю болезни), сопоставление экспериментальных данных с историей жизни. Чрезвычайно важно (хотя в силу объективных обстоятельств это не всегда возможно) проводить исследование в динамике, т.е. через год—два.

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

Для подтверждения выдвинутой нами гипотезы, в которой мы предположили, что экзогенно-органический синдром является ведущим у лиц, перенесших инсульт были взяты следующие методики:

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

Для оценки состояния слухоречевой памяти, утомляемости, активности внимания, запоминания, сохранения, воспроизведения, произвольного внимания.

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

«Текст Эbbingгауза». Для выявления развития речи, продуктивности ассоциаций и проверки критичности мышления.

Методика Дембо-Рубинштейн. Исследование самооценки.

«Исключение лишнего». Для исследования вербально-логического мышления.

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

Исследование психомоторной связи, состояния психики и выявления скрытых эмоций у испытуемого, использовалась проективная методика «Несуществующее животное».

«Опросник САН». Исследование самочувствия, активности и настроение.

Для диагностики мотивации одобрения использовался тест

Д. Крауна и Д. Марлоу.

Исследование динамического праксиса Проба Н.И. Озерецкого «Кулак—ребро—ладонь».

Исследование пространственного праксиса «Проба Хэда».

2.2. Клиническая интерпретация результатов исследования

На основании проведенного патопсихологического исследования нами установлены следующие данные:

Испытуемый С. Возраст 65 лет.

Дата клинической беседы 18. 05. 2017 г.

Данные записаны со слов испытуемого:

После инсульта, двоюродная сестра Валерия Николаевича, обратилась по месту жительства в Рыбинский сельсовет и там дали направление на госпитализацию в Красноярск. 7 лет находится в Интернате. Имеет 2 гр. инвалидности.

Контактен. Речь нечеткая, с нарушениями грамматики. Мимика живая, улыбчив. Опрятный внешний вид. Хорошо понимает обращенную речь. Отвечал на заданные вопросы. Во время беседы часто отвлекался.

Жалобы

На вопрос есть ли у Вас какие-нибудь жалобы? Отвечал: «все соответствует возрасту, здоровья нет». Перенес Инфаркт, затем Инсульт. Рассказал: «я перед инсультом не нервничал, все было хорошо, постирал, помылся, побрился, готовился утром идти на работу, проснулся в 2 часа ночи, хотел пить, что-то было с рукой не так, попил чай и лег спать, а утром 8 утра, не смог встать». Говорить мог, но с трудом. Не работала левая рука и нога. Память после инсульта стала хуже. Бывают головокружения. Когда сильные головные боли принимает Винпоцетин. «Болезнь делает меня тупым». «Врачи, не скрывая, говорят, что 82 % людей, находящихся в интернате неадекватные». Чувствует себя, как в зале ожидания, что сегодня или завтра погибнет.

Анамнез

Сведения о наследственности

Отец пил, бил мать. Ушел из семьи, когда ему было 2 года. Назвал его фамилию и имя. Отчество и возраст отца не знает, т.к. с ним не жил. «Мать и бабушка на него всю жизнь обижались, он их гонял». Больше информации об отце не известно.

Данная информация указывает на то, что в детстве были не благоприятные условия для формирования и становления ВПФ.

«Мать зовут Надежда Петровна ей 86, ой 87 лет». Позже скажет, что она с 1928 г., следовательно, ей 88-89 лет. Говорит: «она уже старая, заговаривается, не ходит, падает с койки». Живет у двоюродной сестры. Взаимоотношения с матерью нормальные, общаются как старые знакомые. Обиды на мать нет. Понимает, что тогда она была молодая и хотела любви.

Родных братьев и сестер нет.

Социальное положение семьи

Рос в крестьянских условиях, сельской жизнью. «В семье лиц со странностями в характере не наблюдал, все работяги и спокойные». Суицидальных попыток не было.

Возраст и здоровье родителей

Информации о возрасте, здоровье и в каком состоянии находились родители на момент зачатия не известно. Как проходила беременность и роды, не знает. С 2-х лет его растила бабушка и разговора об этом не было.

Развитие в раннем возрасте

«Бабушка говорила, что я до 2-х лет не мог сидеть». Сколько себя помнит, здоровье было хорошее, ни считая простуды. «Нервных проблем не было».

В контексте настоящего исследования можно предположить, что с раннего детства была задержка психомоторного развития.

Длительные периоды разлуки с матерью

Когда были длительные разлуки с матерью, настроение было подавлено, но скучал не по матери, а по месту, где родился.

Упрощение эмоций, может говорить об олигофренической составляющей.

Помнит себя с 6 лет, что было до, не помнит.

Что указывает на позднее становление ВПФ.

В 6 лет был испуг, укусила собака. «В еде я был не привередлив, была своя корова, ел молоко».

Школьный возраст

Из особенностей своего характера в школьном возрасте выделяет, «я был бегучий». Вспомнил историю, когда бабушка, сказала: «в кого ты такой бегучий, в отца, что ли»? А он на это сказал: «мне нравится общество». В этот момент она отжимала простынь и на его слова, ударила простыней по голове, он в это время делал уроки, и вода попала на тетрадку, все размазалось, пришлось до 12 ночи переделывать, домашнее задание вместе с бабушкой, зато получил 5-ку. До этого были одни 2-ки и 3-ки.

Что указывает, что без посторонней помощи, не способен выполнять задание, соответствующее учебной программе.

В детском коллективе был задирой, ругался, жаловался и за это его «шпионали». «Дядя мне сказал, когда драка, либо убегай, либо дерись до последнего, а будешь жаловаться получишь по шее». С 9 лет перестал жаловаться. Любил играть в лапту, футбол, прятки.

Особенности воспитания

Был единственным ребенком в семье. Растили в строгости, но в справедливости. Наказывали, били веревкой, получал подзатыльники.

Взаимоотношений с родителями нет. Поддерживает отношение с двоюродной сестрой.

Учился в Рыбинской школе, окончил 7 кл. Учился на 2-ки и 3-ки. Был троичником.

Что указывает на то, что испытуемый не был способен освоить школьную программу в полном объеме.

Наказывали за плохое поведение. Был заводилой. Толпа всегда была вокруг него. Принимал участие в спортивных играх, занял 2 место по бегу.

После школы поступил в Успенское училище, отучился один год на тракториста-комбайнера. За плохое поведение отчислили. В 18 лет закончил двухмесячные курсы на сварщика.

Анализируя эти данные можно сказать, что испытуемый был не способен освоить уровень начального профессионального образования.

Увлечения

С 13 лет увлекался охотой и рыбалкой. Научился стрелять сам. «Я втихаря брал ружье у дяди, из-за этого меня гонял участковый».

Трудовая деятельность, профессия

Работал сварщиком, бетонщиком, сторожем, помощником тракториста. Однотипная работа не нравилась. На работе инициативы не проявлял, т.к. инициативных не любили. Зарплаты хватало. Отношения с коллегами были хорошие. Начальники его не любили, потому что лез не в свои дела. Предлагали уволится по собственному желанию или уходил сам. До 45 лет заступался за товарищем по работе, пока его чуть не посадили.

Информация о службе в армии

В армии не служил. Сказал: «не взяли из-за того, что рано женился».

Это может говорить о снижении интеллектуального дефицита.

Употребление и злоупотребление психоактивными веществами

Алкоголь и сигареты начал употреблять с 16 лет. Алкогольной зависимости не было. Абстинентные синдромы бывали. Пил все, что горело. Курит сигареты «Тройка», раньше курил «Беломор». Выкуривает меньше пачки в день. Когда нервничает курит чаще. Наркотические вещества не употреблял.

Таким образом мы можем сказать, что алкогольная интоксикация усугубила интеллектуальный дефицит.

Половое развитие и половая жизнь

Половое влечение появилось в 14 лет. С 17 лет начал жить половой жизнью, чувствовал себя, как мужик. С потенцией проблем нет. Опыта однополых отношений не было, т.к. это призирает.

Анамнез супружеской жизни

В 17 лет женился. Познакомился с женой в Казахстане. До свадьбы дружили месяц. Супруга на год старше его. Из отрицательных черт, выделяет ее взрывной характер. Из положительных, что неглупая, шустрая и добрая. Взаимоотношения с супругой были разные. Сейчас они в разводе. «Развелись из-за алкоголя и моей тупости».

Дочь Ольга, болела астмой. С трудом вспомнил ее возраст. «Умерла в 31 или 32 года из-за алкоголя».

Частые небольшие временные исправления, могут указывать на то, что испытуемый не в полной мере ориентируется во времени и в пространстве (нарушение гноэзиса).

Оценка личности больного

В молодости не обращал внимания на свое здоровье, сейчас следит, отжимается, делает упражнения с гантелями. Говорит, что хочется жить и в то же время не понимает, для чего жить. Любит читать, но устают глаза, смотрит телевизор. Не любит несправедливость, обман, когда кто-то кого-то обижает, недоверчив, прямолинейный, не хватает выдержки, может ударить, обидчивый. Любит чистоту и порядок. Преобладает мрачное настроение, особенно, когда что-нибудь болит. Раньше было много друзей, когда был здоров и был нужен, а сейчас его забросили. В интернате есть один друг, раньше жил с ним в комнате, потом другу дали отдельную комнату. Только с ним и общается, вместе ходят в столовую, сидят за одним столом. Позже, от сотрудника интерната, я узнала, что друг, с которым он до сих пор «общается», три года назад умер.

Наблюдается расстройства памяти по типу конфабуляции и псевдореминисценции.

Вера православная. Три года назад покрестился. Сильно не верит, но к Богу обращается.

К сексу относится положительно. Контрацептивы не использует, т.к. никакого удовольствия. Есть влечение к женщинам, но старается не общаться, т.к. нет возможности уединения и переживает за их репутацию, много сплетен. Жизнь научила его не верить никому и не доверять. Ориентировка в пространстве сохранена, понимает в каком городе он находится, где происходит беседа, на каком этаже и какой номер его палаты.

По данным патопсихологического исследования от 24.05.17 г.

Испытуемый С. Возраст 65 лет.

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

Испытуемый приветлив, контактен. Опрятный внешний вид. Подстрижен. В комнате чисто, кровать заправлена. В начале

обследования поинтересовался: «зачем Вам это надо, не жалко Вам на меня бумаги?». Как и в прошлый раз сказал: «здесь нас всех считают тупыми и неадекватными, и врачи этого не скрывают». Речь нечеткая, с нарушениями грамматики. Часто жестикулирует здоровой рукой. Темп работы медленный. Долго думает. Обидчивый. Требуется одобрение и поддержка. До конца обследования проявлял интерес и выполнял все задания, но в тоже время часто отвлекался.

Для Исследования памяти использовалась методика А. Р. Лурия
"Заучивание 10 слов"

Испытуемый говорил: «мне сложно, читай медленнее». Когда не смог назвать все слова спросил: «что, я теперь дебил?». Когда ему говорила, что он молодец, что с каждым разом он запоминает на одно слово больше, радовался.

В пяти первых пробах испытуемым было воспроизведено 3, 5, 5, 6, 5 слов. Спустя 1 час испытуемый вспомнил 4 слова. При обследовании взрослых к третьему повторению испытуемый с нормальной памятью обычно воспроизводит правильно 9 - 10 слов.

Результаты указывают и на ослабление активного внимания, и на выраженную утомляемость испытуемого. Выявленный уровень непосредственного запоминания не находится в пределах нормы. По прошествии часа испытуемый правильно вспомнил 4 слова, что свидетельствует о низком показателе долговременной памяти.

При исследовании внимания использовались «Таблицы Шульте»

Инструкцию испытуемый понял со второго раза. Во время исследования говорил: «разбегаются глаза». Комментировал: «я растерялся». Цифры проговаривал вслух. На последних двух таблицах стал проявлять активность, говорил: «поехали».

Испытуемый неравномерно отыскивает числа, изредка подолгу не может найти число, такие паузы, дают основание сделать вывод о неравномерности темпа психической деятельности. Наблюдается ускорение темпа сенсомоторных реакций при работе с последующими таблицами.

Испытуемый показал и назвал в заданной последовательности все цифры.

Время, затраченное на каждую таблицу:

1 таблица за 1мин. 25 сек.

2 таблица 1 мин. 10 сек.

3 таблица 59 сек.

4 таблица 58 сек.

5 таблица 58 сек.

Психически здоровые люди тратят на одну таблицу от 30 до 50 секунд, чаще всего 40-42 секунды. Испытуемый тратил на одну таблицу больше времени, чем это положено в норме. Это может указывать на нарушение внимания.

Для исследования продуктивности ассоциаций и критичности мышления использовалась Методика «Текст Эббингауза».

На заполнение пропущенных слов было затрачено 12 минут. Испытуемый долго подбирал слова, испытывал затруднение в подборе слов. Был не внимательным, не правильно прочитав некоторые слова, терял смысл предложений. Испытуемый заполнил текст с ошибками и не стремился их исправить. Продуктивность ассоциаций и критичность мышления снижены.

Исследование самооценки по методике Дембо-Рубинштейн.

Испытуемому было предложено на вертикальных линиях отметить чертой уровень развития ряда личных качеств (здоровье, ум, характер, счастье, внешность, уверенность в себе). Инструкция испытуемому понятна со второго раза. Испытуемый спросил: «как я сам могу оценить свой характер? Я раньше был плохим. Хорошего во мне мало». На шкале характер хотел поставить черту в самом низу, потом сказал: «что я не совсем уж такое «дерньмо» и поставил черту чуть ниже середины. Здоровье и ум оценил по среднему. На шкале «Счастье» спросил: «что вообще такое счастье?». Порассуждал и сделал черту немного ниже середины. К своей внешности относится отрицательно, говорит: «я вынужден смотреть на себя в зеркало и знаю, что внешность у меня ниже среднего и уверенности во мне мало».

Результаты указывают на заниженную самооценку и о заниженном уровне притязаний, это может свидетельствовать о неблагоприятном развитии личности.

Для исследования аналитико-синтетической деятельности и умения строить обобщения использовалась методика «Исключение лишнего»

Инструкция испытуемому понятна. Испытуемым были допущены ошибки. Не мог объяснить причину объединения предметов в одну группу. Сложно строить обобщения по существенным признакам.

Примеры картинок и ответы испытуемого:

Клевер, Жарки, Колокольчик и кот. Исключил кота. Сказал: «кот не вяжется с цветочками, а остальные три картинки — это цветы».

Слон, гусь, ведро и бабочка. Исключил бабочку: «она не вяжется к сельскому хозяйству. Ведро нужно, чтобы их поить, а бабочка сама по себе».

Катушка, пуговица, крючок для одежды, пряжка. Исключил катушку, не смог сказать почему. А остальные три: «вещь нужная».

Автомобиль, самолет, пароход и воздушный шар. Исключил пароход: «он не вяжется, потому что по воде движется, а на остальных можно двигаться».

Снижение операциональной стороны мышления, в частности, обобщения.

Для исследования сообразительности больных, их умения выделять существенное из деталей, а также для исследования того эмоционального отклика, который вызывает у больного сюжет той или иной картинки использовалась методика «Объяснение сюжетных картин».

Испытуемому сложно выделить существенное из деталей. Отвечает при помощи наводящих вопросов, с паузами, кратко. Эмоциональный отклик не соответствует сюжету картинки.

Есть основание для суждения о степени интеллектуального снижения.

Для исследования психомоторной связи, состояния психики и выявления скрытых эмоций у испытуемого использовалась проективная методика «Несуществующее животное».

Испытуемый выполнил задание с нарушением. У испытуемого прослеживается конкретизация мышления, т.к. он нарисовал динозавра, сказал: «когда-то он был, а сейчас его нет, значит, оно несуществующее».

Интерпретация рисунка:

Нарисовано известное животное - свидетельствует о бедном воображении и низком общекультурном уровне.

Животное изобразил в профиль - живет воспоминаниями, часто переживает и размышляет, не уверен в себе.

Друзей нет - признак одиночества и отсутствия значимых крепких социальных связей.

Хвост не поместился на листе - тревога, высокая эмоциональная напряженность.

Уши отсутствуют - замкнутость, нежелание слышать других, вступать в контакт.

Слабый нажим - астения.

Для исследования самочувствия, активности и настроение использовался «Опросник САН».

Испытуемому было предложено выбрать и отметить ту цифру, которая наиболее точно отражает его состояние на момент обследования.

Полученные результаты по каждой категории:

Самочувствие-4,5

Активность-3,1

Настроение-3,5

Оценки, превышающие 4 балла, свидетельствуют о благоприятном состоянии испытуемого, ниже 4 — о неблагоприятном состоянии.

Для диагностики мотивации одобрения использовался тест Д. Крауна и Д. Марлоу.

По результатам тестирования выявлено: у испытуемого средний уровень потребности в одобрении со стороны окружающих людей.

Для исследование динамического праксиса применялась

Проба Н.И. Озерецкого «Кулак—ребро—ладонь».

Испытуемый правой рукой повторяет движение, но делает большие паузы между ними. Трудность вхождения в задание. Сбои при убыстрении темпа выполнения. Левой рукой выполнить движения не смог, пытается помочь себе правой рукой, рот при этом открывает и производит активные движения языком.

Ошибки в этом тесте могут говорить об инертности в двигательной сфере, о заинтересованности в патологии заднелобных отделов левого полушария мозга и о поражении двигательной системы (премоторных отделов).

Для исследования пространственного праксиса использовалась «Проба Хэда».

Испытуемым были допущены ошибки:

Пространственного расположения рук;

Путал левую и правую стороны.

Это может быть связано с дисфункцией как теменно-затылочных отделов мозга, так и лобных отделов мозга.

У испытуемого выявлено нарушение праксиса, т.к. не все движения выполнил в полном объеме.

2.3. Рекомендации по восстановлению В.П.Ф. после перенесенного инсульта

Профилактические действия для изменения образа жизни, целью которых является повышение восстановительных возможностей организма в целом и снижение риска повторных инсультов:

- отказ от курения – достоверно доказано, что даже при длительном стаже курения отказ от него приводит к снижению смертности и улучшению жизненных показателей. Если отказ от курения сразу невозможен, то необходимо постепенное снижение количества сигарет, выкуриваемых в день, переход на более «легкие» сигареты;
- отказ от употребления алкоголя – риск геморрагического инсульта после однократного приема алкоголя повышается. Многие лекарственные средства, применяемые для восстановления после кровоизлияния в мозг, не совместимы с алкоголем;
- рациональное питание – в рационе должны преобладать фрукты и овощи, молочные продукты, нежирное мясо, чтобы обеспечить организм достаточным количеством витаминов и белка в периоде восстановления. Снижение употребления соли;

Огромную роль в восстановлении после геморрагического инсульта для больного играют его родные и близкие, которые могут оказать моральную поддержку, укрепить дух пациента. Не стоит забывать, что самая главная составляющая реабилитации — это любовь и внимание.

Система упражнений для развития полушарий головного мозга

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

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

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

Теперь вспомним уроки физкультуры. Недаром нас заставляли делать упражнения, в которых нужно было левой рукой доставать до правой ноги и наоборот. Они ведь тоже развивают наши полушария, и помогают им работать согласованно.

Замечательно помогает развивать полушария мозга нейролингвистическое программирование, сокращённо НЛП. Мне понравилась одна из техник НЛП, которая называется "Скорая помощь".

Она помогает снимать эмоциональное напряжение, улучшает работоспособность, развивает внимание, мышление и межполушарные связи. Выполнять это упражнение трудно и при этом интересно.

Объясняем порядок действий. Перед вами лежит листок с буквами алфавита, почти всеми. Под каждой буквой написаны буквы Л,

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

А Б В Г Д

Л П П В Л

Е Ж З И К

В Л П В Л

Л М Н О П

Л П Л Л П

Р С Т У Ф

В П Л П В

Х Ц Ч Ш Я

Л В В П Л

Тренировка памяти и внимания

Упражнения для улучшения запоминания путем вызывания ассоциаций

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

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

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

Для тренировки памяти можно использовать следующие виды работы:

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

Заключение патопсихологического исследования

Испытуемый С. Возраст 65 лет.

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

Испытуемый приветлив, контактен. Опрятный внешний вид. Речь нечеткая, с нарушениями грамматики. Долго думает. Переживает, что сделает, что-то неправильно. Обидчивый. Требуется одобрение и поддержка. До конца обследования проявлял интерес и выполнял все задания, но в тоже время часто отвлекался. Инструкцию понимает со второго раза. Темп работы медленный.

Заключение: по результатам исследования отмечается снижение интеллекта, нарушение памяти, внимания, операционной структуры мышления, неустойчивости эмоций, снижения критических способностей, что может указывать на экзогенно-органический синдром.

Вывод: в этой работе мы предположили, что в связи с нарушением питания мозга при инсульте возникают нарушения ВПФ и что экзогенно-органический синдром является ведущим у лиц, перенесших инсульт. С помощью патопсихологического исследования мы рассмотрели эти нарушения.

На основании полученных нами данных, мы считаем, что данная симптоматика не укладывается в экзогенно-органический синдром.

В ходе клинической беседы было выявлено, что общее недоразвитие психики в виде интеллектуальной недостаточности и недоразвитие— эмоциональности, моторики, восприятия, внимания у испытуемого проявляются с детского возраста. Все эти симптомы указывают на олигофренический синдром.

Мы можем предположить, что у клиента, ведущий синдром олигофренический, а сопутствующий экзогенно-органический синдром.

Таким образом наша гипотеза подтвердилась частично.

Список литературы

1. Боголепова, А. Н. Роль нейропсихологических исследований у больных, перенесших ишемический инсульт (обзор) / А. Н. Боголепова // Журн. неврол. и психиатрии им. С.С. Корсакова.2005. Прилож. Инсульт. Вып.13. С.72–75.
2. Виленский Б.С., Тупицын Ю.С. Аффективно-эмоциональные нарушения, осложняющие инсульт // Неврологический журнал. – 2003. – Т. 8, № 2. – С. 23–26.
3. Гусев, Е. И. Неврология и нейрохирургия / Е. И. Гусев, Г. С. Бурд, А. Н. Коновалов. – Медицина, 2000. – С. 534
4. [Электронный ресурс] <http://prososud.ru/mozg/obshirniy-insult.html>
5. Гусев Е.И., Скворцова В.И., Стаховская Л.В. Проблема инсульта в Российской Федерации: время активных совместных действий // Журн. невролог, и психиатр, им. С.С. Корсакова. – 2007. – Т. 107, № 8. – С. 4–10.
6. Ковшова О.С., Светкина А.А. Комплексная нейропсихологическая реабилитация больных с ОНМК. // Сб. выступлений V Международной конференции «Фундаментальные и прикладные аспекты восстановления сознания после травмы мозга: междисциплинарный подход. – Н. Новгород, 2016. – С. 45–47.
7. Монцевичюте-Эрингене Е.К. Упрощение математико-статистического метода в медицинской исследовательской работе // Журн. пат. физиолог, и экспер. терапии. — 1964. № 4. – С. 71–76.
8. Трошин, В. Д., Густов, А. В. Острые нарушения мозгового кровоснабжения. Руководство / В. Д. Трошин, А. В. Густов. – М.: Мединформ-агенство, 2006. – 432 с.
9. Особенности динамики восстановления высших психических функций у пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения / А.А. Светкина, О.С. Ковшова, И.А. Стрельникова [и др.] // Избранные вопросы нейрореабилитации: материалы VIII международного конгресса «Нейрореабилитация – 2016» (Москва, 8–10 июня 2016 г.) / ред.: Г.Е. Иванова [и др.]. – М., 2016. – С. 311–313.
11. Принципы ранней реабилитации больных с инсультом / В.И. Скворцова, Г.Е. Иванова, Квасова О.В. [и др.] // Журнал невролог, и психиатр, им. С.С. Корсакова. Инсульт. Приложение к журналу. – 2002. – Вып. 7. – С. 28–33.
12. Ранняя реабилитация после перенесенного инсульта / В.В. Гудкова, Л.В. Стаховская, Г.Д. Кирильченко [и др.] // Consilium medicum. – 2005. – Т. 7, № 8. – С. 692–696.
13. Светкина А.А. Нейропсихологическая реабилитация больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения // Аспирантский вестник Поволжья. – 2014. – № 3–4. – С. 170–171.

14. Корсакова Н.К., Москвичюте Л.И. Подкорковые структуры мозга и психические процессы. – М: изд-во МГУ. 1985.
15. Скоромец А.А., Скоромец А.П., Скоромец Т.А. Нервные болезни: учебное пособие. – 6-е изд. – М.: МЕДпресс_информ, 2013. – 554 с.
16. [Электронный ресурс] <http://med.vesti.ru/articles/zabolevaniya/insult-pochemu-on-proishodit-i-kak-ego-raspoznat/>