

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Автономная некоммерческая организация высшего образования
«Сибирский институт бизнеса, управления и психологии»
Кафедра психологии

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПОЗНАВАТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ
ПРИ ЭПИЛЕПСИИ

Выполнила: Цоцколаури Анжел:
Шермадиновна

Научный руководитель: Конкина
Светлана Анатольевна

Красноярск 2018

РЕФЕРАТ

Исследовательская выпускная квалификационная работа написана на 58 листах, содержит 15 приложений, список литературы содержит 29 источников.

Перечень ключевых слов, которые дают представление о содержание данной работы: эпилепсия, познавательные процессы, память, внимание, мышление.

Цель работы: исследования особенности протекания основных познавательных процессов (памяти, мышления, внимания) при эпилепсии и разработка рекомендаций.

Объект исследования - познавательные процессы (память, внимание, мышление) больного эпилепсией.

Предмет исследования - особенности познавательных процессов у больного с эпилепсией.

Методы исследования: наблюдения, психоdiagностические, методики «Корректурная проба», «Таблицы Шульте», «Запоминание 10 слов», «Пиктограммы», «Повторение цифр» (субтест VI теста Д.Векслера), «Оперативная память», «Классификация предметов», «Изучение быстроты мышления», «Выделение существенных признаков», «Воспроизведение рассказов», «Исключение лишнего», «Понимание переносного смысла пословиц и метафор», «Сравнение понятий», «Понимание сюжетных картин», «Называние 60 слов», «Ассоциативный (словесный) эксперимент», «Подбор слов-антонимов»,

Практическая значимость настоящей работы состоит в том, что полученные данные могут быть использованы в медицинских учреждениях клиническими психологами, психиатрами для диагностики, лечения и реабилитации больных эпилепсией

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
I ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭПИЛЕПСИИ	7
1.1 Клиническое описание эпилепсии	7
1.2 Познавательные процессы больных эпилепсии при патопсихологическом симптомокомплексе	17
1.3.Изменение личности при эпилепсии	24
II ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЗНАВАТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ	30
2.1 Организация и методы исследования	30
2.2 Интерпретация и анализ результатов исследования	40
2.3. Рекомендаций по восстановлению и развитию памяти, мышления, внимания	46
ВЫВОДЫ	52
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	53
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК	55
ПРИЛОЖЕНИЕ	59

ВЕДЕНИЕ

Эпилепсия на протяжении многих десятилетий является областью обширных клинических и функциональных междисциплинарных исследований.

Очевидно, что это – пограничное нервно-психическое заболевание со сложным этиопатогенезом, полиморфной клиникой и весьма неоднозначным прогнозом, несмотря на несомненные успехи лекарственного и хирургического лечения [11].

Исследование высших психических функций у больных эпилепсией открыло новую эру изучения связи заболевания и нарушения когнитивных функций. Первые психолого-диагностические исследования при эпилепсии были выполнены еще в конце XIX - начале XX вв. и связаны с именами В.А.Бехтерева, Э.Крепелина, А.Н.Бернштейна и др. В указанных исследованиях изучение сенсомоторных реакций, особенностей внимания и памяти, мыслительных процессов и речи соотносились с клиническими (описательными) характеристиками личности больных, страдающих эпилептическими припадками и их психическими эквивалентами, что позволило проследить причинно-следственные зависимости. К настоящему времени накоплен опыт медико-психологических исследований, который обобщен в ряде работ [8].

Актуальность данной темы связана с тем, что в настоящее время эпилепсия - самая распространенное и серьезное нарушение деятельности мозга, которое встречается во всех странах. Этому заболеванию подвержены люди всех возрастов, от младенцев до пожилых. Европейская декларация по эпилепсии обращает внимание, что «более всего от не выявления и недостаточного лечения страдают дети, подростки и пожилые».

Частота нарушений познавательных функций при эпилепсии очень велика. Эти нарушения могут быть связаны не только с самой болезнью, но и являться результатом неадекватной терапии.

Нарушения познавательных функций, вызванные эпилепсией, могут иметь ярко выраженный характер и сильно отличать людей, страдающих этим заболеванием от здоровых. Часто дети с этим диагнозом не могут учиться среди своих сверстников, не успевают за ними. Часто по этой причине они становятся изгоями, их отвергают.

Знать особенности мышления, восприятия, памяти и других когнитивных функций у эпилептиков важно в связи с тем, чтобы понимать их особенности и соответственно обращаться к ним, учитывая особенности их болезни.

Что касается психологической науки в целом, для нее эта тема крайне важна. Прежде всего, определение нарушения познавательных функций у больных эпилепсией дает большие возможности для изучения связи психических функций с определенным участком коры головного мозга. Показывается связь функции с конкретным полушарием или как она распределена между полушариями.

Особенно знания особенностей познавательных процессов важны для психологов-практиков, для того, чтобы выработать правильный способ взаимодействия с подобными клиентами. Эпилептики часто обращаются к психологам в связи с проблемами депрессии, одиночества, и практику необходимо знать, на основе чего возникают проблемы пациентов и по возможности предсказать возможные модели поведения таких больных, а также их личностные особенности. Но в первую очередь психологам практикам необходимо знание о нарушениях познавательных функций у людей, больных эпилепсией, для того, чтобы разработать правильную программу обучения, учитывающую все особенности таких больных.

Цель: исследования особенности протекания основных познавательных процессов (памяти, мышления, внимания) при эпилепсии и разработка рекомендаций.

Задачи исследования:

1. Провести теоретический анализ посвященной исследованиям нарушения познавательных процессов у больных эпилепсией.
2. Разработка программы патопсихологического исследования.
3. Провести с помощью патопсихологических методик исследования памяти, внимания, мышления больного эпилепсии.
4. Провести анализ результатов исследования и сделать выводы относительно полученных результатов.
5. Разработать рекомендаций для развития и восстановления познавательных процессов (памяти, мышления, внимание) больных эпилепсии.

Объект исследования - познавательные процессы (память, внимание, мышление) больного эпилепсией.

Предмет исследования - особенности познавательных процессов у больного с эпилепсией.

Гипотеза: во-первых, предполагается, что при эпилепсии имеются нарушение инертности, тугоподвижности мышлении и личностного компонента мыслительной деятельности;

во- вторых, предполагается, что при эпилепсии имеются нарушения непосредственного и опосредованного запоминания;

в –третьих, предполагается, что при эпилепсии нарушены концентрация и устойчивость внимания

Практическая значимость настоящей работы состоит в том, что полученные данные могут быть использованы в медицинских учреждениях клиническими психологами, психиатрами для диагностики, лечения и реабилитации больных эпилепсией.

I ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭПИЛЕПСИИ

1.1 Клиническое описание эпилепсии

Эпилепсия – хроническое заболевание, характеризующееся судорожными и бессудорожными пароксизмальными расстройствами, типичными изменениями личности, нередко выраженным слабоумием и возможностью развития острых и затяжных психозов на отдаленных этапах болезни. Эпилепсия содержит сложный комплекс симптомов: наряду с психическими расстройствами проявляются и неврологические, и соматические отклонения [15].

Разные источники классифицируют эпилепсию в различных вариантах, но существуют общие моменты дифференциации заболевания: характерно деление на локализованную и генерализованную эпилепсию, которые в свою очередь подразделяются на симптоматическую (вследствие предполагаемых или известных болезней головного мозга), идиопатическую (предположительно, наследственную) и криптогенную (с невыявленной этиологией).

Этиология эпилепсии неоднозначна. Большинство авторов склонны считать приоритетной идиопатическую модель формирования заболевания, складывающуюся и по доминантному, и по рецессивному типу без связи с полом, притом не сама болезнь передается генуинно, а скорее предрасположенность к ней. Но немаловажную роль играют и факторы формирования заболевания в перинатальный и постнатальный период, в том числе и экзогенного характера. Но, вне зависимости от этиологии эпилепсии, отличий в симптоматике заболеваний практически нет, заболевание подчиняется единым закономерностям патогенеза.

До проявления типичных, специфических признаков эпилепсии, так называемого пароксизмального состояния, которое и составляет основную клиническую картину, заболевание включает в себя продромальный (предшествующий проявлению характерных, специфических симптомов) период. Первичный продром начинается обычно за несколько лет до наступления пароксизмального состояния, где можно наблюдать приступы головокружения, головные боли, тошноту, состояния дисфории, нарушения сна, астенические проявления и, возможно, аблсансы (кратковременное отключение сознания). Встречается на этой стадии и более характерная для эпилепсии симптоматика: проявление бессудорожных пароксизмальных состояний – кратковременные подергивания мышц в определенное время суток, не влекущие изменения сознания и сопровождающиеся вегетативными (изменение ритма и затруднения дыхания) и идеаторными (замедление или ускорения мыслительных процессов) пароксизмами. Вторичный продром непосредственно предшествует наступлению пароксизмальному состоянию и симптоматика его очень обширна. Он может включать в себя астенические расстройства, головную боль, слабость, раздражительность, аффективные расстройства (депрессивные, фобические, ипохондрические или маниакальные) [26].

Само непосредственно пароксизмальное состояние может протекать в двух формах: судорожной и бессудорожной.

1) Судорожная форма пароксизма подразделяется в свою очередь на большие, малые и очаговые судорожные припадки.

а) Большой припадок (его еще называют тонико-клонический приступ) наиболее характерен при проявлении болезни и протекает в нескольких фазах.

Аура – кратковременное помрачение сознания, сопровождающееся психосенсорными, аффективными, деперсонализационными, галлюцинаторными и иными расстройствами при том, что пациент не воспринимает происходящее во вне. Аура предшествует генерализации судорожного припадка и переходит в него без каких-либо промежуточных

стадий. По своим проявлениям весьма разнообразна, но стереотипна у одного больного.

Аура может быть висцеромоторной – зрачковой (сужение и расширение зрачка вне зависимости от освещенности), сосудистой (чередование покраснения и побеления кожных покровов), желудочно-кишечной (боли в животе, отклонения в процессе перистальтики), пиломоторной (эффект «гусиной кожи»), мигательной; сенсорной – соматосенсорной (чувство онемения, покалывания, общие беспричинные неприятные или болевые ощущения в теле), зрительной (фотопсии – зрительные галлюцинации или внезапное ухудшение зрения вплоть до слепоты), слуховой (акоазмы – слуховые галлюцинации в виде различных шумов широкого диапазона), обонятельная и вкусовая (запаховые и вкусовые ощущения), приступы внезапного головокружения; импульсивной – связана с различными двигательными актами, криками, проявлениями агрессивного, пироманического или клептоматического поведения, напоминающими проявления сумеречного состояния сознания, но, в отличие от него, не влекущее амнестические последствия; психической - галлюцинаторной (зрительные панорамные галлюцинации с возможным наличием вербальных и/или обонятельных галлюцинаций), идеаторной (пробелы в мыслительном процессе – расстройства мышления, по аналогии с абсансами – расстройствами сознания, возможно появление насильтственных мыслей или воспоминаний), аура с легким помрачением сознания (восприятие окружающего как необычного, влекущее возникновение аффектов тревоги и страха), аура «дежа вю» (ощущения от ранее не виденного объекта как уже знакомого, или, в противоположность – восприятие знакомого как не виденного).

Данная фаза, как упоминалось, кратковременна, длится несколько секунд и переходит в тоническую фазу, при которой пациент теряет сознание, в предшествии чего можно услышать своеобразный громкий крик, обусловленный спазмом голосовой щели и судорожным сокращением мышц

грудной клетки. Появляются тонические судороги: туловище и конечности вытягиваются в состоянии напряжения, голова запрокидывается и иногда поворачивается в сторону. Эта фаза продолжается в среднем 15-20 секунд. Дыхание во время этой фазы задерживается, шейные вены набухают, лицо искажается судорогой, становится крайне бледным, челюсти крепко сжаты. Припадок переходит в клоническую фазу. Появляются клонические судороги, выражющиеся в различных по силе толчкообразных сокращениях мышц конечностей, шеи, туловища. Частота этих сокращений постепенно убывает и по окончании их наступает мышечное расслабление. Во время клонической фазы припадка (длительность - 2-3 минуты) дыхание нередко бывает хриплым, шумным вследствие скопления слюны и возможного западения языка. Бледность кожных покровов исчезает. Из рта выделяется пенистая слюна, часто окрашенная кровью вследствие прикусывания языка или внутренней поверхности щеки.

Фаза помрачения сознания. Человек не реагирует даже на сильные раздражители, зрачки расширены без реакции на световой раздражитель, сухожильные и оборонительные рефлексы обычно не вызываются. Нередко отмечается непроизвольное мочеиспускание, реже - дефекация. Сознание остается глубоко помраченным и лишь через несколько минут постепенно проясняется. Иногда же, не выходя из этого состояния, пациент погружается в глубокий сон. В иных случаях по окончании судорожных проявлений больной начинает испуганно озираться по сторонам, не узнает окружающих, вздрагивает при обращении к нему, пытается сесть, встать или же делает какие-либо движения руками, ногами. Длительность всего судорожного припадка в среднем 3-4 минуты [26].

Но, существуют нетипичные большие судорожные эпилептические припадки, ограничивающиеся проявлениями по сценарию тонической и клонической фаз: общее расслабление мышц тела, либо наличие судорог в определенной половине тела, либо серия непрерывных припадков, могущая длиться до нескольких суток и привести к летальному исходу.

б) Малый припадок. Клиническая картина малых судорожных припадков очень разнообразна, включает также в себя кратковременные пароксизмальные состояния с изменением мышечного тонуса.

Абсанс характеризуется внезапным кратковременным выключением сознания, после чего незавершенное до припадка действие продолжается с того же момента. Иногда сопровождается изменением мышечного тонуса, проявляющимся в подергивании мышц, особенно лица и верхней части тела;

Пропульсивный припадок появляется вследствие ослабления мышечного тонуса и потому проявлен в виде резких движений, направленных вперед (кивки, клевки, поклоны);

Ретропульсивный припадок чаще всего связан с состоянием пробуждения, вследствие которого возникает увеличение вентиляции легких и аффективное перенапряжение. Выражается в судорогах лицевой мускулатуры, движения рук и головы, в отличие от пропульсивного припадка, направлены назад;

Импульсивный припадок чаще всего происходит без нарушения сознания, преимущественно в утреннее время суток, и проявляется в толчкообразных или вздрагивающих движениях мышц преимущественно верхних конечностей (сведение или разведение рук).

Ряд исследователей полагает, что из-за появления абсансов, пропульсивных и импульсивных припадков в раннем возрасте, по прошествии определенного времени, припадки могут клинически усложняться и перерастать в сложные судорожные припадки. В некотором смысле приятным исключением являются ретропульсивные припадки, прекращающиеся со временем более, чем в одной трети случаев.

в) Очаговый припадок - приступ, при котором наблюдаются судороги в определенных частях тела; наиболее часто - в лице или верхних конечностях. Очаговый приступ может также проявляться короткими приступами зрительных, слуховых, обонятельных или вкусовых галлюцинаций;

кратковременным ощущением боли или дискомфорта; насильственными мыслями; приступами немотивированного страха. Выделяют:

Адверсивный судорожный припадок – проявлен на тонической и клонической фазах и выражается в насильственным попеременным поворотом частей тела вокруг оси (глазные яблоки – голова – весь корпус) вплоть до падения, клоническая же фаза выражена сценарно;

Парциальный припадок тоже захватывает клоническую и тоническую фазу, но связан с наличием судорог в определенной части тела, либо группе мышц, при этом приступ далеко не всегда генерализуется, а если это же происходит, то захватывает одну сторону тела и сопровождается потерей сознания. Отличительной чертой данного припадка является его проксимация (судороги, начавшиеся в определенной мышце, «захватывают» группы мышц, наиболее близко расположенных к первоначальному очагу);

Тонические постуральные судороги, при которых отсутствует проявление клонической фазы, начинаются сильной тонической судорогой с последующими задержкой дыхания и побледнением кожного покрова.

2) Бессудорожная форма пароксизма классифицируется по признаку изменения состояния сознания:

Бессудорожные пароксизмы с помрачением сознания:

а) Сумеречные расстройства. Крайне разнообразны и достаточно сложны по клинической картине протекания. Характеризуются внезапной и кратковременной утратой ясности сознания с полной отрешенностью от окружающего или с его искаженным восприятием при сохранении привычных автоматизированных действий. Сопровождается речевидательным возбуждением, аффектом страха, тоски, злобы и наплывом галлюцинаций устрашающего содержания (преимущественно зрительных). Весьма часты агрессивные разрушительные действия, направленные как на людей, так и на неодушевлённые предметы. Характерна полная амнезия периода помрачённого сознания.

Кратковременные пароксизмальные сумеречные состояния принято называть:

- амбулаторными автоматизмами. Клиническая картина – та же пациент, находясь в бессознательном состоянии, совершает некие организованные действия. Своим действиям при этом он не дает никакого отчета, и после окончания действий у больного не остается никаких воспоминаний. Амбулаторный автоматизм может быть оральным (приступы жевания, глотания), ротаторным (вращения), фуга (внезапный приступ бегства) или трансом (при трансе больной внешне производит впечатление рассеянного задумчивого человека с неловкими движениями). Внешне подобное поведение может выглядеть достаточно социально правильным, но если в структуре сумеречного сознания существуют аффективные перекосы, то действия человека могут трансформироваться либо в агрессивную форму с разрушительными тенденциями, либо в полную отрешенность от окружающего;
- сновидные состояния с фантастическим грезоподобным бредом. Полной амнезии, как в случае с пароксизмами сумеречного сознания, не наблюдается, пациент забывает только происходящее вокруг, а собственные видения помнятся им хорошо.

Бессудорожные пароксизмы без помрачения сознания.

- аффективные пароксизмы. Выражены в периодически наступающих состояниях дисфории с агрессивными приступами, в том числе и по отношению к самому себе; внезапных депрессивных проявлениях; реже – в экстатических приливах, которые быстро завершаются и выливаются в упомянутые выше две формы;
- каталептические состояния (каталептический ступор) характеризуются застыванием больного на длительное время в определенной позе, даже очень неудобной. Не реагируя на громкую речь, могут отвечать на тихую шёпотную речь, спонтанно растормаживаться в условиях ночной тишины, становясь доступными окружающему [15].

В виде качественной характеристики эпилептических заболеваний необходимо рассмотреть Эпилептические психозы, проявляющиеся в острой и хронической формах в зависимости от длительности заболевания и специфики расположения очага в головном мозге [1].

1) Острые психозы характеризуются обширной симптоматикой и традиционно подразделяются на психозы с помрачением сознания и без оного.

Острые психозы с помрачением сознания включают в себя:

-сумеречные состояния сознания.

- эпилептический онейроид характеризуется зрительными и слуховыми галлюцинациями, иллюзорными расстройствами фантастического (чаще всего глобального) содержания. Довольно редкая разновидность психоза, сопровождающаяся как заторможенностью, так и резким возбуждением. Пациент в этом случае прекрасно помнит содержание своих видений, но информация об окружающем полностью амнезируется.

Острые психозы без помрачения сознания встречаются в двух разновидностях:

- острый параноид характеризуется чувственным бредом и иллюзорным восприятием мира, иногда с наличием слуховых и зрительных галлюцинаций. Окружающие воспринимаются как угрожающий фактор, преследующий или желающий уничтожить и, как правило, поведение пациента меняется с тревожно-боязливого к агрессивному.

- острый аффективный психоз с эмоциональной составляющей различных оттенков и интенсивности. Может наблюдаться и депрессивно-дисфорическое состояние, и маниакально, и тревожно-фобическое, вплоть до ипохондрических бредовых идей [26].

2) Хронические психозы применимы при характеристике психозов с симптоматикой бреда и галлюцинаций. Хронический диагноз можно поставить через 13-14 лет после проявления симптомов заболевания на той стадии, когда судорожные припадки либо резко сокращаются, либо прекращаются вовсе.

Подразделяются хронические психозы на:

- паранойяльные – сопровождаются дисфорическим или эйфорическим настроением, в сфере аффектов тоже может наблюдаться противоположная картина: от тревожно-агрессивного до экстатического состояния. Пациент бредит в отношении обычных бытовых вещей, касающихся знакомых (но не близких) людей. Также бред может быть религиозного, либо ипохондрического характера;

- галлюцинаторно-параноидным в отличие от паранойяльного психоза характерны недостаточная общительность пациента и частая смена речевого возбуждения и бессвязности речи. Вообще этот вид хронического психоза связан с вербальными галлюцинациями (притом они могут быть абсолютно амбивалентными в сознании больного), которые диктуют форму поведения. Дополнительно, можно наблюдать некоторые формы психического автоматизма: идеомоторную (ощущение «вкладывания» чужих мыслей и звучания собственных мыслей), сенестопатическую (отчуждение собственных эмоций), кинестетическую (ощущения, что любые движения осуществляются не по собственной воле, а опять же под влиянием внешних воздействий). Аффективные расстройства демонстрируются пониженным настроением и общей аффективной напряженностью.

- кататонические психозы отличаются двумя особенностями: пациент либо находится в состоянии ступора и пассивно подчиняется/или крайне негативно относится к воздействию из вне, либо входит в состояние кататонического возбуждения, при котором человек импульсивен, несколько даже игрив, подвержен приступам эхолалии.

В зависимости от локализации очага можно выделить височную и дизэнцефальную эпилепсию:

- височная (психомоторная) характеризуется четко выраженной стадией ауры, чаще всего сенсорной или психической, отличающейся вербальными галлюцинациями и расстройствами восприятия, явлениями психического автоматизма и бессудорожными пароксизмами с переходом в сумеречное

состояние сознания, агрессивностью и аффективными расстройствами. Влечет наиболее глубокие изменения личности.

- диэнцефальная (вегетативная) отличается довольно длительным проромом с четко выраженной дисфорией. Период непосредственно пароксизма сопровождается ознобом, тахикардией, слюнотечением, цианозом с вероятными тоническими судорогами, возможны помрачение или потеря сознания. В отличие от височной локализации прогноз более благоприятен в отношении сохранности личности [1].

Помимо вышерассмотренных форм существуют формы эпилепсии с нечетко выраженным очагом локализации: рефлекторная эпилепсия (редкие бессудорожные пароксизмы при раздражении сенсорных анализаторов), олигоэпилепсия (редкие пароксизмальные приступы, могущие повлечь задержку интеллектуального развития), поздняя эпилепсия (редкие припадки, возникновение на довольно позднем возрасте, большие интервалы между приступами, изменения личности не характерны), скрытая эпилепсия (наличие кратковременных приступов, остро начинающихся и внезапно заканчивающихся, с яркими галлюцинациями и бредом, с возможными бессудорожными пароксизмами).

Клиническая картина эпилепсии, очень разнообразна, с различными периодами формирования и действия, протекающая медленно или остро, могущая завершиться и длительной ремиссией, и слабоумием. Предугадать ее развитие можно, опираясь на несколько выявимых факторов: месторасположение и активность эпилептического очага, состояние защитных свойств организма и влияние факторов внешней среды [17].

1.2 Познавательные процессы больных эпилепсии при патопсихологическом симптомокомплексе

Характерными признаками эпилептического патопсихологического симптомокомплекса являются низкая переключаемость, инертность психических процессов, склонность к детализации в восприятии и мышлении, специфические изменения эмоций и мотивации. Более легкий вариант нарушений соответствует на уровне клиники так называемым «эпилептическим изменениям личности». В патопсихологическом исследовании наблюдаются сохранность общей продуктивности, достаточный темп психических процессов, минимальные нарушения операционального компонента мышления. Проявляются склонность к детализации, инертность психических процессов. Эмоциональные нарушения контролируются. Наряду с нарушениями мотивационной сферы сохраняется высокий уровень мотивационной активности. Иная патопсихологическая картина наблюдается в случаях преобладания в клинике специфического интеллектуального дефекта. Выражены непродуктивность и падение темпа психических процессов, нарушения памяти, внимания и всех компонентов мышления. В эмоциональной и мотивационной сферах вместо угодливости и демонстрации гиперсоциальных установок наблюдаются брутальность и эксплозивность [3].

Структура патопсихологического симптомокомплекса включает в себя ряд специфических изменений когнитивной, эмоциональной, мотивационной сфер.

Существенно изменяется темп психических процессов наряду с явлениями общей брадикинезии, у большинства больных они в различной степени замедлены. Когнитивная сфера характеризуется типичными для синдрома особенностями восприятия, памяти, внимания и мышления.

Исследование и описание нарушений познавательных функций у больных эпилепсией, было проведено многими учеными, которые получили значимые результаты, свидетельствующие об отклонении от нормы когнитивных функций таких больных [13].

Ю.В. Микадзе выделяет следующие причины развития изменений психики при эпилепсии:

1. Органическое поражение мозга, обуславливающие очаговые и системные, связанные с перестройкой работы мозга) дисфункции, ведущие к общим изменениям психики и личности;
2. Ранний возраст манифестиации заболевания, приводящий к измененному развитию несформировавшейся психики;
3. Стressовые факторы, сопровождающие наличие эпилептических припадков и ведущие к развитию депрессии, тревожности;
4. Действие противосудорожной терапии на эмоциональную, интеллектуальную и когнитивную сферу больного [20].

Уже в начальной стадии эпилепсии отмечаются изменения подвижности психических процессов. Явления инертности психической деятельности обнаруживаются даже при наличии в анамнезе у больных с начальными проявлениями эпилепсии единичных судорожных припадков при отсутствии еще заметных признаков интеллектуально-мнемического снижения.

Для больных эпилепсией характерен детализирующий тип восприятия, отражающий черты эпилептической психики в перцепции. Испытуемый подробно описывает мельчайшие детали предъявляемых ему изображений затрудняясь в выделении целого. Аналогами детализирующего типа восприятия в мышлении являются снижение уровня обобщения и вязкость. С тенденцией к детализации у больных эпилепсией связано известное уменьшение количества «стандартных» интерпретаций в тесте Роршаха, характерных для здоровых и отражающих присущие норме перцептивные стереотипы. С нарастанием слабоумия уменьшается и количество образов, характеризующихся динамичностью, снижается «показатель движения».

Таким образом, для эпилептического интеллектуального дефекта характерны сочетание таких признаков, как понижение количества стандартных интерпретаций, отсутствие кинестетических интерпретаций, снижение количества ответов с интерпретацией пятна как целого, бедность, стереотипность содержания [4].

В структуре внимания наблюдаются сужение объема и низкая переключаемость процесса, отсутствие источаемого внимания. Наряду с этим отмечается повышенная сосредоточенность на эмоционально-значимых объектах.

Память характеризуется нарушениями операционного, динамического и в меньшей мере мотивационного компонентов, процесса запоминания. В легких случаях обнаруживаются нарушения произвольной репродукции (концентрация внимания на удержании в памяти какого-либо слова приводит к ухудшению способности произвольной репродукции). Смысловая память страдает в меньшей степени, чем механическое запоминание. Долговременная память нарушается мало.

Течение эпилепсии сопровождается неуклонным ослаблением памяти. Вначале обнаруживается нарушение произвольной репродукции: концентрация внимания на воспроизведении в памяти какого-либо слова приводит к ухудшению способности репродукции. На последующих этапах обнаруживаются расстройства удержания и запоминания. Аналогичная последовательность нарушений памяти характерна и для церебрального атеросклероза без грубоочаговой патологии. Кривая запоминания у больных эпилепсией носит своеобразный характер. Количество воспроизводимых слов с каждым последующим повторением либо незначительно увеличивается, либо остается прежним. Не наблюдается, как при церебральном атеросклерозе, уменьшения количества слов, воспроизводимых при последующих повторениях. При более глубоких нарушениях памяти у больных эпилепсией кривая запоминания носит более пологий характер [3].

В структуре мышления выявляются снижение темпа ассоциативного

процесса, шаблонность ассоциаций. Характерны снижение уровня обобщения, склонность актуализировать в качестве опорных при обобщении конкретных ситуационных и личностно-значимых признаков. Типичный стиль выполнения мыслительной задачи - функционально-эгоцентрический. Отмечаются выраженные нарушения динамики - инертность мышления, склонность к детализации и персеверациям. Выявляются также нарушение критичности мышления, выраженный эгоцентризм суждений. Иногда отмечается специфическое резонерство, возникающее на бытовых, личностно-значимых основаниях, часто имеющее оттенок морализации, не сопровождающееся нарушением целенаправленности суждений [5].

Обнаруживаемая при исследовании больных эпилепсией инертность протекания ассоциативных процессов характеризует их мышление как тугоподвижное, вязкое. Эти особенности отмечаются и в произвольной речи больных: они «топчутся» на месте, не могут отвлечься от второстепенных, малосущественных деталей. Но при этом цель высказывания больным не теряется. Инертность, вязкость мышления больных эпилепсией отчетливо проявляется в словесном эксперименте. Об этом свидетельствуют увеличение латентного периода, частые эхолалические реакции, однообразное повторение одних и тех же ответов. Часто на слова-раздражители больные отвечают стереотипными рядами слов либо называют слова из своего профессионального обихода, иногда в качестве ответной реакции подбирают прилагательные, обозначающие цвет данного предмета. Иногда ответные слова относятся к предыдущим словам-раздражителям («запаздывающие» речевые реакции). Включение себя в описываемую ситуацию рассматривается как признак преобладания конкретных представлений в мышлении больных эпилепсией, недостаточности в осмыслении условного характера задания, как проявление эгоцентрических тенденций.

Уже в обычной беседе больные эпилепсией обнаруживают склонность к чрезмерной обстоятельности, детализации. Еще больше эти особенности эпилептического мышления выступают при описании больными сложного

рисунка или при пересказе текста. Больные подмечают совершенно несущественные детали, фиксируют на них свое внимание.

Затруднения в выделении существенных признаков предметов и явлений характеризуют наблюдающиеся при эпилепсии снижение уровня процессов обобщения и отвлечения. Больные эпилепсией производят классификацию по конкретно-ситуационному признаку. При этом можно услышать такие рассуждения: «Морковь, лук, помидор -это я всегда в борщ кладу»; «Врач, ребенок, термометр -все это в больнице, и уборщица в больнице нужна». Характерно образование в процессе классификации нескольких мелких, близких по содержанию групп; например, выделяется посуда металлическая и стеклянная, обувь и головные уборы образуют отдельные группы и не объединяются с одеждой [5].

Часто из наблюдающихся у больных эпилепсией пустых рассуждений создается картина своеобразного резонерства, отличающегося от резонерства при других заболеваниях, прежде всего, от шизофренического. Резонерство больных эпилепсией носит характер компенсаторных рассуждений. Его особенности проявляются в поучительном (типе сентенций) тоне высказываний, отражающих некоторую патетичность и переоценку собственного жизненного опыта, в то время как эти высказывания носят характер неглубоких, поверхностных, бедных по содержанию суждений, содержат шаблонные, банальные ассоциации. Их резонерские рассуждения всегда приурочены к конкретной ситуации, от которой больному трудно отвлечься.

Следует отметить также непонимание юмора больными эпилепсией. Чувство юмора у них тем больше страдает, чем раньше началось заболевание и чем хуже была их успеваемость в школе. Непонимание юмора больными эпилепсией связывают с тугодумием, склонностью к резонерству, затруднениями в выделении существенного и тенденцией к детализации [13].

Характерны наблюдающиеся у больных эпилепсией расстройства речи - замедление ее темпа, употребление уменьшительных слов и речевых штампов,

олигофазии. Речь пациентов своеобразна. Устная речь характеризуется изменениями темпа, часто логореей или олигофазией, использованием уменьшительно-ласкательных суффиксов (слащавость), своеобразием речевой стилистики (патетический, официальный стиль). Письменная речь отличается аккуратностью, педантичностью, каллиграфическим характером почерка, шаблонными фразами и персеверациями.

Непосредственно после припадка при наличии расстроенного сознания у больных обнаруживается асимболия - нарушение способности узнавать предмет и его назначение. По мере восстановления сознания асимболия исчезает, и проявляется амнестико-афатический комплекс (острая после-припадочная олигофазия). Олигофазия проявляется в том, что больные узнают показываемый им предмет и обнаруживают знание его свойств и назначения, но назвать предмет не могут. Затруднения названия предметов в послеприпадочный период неоднородны: более знакомые, обыденные Предметы больные называют раньше, чем менее знакомые по прежнему жизненному опыту [14].

В качестве важнейшей характеристики процесса воображения следует отметить как наиболее типичную черту использование клише.

В структуре эмоциональной сферы отмечаются увеличение амплитуды и снижение подвижности эмоциональных реакций. Выражена склонность к кумуляции аффекта, что в сочетании с нарушением волевого контроля над негативными эмоциями может проявляться в периодических брутальных эмоциональных разрядах. Характерной является диссоциация между демонстрируемой доброжелательностью, угодливостью и внутренней фиксацией на негативных эмоциональных аспектах. Типичны переживание чувства обиды и злопамятность по отношению к конкретным фрустрирующим лицам и обстоятельствам, а также переживание чувства ревности. Возможны длящиеся дисфорические состояния - состояния тоскливо-злобного настроения с постепенно, исподволь накипающим аффектом, который разряжается в бурных аффективных реакциях по часто незначительному,

незаметному для окружающих поводу, играющему роль последней капли [22].

Во всех случаях обнаруживаются специфические нарушения мотивационно-потребностной сферы. Спонтанный уровень мотивационной активности пациентов, как правило, высокий. Отмечается преобладание эгоцентрических мотивов, в случае выраженных личностных изменений - утилитарно-гедонистических. Наблюдается диссоциация с демонстрируемыми пациентами альтруистическими, просоциальными основаниями своего поведения. У больных усилены агрессивные и сексуальные побуждения. В поведении проявляется преимущественная склонность к порядку и аккуратности.

При экспериментально-психологическом исследовании выявлен целый ряд характерных особенностей личности больных эpileпсией. У этих больных была, в частности, обнаружена инертность уровня притязаний. Экспериментально-психологические данные позволяют судить об углубляющихся с течением эpileптического процесса нарушениях самооценки больных, проявляющихся в нарастании неадекватности уровня притязаний уровню реальных возможностей. Для больных эpileпсией характерны также и прогрессирующие нарушения самооценки. По мере углубления психического дефекта нарастают явления недостаточной критичности к себе, недооценка неблагоприятных жизненных факторов, усиливается преобладание импунивных реакций, становится все более частой преувеличенно-оптимистическая оценка будущего.

Можно отметить замедленность в движениях, мимическую бедность. Характерен низкий или невысокий темп работы в эксперименте, что часто существенно удлиняет исследование. Мотив участия в исследовании часто оформляется как стремление соответствовать ожиданиям экспериментатора. Работоспособность в эксперименте варьирует, истощаемость отсутствует. Помощь и подсказка принимаются, но используются ограниченно, в зависимости от степени интеллектуального снижения. Испытуемые часто высказывают благодарность за исследование.

Виды нозологических форм, при которых встречается данный патопсихологический симптомокомплекс, - это генуинная и симптоматическая эpileпсия, органические заболевания головного мозга, последствия черепно-мозговой травмы с судорожным синдромом, органические расстройства личности, эпилептоидная психопатия, личностно-аномальный синдром [3].

1.3 Изменение личности при эpileпсии

При длительном течении заболевания у больных часто появляются определенные, ранее им не свойственные черты, возникает так называемый эпилептический характер. Своеобразно меняется и мышление больного, при неблагоприятном течении заболевания доходящее до типичного эпилептического слабоумия.

Традиционно для больных эpileпсии считался характерным классический тип изменения личности: появление таких черт, как славянность, угодливость, злопамятность, полярность между льстивостью и крайней жестокостью, склонность к дисфориям и т. д. В то же время такая усредненная личностная характеристика оказывается слишком обобщенной и далекой от клинической реальности. Не случайно считавшиеся ранее специфическими для эpileпсии особенности характера могут быть отнесены не только к больным эpileпсией, но и к пациентам с органическим поражением мозга, и сочетаться с функциональными вторичными расстройствами и реакцией больного на свое заболевание и связанные с ним социальные ограничения [17].

Так, при неглубоких характерологических изменениях личности для больных характерна лишь некоторая раздражительность, придирчивость, настойчивость и мелочность, которые, при имеющейся у этих пациентов способности корректировать свое поведение, помогают в процессе работы и учебы формированию целеустремленности, исполнительности, усидчивости и

поэтому межличностные взаимоотношения обычно не страдают. При средней степени характерологических изменений проявляется неуживчивость, склонность к конфликтам, застревание на аффектах, что часто требует исключения пациента от постоянного контакта с большим количеством людей. При выраженных изменениях, проявляющихся злобностью, нетерпимостью, постоянной конфликтностью, агрессивными тенденциями, имеет место значительное нарушение взаимоотношения пациента с коллегами на производстве, в семье, а также снижение способности к адекватному поведению в кризисных ситуациях. Так же, наиболее характерными для больных эпилепсией считаются инертность, тугоподвижность, медлительность и вязкость психической деятельности, которые проявляются в интеллектуально-мнестической, эмоционально-личностной сферах и речи пациентов. Трудная переключаемость в условиях замедленности ассоциативных процессов и двигательных реакций выливаются в своюственную этим больным брадифрению. Отмечаются расстройства внимания и памяти, снижение умственной работоспособности и способности к обучению, снижение запаса представлений, оскудение и замедление речи (олигофазия). У больных эпилепсией наблюдаются аффективная вязкость, чрезвычайная застойность, инертность аффектов. Высокая эмоциональная реактивность, брутальность и в то же время вязкость аффектов приводят к агрессивности больных, обусловливая их высокую социальную опасность. Именно такая аффективная вязкость с внезапной (ситуационно обусловленной) сменой елейности и угодливости на злобную агрессивность, такая полярность аффектов в высшей степени характерна для больных эпилепсией. В совокупности личностные особенности и тугоподвижность всей психической деятельности и составляет тот конгломерат характеристик, который в литературе обозначается как «эпилептический характер». При этом дифференциальное его рассмотрение позволяет обнаружить у некоторых пациентов, в интериктальном периоде на этом фоне хроническое дисфорическое состояние, характеризующееся эпизодами повышенной

раздражительности, которое начинает определять личностный облик пациента, очень отличный от предшествующего благодушного его настроя. Такого рода состояния, с учетом того, что больные эпилепсией стараются быть очень правильными и подробными в своей речи и действиях (вязкость), с трудом выявляются среди этих больных [28].

М. Я. Киссин и соавторы разделили неоднородную группу характерологических расстройств у больных эпилепсией на две подгруппы:

1) основную (облигатную), к которой относятся «глишроидный, или вязкий, эпилептоид» (тугоподвижность, медлительность, тяжеловесность), для которого характерны также педантизм, аккуратность, эксплозивность, гневливость, раздражительность, агрессивность;

2) дополнительную (факультативную), к которой относятся личностные характеристики, не обязательные для эпилепсии: паронояльные, шизоидные, психастенические и истероидные изменения личности. При исследовании эмоционально-личностных нарушений с помощью теста многостороннего исследования личности в модификации Ф.Б. Березина и соавт. личностные характеристики больных височной эпилепсией находились в пределах психической нормы, однако по усредненному профилю отмечено значительное повышение по ряду шкал. Наиболее часто встречались повышение по шкале ипохондрических явлений, депрессивных явлений, истерических и психастенических, у 15,7% выявлено преобладание тревожно-депрессивного синдрома, у 4,9% – ипохондрического, у 2,9% – фобического, и у 5,9% – истерического. Существует распространенные представления о том, что формирование эпилептических изменений личности связано как с воздействием самого эпилептического процесса (энцефалопатией), так и с преморбидными органическими изменениями головного мозга, имеющимися у больного (их характер и выраженность), на фоне которого развивается заболевание, и со вторичной реакцией индивидуума на развивающееся заболевание [19].

Так, эпилептический характер может формироваться до возникновения приступов, предполагая, что эпилептизация нейронов еще до клинического появления эпилептических припадков оказывает негативное дезинтегрирующее влияние на деятельность головного мозга с последующей активацией инстинктивных процессов, управляемых подкорковыми образованиями. Об этом же свидетельствуют результаты, полученные другими исследователями: в 13 % наблюдений изменения личности могут быть выявлены и в начальном периоде (до 3 лет до начала припадков) заболевания, а иногда могут и предшествовать появлению припадков [28].

Некоторые исследователи отмечают зависимость клинической картины от латерализации патологического процесса [22]. При поражении правого полушария наблюдается другая стойкая межпароксизмальная симптоматика – более выраженные эмоциональная возбудимость и импульсивность, истероформные реакции и недооценка тяжести своего состояния. Характерны также повышенная раздражительность, конфликтность, быстрая смена настроения от напряженной экзальтированности с элементами эйфории и дисфории до агрессивных проявлений. П.М. Панченко, И.С. Тец описали, что при правополушарной локализации очага преобладают преимущественно нарушения эмоционально-аффективной сферы. При поражении левого полушария головного мозга течение эпилепсии отличается значительной прогредиентностью. У больных этой группы (особенно на ранних этапах болезни) описана склонность к астено-депрессивным переживаниям и ипохондрическим проявлениям. Фон настроения больных снижен, они чрезмерно обидчивы, слезливы, подозрительны, у них наблюдаются дистимии с оттенком вялой депримированности и монотонной ажитированности, тревожности, склонности к депрессивно-ипохондрическим переживаниям в связи с болезнью. При левополушарной чаще встречаются характерологические изменения, существенно сказывающиеся на поведении больных [17].

Имеются данные, что свойственные эпилепсии личностные, в том числе и психоэмоциональные изменения связываются прежде всего с поражением медиобазальных структур височной доли. Для больных височной эпилепсией по сравнению с группой больных, страдающих общесудорожной формой заболевания, характерна большая фиксированность на болезни и болезненных переживаниях, склонность к формированию идей отношения, подозрительность, аффективная напряженность, интенсивность переживания своей измененности, своей неполноты, нарушения памяти, аутизм, депрессия, изменение личности по шизофреническому типу. В то же время некоторые исследователи подвергают сомнению существенное влияние локализации эпилептического очага на изменения в психической сфере, а некоторые считают неправомерным установление прямых связей между типом болезненного процесса, мозговой локализацией эпилептического очага и изменениями личности различного спектра. Указывается, что эпилепсия представляет собой хроническое заболевание, приводящее к ряду социальных ограничений и дискrimинаций, становящихся причиной личностных переживаний пациентов: деморализации, низкой самооценки и фобического поведения. Установлена зависимость между длительностью течения заболевания и уровнем снижения интеллекта, которое усугубляется возрастными сдвигами [28].

В то же время, по мнению А.И. Болдырева, основными факторами в происхождении изменений личности при эпилепсии в целом являются преморбидные особенности, характер и степень выраженности органического поражения, на почве которого развился эпилептический процесс, а также компенсаторные возможности организма и различные факторы окружающей среды, в том числе – воспитание, обучение, труд, отношение общества к больному [19]. Интеллектуально-мнестические нарушения связаны в основном с поздним началом терапии, ее неадекватностью и частыми приступами. Авторы отмечали некоторое выравнивание интеллектуально-мнестических процессов при прекращении приступов в случае правильно

подобранный терапии. В отдельных работах отмечено, что противосудорожная терапия, купируя пароксизмальные состояния, негативно влияет на настроение и поведение пациентов и способствует нарастанию психического дефекта, в том числе в интеллектуально-мнестической сфере. Некоторые исследователи вообще связывают эпилептические изменения личности почти исключительно с влиянием постоянно принимаемых лекарственных средств, в частности – барбитуратов. Однако существует и иная точка зрения, согласно которой длительный прием антikonвульсантов является лишь одним из многих факторов, способствующим изменениям психической сферы больных эпилепсией [14]. Таким образом, при диагностике и терапии негативных расстройств больных эпилепсией важно различать, как и в отношении других эндогенных расстройств, первичную и вторичную негативную симптоматику. Первичные негативные расстройства присутствуют в качестве устойчивых признаков и могут наблюдаться как в промежуточной фазе заболевания, так и в периоде ремиссии. Они вызваны непосредственно процессом поражения мозговой ткани и резистентны к проводимой терапии.

Вторичные (псевдодефицитарные) негативные расстройства привнесены в картину болезни другими факторами, такими, как депрессия, побочный эффект терапии, явления госпитализма, т. е. недостаточной социальной активности вследствие длительной госпитализации и нахождения в силу этого пациента в условиях определенной социальной депривации [19].

II ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ПОЗНАВАТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ

ИССЛЕДОВАНИЕ

2.1 Организация и методы исследования

Особенности психических процессов у больных эпилепсией выявляются в ходе осмотра, клинического интервью, применения различных патопсихологических диагностических методов. С практической целью применяются как малоформализованные методы диагностики (наблюдение, клиническое интервью, анализ продуктивности деятельности), так и высокого уровня формализации (методики типа функциональных проб, опросники, тесты, проективная техника, психофизиологические методики). Эти методы позволяют изучать как отдельные психические процессы, например, память так и несколько сразу познавательных свойств сразу, например, внимание, мышление, эмоции [21].

Целью настоящей работы является исследования особенности протекания основных познавательных процессов (памяти, мышления, внимания) при эпилепсии и разработка рекомендаций для их развития и восстановления.

Для исследования были выбраны следующие методики.

Методики исследования:

1. Методика «Корректурная проба» [23].

Цель: Методика направлена на исследование внимания — выявляется способность к концентрации его, устойчивость.

Описание: Тест проводится при помощи специальных бланков с рядами расположенных в случайном порядке букв (цифр, фигур), или газетный текст. Испытуемый, просматривая бланк, ряд за рядом, вычёркивает указанные в инструкции буквы или знаки.

Инструкция: «На бланке с буквами вычеркните, просматривая ряд за рядом, все буквы «И». Через каждые 60 сек по команде «черта» отметьте

вертикальной чертой то место бланка, где Вас застала эта команда. Время работы 5 минут».

2. Методика «Таблицы Шульте» [23].

Цель: Исследование переключения, определение объема внимания и динамики и работоспособности.

Описание: Испытуемому поочередно предлагаются пять таблиц на которых в произвольном порядке расположены числа от 1 до 25. Испытуемый отыскивает, показывает и называет числа в порядке их возрастания. Проба повторяется с пятью разными таблицами.

Инструкция: Испытуемому мельком показала таблицу, сопроводила показ словами . На таблице расположены не по порядку числа от 1 до 25». После чего таблицу прикрывают и продолжают: «Сейчас указкой покажи и назови вслух по порядку все числа от 1 до 25. Постарайся делать это как можно быстрее, но не ошибайся»

3. Методика «Запоминание 10 слов», Лурия А.Р. [23].

Цель: оценка состояния слуховой памяти на слова, утомляемости, активности внимания, запоминания, сохранения, воспроизведения, произвольного внимания.

Описание. Методика заучивания десяти слов была предложена А. Р. Лурия. Она позволяет исследовать процессы памяти: запоминание, сохранение и воспроизведение. Методика может использоваться для оценки состояния памяти, произвольного внимания, истощаемости больных нервно-психическими заболеваниями, а также для изучения динамики течения болезни и учета эффективности лекарственной терапии.

Проведение методики нуждается в соответствующей обстановке. В комнате не должно быть посторонних разговоров. Испытуемому предлагают запомнить 10 слов. Они должны отвечать некоторым условиям:

Однообразие: все слова - имена существительные в единственном числе, им. падеже, состоящие из одинакового количества слогов (одно- или

двусложные); Слова по возможности должны быть не связаны между собой (нельзя предлагать для запоминания слова: стол -стул; огонь - вода и т. п.

Инструкция: Инструкция состоит из нескольких этапов. В данном опыте необходимы очень большая точность и неизменность произнесения инструкции и соблюдения условий опыта.

Первое объяснение. «Сейчас я прочту 10 слов. Слушать надо внимательно. Когда окончу читать, сразу же повторите столько, сколько запомните. Повторять можно в любом порядке, порядок роли не играет. Понятно?»

Экспериментатор читает слова медленно, четко. Когда испытуемый повторяет слова, экспериментатор в своем протоколе ставит крестики под этими словами. Затем он продолжает инструкцию (второй этап).

Продолжение инструкции. «Сейчас я снова прочту вам те же самые слова, и вы опять должны повторить их — и те, которые вы уже назвали, и те, которые в первый раз пропустили, — все вместе, в любом порядке».

4. Метод пиктограмм [29].

Цель: исследование особенностей опосредованного запоминания и его продуктивности, а также характера мыслительной деятельности, уровня сформирования понятийного мышления.

Описание: Больному предлагаются запомнить 15-20 слов или словосочетаний. Среди них есть конкретные понятия: вкусный ужин, тяжелая работа, голодный ребенок, хромая учительница, девочка под дождем и т.п. - и более отвлеченные: развитие, сомнение, справедливость и т. п. В зависимости от состояния мышления больного ему предлагаются преимущественно более конкретные или более абстрактные выражения для запоминания. При проведении методики очень важно с самого начала дать больному правильную инструкцию. Перед началом можно спросить, ведет ли он записные книжки, конспекты, как они помогают запоминать, учиться.

Инструкция: «Сейчас я буду называть слова и целые выражения, которые вы должны как следует запомнить, потому что вспоминать вы их

будете не сразу, а через час, после того как выполним другие задания. Слов будет много, скажу вам их всего один раз, поэтому старайтесь быть как можно внимательнее. Для того чтобы вам было легче вспоминать, можно к каждому слову нарисовать что-либо такое, что поможет вам вспомнить заданное слово. Качество рисунка роли не играет, можно рисовать как угодно и что угодно, вы рисуете для себя. Не советую вам ничего писать (ни слова, ни буквы), как правило, это не помогает запоминанию».

5. Методика «Повторение цифр» (субтест VI теста Д.Векслера) [23].

Цель: Методика направлена на определение объёма кратковременной памяти.

Описание: Методика состоит из двух частей. Первая часть направлена на определение объёма памяти и состоит из цифровых рядов разной длины. Длина каждого последующего ряда увеличивается на единицу. Всего имеется 7 рядов.

Во второй части предлагается проба на концентрацию внимания, также состоящая из цифровых рядов.

Общая оценка кратковременной памяти при использовании всей шкалы Векслера даётся по результатам обеих частей субтеста. Но для проведения последующей коррекционно-развивающей работы разделённость пробы на две части очень важна, так как позволяет делать акцент на том или ином её аспекте.

Проведение этой методики требует соблюдения нескольких правил:

1. Цифры произносить предельно чётко с интервалом в 1 сек. (в ритме стартового отсчёта времени).
2. В период от окончания счёта экспериментатором до начала его воспроизведения испытуемым не должно быть никаких звуков.
3. Один и тот же ряд дважды не повторять.
4. Начинать с прямого счёта. По его окончании перейти к счёту в обратном порядке.

Инструкция: Часть 1. Прямой счёт. «Сейчас я назову тебе несколько цифр, а ты, как только я закончу говорить, точно в таком же порядке их повтори. Хорошо? Ну, давай попробуем. Внимание!»

Часть 2. обратный счёт. «Сейчас я скажу тебе ещё несколько цифр, ты их тоже будешь повторять. Только начинать будешь с конца, говорить в обратном порядке»

6.Методика «Оперативная память» [23].

Цель: Изучение кратковременной памяти (для взрослых испытуемых).

Инструкция: «Сейчас я назову Вам пять чисел. Ваша задача – постараться запомнить их, затем в уме сложить первое число со вторым, а полученную сумму записать, второе число сложить с третьим, сумму записать, третью с четвёртым, их сумму записать, и четвёртое с пятым, снова записать сумму. Таким образом, у Вас должно быть получено и записано четыре суммы. Время для вычислений – 15 секунд. После чего я называю следующий ряд чисел. Вопросы есть? Будьте внимательны, числа зачитываются только один раз».

7. Методика «Классификация предметов» [23].

Цель: Методика предназначена для исследования уровня процессов обобщения и отвлечения, последовательности суждений, критичности. Она дает возможность анализа личностных реакций больных на свои достижения и неудачи.

Описание: Метод предложен К.Гольдштейном, видоизменен Л.С.Выготским и Б.В.Зейгарник. Для проведения исследования необходимо иметь набор из 70 карточек, на которых изображены разнообразные предметы и живые существа. Для получения достоверных данных следует пользоваться стандартным набором карточек.

Инструкция: Задание проходит в три этапа с тремя последовательными инструкциями психолога. Испытуемому дается набор карточек с написанными (напечатанными) на них словами.

Первый этап процедуры начинается при так называемой «глухой» инструкции: «Разложи карточки так, чтобы слова, которые подходят друг к другу, оказались в одной группе». Количество возможных групп не оговаривается. В случае, если испытуемый задает вопросы, прежде чем приступить к выполнению задания, ему говорят: «Начинай, дальше увидишь сам».

После того как испытуемый самостоятельно сформировал несколько мелких групп карточек, у него спрашивают, почему те или иные карточки помещаются вместе и какое название им дается. Затем происходит переход ко второму этапу процедуры.

Инструкция на втором: «Ты верно объединил карточки в группы. Дай теперь этим группам короткие названия. Продолжай работу таким же образом».

После того, как все карточки оказались помещенными в группы и всем группам даны короткие названия, экспериментатор переходит к третьему этапу методики. Даётся следующая инструкция: «Точно так же, как ты объединял карточку с карточкой в отдельные группы и давал им названия, объедини теперь группу с группой, не перекладывая отдельных карточек. Таких групп должно быть как можно меньше. Они также должны иметь короткие названия». Если испытуемый на этом этапе формирует больше, чем три группы, ему предлагается сформировать из оставшихся групп 2-3 основные.

8. Методика «Изучение быстроты мышления» [23].

Цель: Методика позволяет определить темп выполнения ориентировочных и операциональных компонентов мышления. Может использоваться как индивидуально, так и в группе.

Стимульный материал: Бланк со словами, в которых пропущены буквы.
Секундомер.

Инструкция испытуемому. Перед вами столбцы слов, в которых пропущены буквы. Ваша задача вставить недостающие буквы. Каждый прочерк означает одну пропущенную букву. Слова должны быть существительными, нарицательными, в единственном числе. Страйтесь работать как можно быстрее. Для выполнения задания дается 3 мин.

9. Методика «Выделение существенных признаков» [23].

Цель: Методика используется для исследования особенностей мышления, способности дифференциации существенных признаков предметов или явлений от несущественных, второстепенных. Кроме того, наличие ряда заданий, одинаковых по характеру выполнения, позволяет судить о последовательности рассуждений испытуемого.

Описание: Для исследования пользуются либо спецбланком, либо экспериментатор предъявляет испытуемому задачи.

Слова в задачах подобраны таким образом, что обследуемый должен продемонстрировать свою способность уловить абстрактное значение тех или иных понятий и отказаться от более лёгкого, бросающегося в глаза, но не верного способа решения при котором вместо существенных выделяются частные, конкретно-ситуационные признаки.

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

10. Методика «Воспроизведение рассказов» [4].

Цель: Методика применяется для исследования понимания и запоминания текстов, об осмыслиении сюжета рассказа, особенностей устной и письменной речи.

Описание: Для проведения опытов экспериментатор должен заготовить значительное количество текстов, напечатанных на машинке и наклеенных на картоне написанных очень крупным шрифтом на плакатах. Должны быть подобраны тексты разной трудности. Больше всего подходят басни и рассказы, имеющие иносказательный смысл либо подтекст, представляющие возможность последующего обсуждения.

Инструкция: Текст может быть прочитан исследуемому экспериментатором, либо исследуемый сам может читать текст. Можно попросить исследуемого рассказать текст устно, а можно предложить ему записать свой пересказ.

11. Методика «Исключение лишнего» [23].

Цель: Исследование способности к обобщению и абстрагированию, умения выделять существенные признаки.

Описание: Набор карточек с изображением четырех предметов на каждой. Одна за другой эти карточки предъявляются испытуемому. Из нарисованных на каждой карточке четырех предметов он должен исключить один предмет, а остальным дать одно название. Когда лишний предмет исключен, испытуемый должен объяснить, почему он исключил именно этот предмет.

Инструкция: «Посмотри на эти рисунки, здесь нарисовано 4 предмета, три из них между собой сходны, и их можно назвать одним названием, а четвертый предмет к ним не подходит. Скажи, какой из них лишний и как можно назвать остальные три, если их объединить в одну группу».

Исследователь вместе с испытуемым решают и разбирают первое задание. Остальные испытуемый по мере возможности разбирает самостоятельно. Если он испытывает затруднения, исследователь задает ему наводящий вопрос.

12. Методика «Понимание переносного смысла пословиц и метафор» [4].

Цель: Методика применяется для исследования мышления больных. Выявляет понимание переносного смысла, умение вычленить главную мысль во фразе конкретного содержания, а также дифференцированность, целенаправленность суждений больных.

Инструкция: Испытуемому называют несколько часто употребляемых метафор и пословиц и просят объяснить их отвлеченный, переносный смысл.

Можно предложить испытуемому привести соответствующие примеры из своей жизни или из прочитанного.

13. Методика «Сравнение понятий» [23].

Цель: Методика применяется для исследования мышления больных, процессов анализа и синтеза.

Описание: Экспериментатор из имеющегося у него набора заготавливает 8-10 пар слов, подлежащих сравнению. Набор содержит разной степени общности, а также и вовсе несравнимые понятия. Методика апробирована, пригодна для исследования детей и взрослых разного образовательного уровня. Применима для исследования лежачих больных или больных малодоступных, отказывающихся выполнять экспериментальную работу. Кроме того, она очень удобна при необходимости повторных исследований больных для оценки изменчивости их состояния.

Инструкция: Испытуемого просят сказать, «чем похожи и чем отличаются эти понятия». Записывают все его ответы полностью. Экспериментатор должен настаивать на том, чтобы больной обязательно раньше указывал сходство между понятиями, а только потом различие. Если больному не сразу понятна задача, можно совместно сравнить какую-либо легкую пару слов.

14. Методика «Понимание сюжетных картин» [4].

Цель: Методика направлена преимущественно на исследование интеллектуального уровня. В процессе исследования удается уловить весь ход рассуждений испытуемого и оценить особенности механизма осмысления в динамике.

Описание: Возможны различные варианты, модификации опыта. Основной заключается в показе больным специально подготовленной серии картин различной сложности, выполненных преимущественно в реалистической манере. Обычно с этой целью используют открытки-репродукции.

Инструкция: Испытуемому показывают картинку и просят рассказать, что на ней нарисовано.

15. Методика «Называние 60 слов» [4].

Цель: Методика направлена на изучение особенностей ассоциаций. Кроме того, по результатам исследования можно судить о богатстве словарного запаса и темпе речевой деятельности больного.

Описание: Методика напоминает ассоциативный эксперимент Юнга. Он предлагал больным называть какие угодно слова, предполагая, что в таком свободном потоке ассоциаций могут раскрыться переживания больного, его подсознательные стремления и опасения. Не вдаваясь в критический анализ такого направления исследований, укажем лишь, что оно теперь крайне редко применяется. Значительно чаще данный экспериментальный прием используется для исследования связности ассоциаций.

Для проведения опыта экспериментатор должен подготовить карандаш и секундомер. Нежелательно проводить этот эксперимент после «классификации предметов».

Инструкция: Исследование проводится под видом проверки скорости речи. Экспериментатор говорит больному: «Давайте проверим, на сколько быстро вы можете говорить. Назовите, пожалуйста, 60 каких угодно слов-все равно каких, только как можно скорее. Страйтесь не называть того, что видите перед собой. Начинайте!».

16. Методика: «Ассоциативный (словесный) эксперимент» [4].

Цель: Словесный эксперимент используется для анализа характера ассоциаций обследуемого и скорости их образования.

Описание: Методика ассоциативного эксперимента была предложена в конце прошлого столетия и широко использовалась для исследования психически больных.

Инструкция: Обследуемому зачитывают заранее подготовленный ряд слов -30-40 существительных, лишенных какой-либо связи. Дается инструкция

- на каждое услышанное слово отвечать любым, пришедшим в голову, и как можно быстрее. Если преследуются - цель - проверить, может ли обследуемый следовать какому-либо более определенному модусу выполнения задания - инструкция может быть соответственно уточнена (например, отвечать только существительным или словом-антонимом, или родовым определением).

17. Методика «Подбор слов-антонимов» [4].

Цель: В результате исследования устанавливается словарный запас больного, устойчивость избранного модуса деятельности, состояние внимания.

Описание: Для проведения опыта нужен бланк со словами. Выбор этих слов, каждое из которых представляет, в сущности, задачу, не так уж прост, и лучше пользоваться проверенными вариантами. Можно предлагать больному отвечать устно, а можно предложить ему записывать слова на бланке. Учитывается время.

Инструкция: «Вот ряд слов. К каждому слову нужно придумать слово противоположного значения. Вот, например...» -и экспериментатор вместе с больным разбирает 2-3 примера.

2.2 Анализ результатов исследования

Испытуемая - женщина, 32 года. Диагноз эпилепсия, поставленный в 6 лет.

При проведении обследования испытуемая охотно шла на сотрудничество. Контакт формировался быстро, носил формальный характер и сохранялся таковым до окончания эксперимента. Мимические проявления бедные. Движения не многочисленные, скованные, поза в основном статичная, голос умеренной громкости, визуального контакта испытуемая не избегала. Эмоциональные реакции средней интенсивности и продолжительности. В

ходе проведения обследования проявляла интерес к предложенными методикам и тестам, комментировала свою деятельность практически после каждой выполненной методики, стараясь объяснять все возникающие недочеты и ошибки. Инструкции к заданиям усваивает. От выполнения заданий и методик не отказывалась, выполняла их четко, аккуратно, старательно. При выполнении целенаправленной деятельности не утомлялась, эффективность работы не снижалась. При анализе речевой продукции выявляется незрелость суждений, бедность словарного запаса, (не знает таких слов, как туберкулез, патриотизм, депрессия, импульсивность, коллективизм и пр.). Темп речи медленный. В речи встречаются слова с уменьшительными суффиксами. В речи встречаются олигофазические явления: могла вдруг забыть, как называется тот или иной предмет, что означает то, или иное слово.

В беседе и при проведении методик очень подробно и с удовольствием рассказывает о себе, откровенно обсуждая любые, даже самые интимные вопросы детально перечисляя все беспокоящие ее жалобы. Отмечается склонность к резонерству и чрезмерной обстоятельности, детализации. Подробно, излишне обстоятельно излагает историю возникновения и развития своего состояния, стараясь не упустить ни одной детали, многократно возвращается к изложению некоторых подробностей, которые считает важными.

Испытуемой свойственна педантичность, особенно в мелочах сторонник справедливости, склонна навязчиво опекать людей. Постоянно подчеркивает положительные стороны своего поведения, склонна критиковать поведение других. «Вам повезло, что вы тестируете меня, с другими из общества плохо что получилось бы, они даже читать не умеют».

Внимание:

Время выполнения проб на внимание превышает среднестатистическую норму. Темп психомоторных реакций снижен. Задания выполняла в медленном темпе. Выявлены крайне низкая концентрация и устойчивость

внимания на объектах (корректурную пробу испытуемая выполнила за 24 мин., допустив при этом 28 ошибок, норма 15 ошибок, в субтесте Вексслера «Повторение цифр» в обратном порядке воспроизводит только 4 цифры, в прямом - 5). Затруднен процесс переключения. При попеременном прибавлении к заданному числу двух других отмечаются ошибки чередования. По таблицам Шульте отмечается: низкий объём внимания (эффективность работы низкая – результат = 3 мин.30 секунд, при норме – 40-45 сек.); степень врабатываемости медленная (результат = 3 мин.57сек., при норме ≤1); отмечается повышенная истощаемость внимания и утомляемость (результат = 3 мин.12 сек., при норме ≤1). При этом отмечается равномерность темпа выполнения задания: на каждую таблицу затрачивается примерно одинаковое время. Снижение избирательности внимания не определяется (в тесте Мюнстербергера вычеркивает 22 слова из 25 за отведенный промежуток времени).

Память.

Выявлены низкие показатели течения мnestической деятельности. В методике на непосредственное произвольное запоминание испытуемая не смогла верно, воспроизвести 10 слов даже после десятого предъявления (в норме к 3 - 5 предъявлению человек должен запомнить 9-10 слов). Кривая запоминания носит характер плато (5-5-6-6-7-7-7-7-8). Продуктивность долговременного припоминания составила лишь 40%. Воспроизведение количества «лишних» слов указывает на расторможенность или расстройства сознания. Испытуемой было употреблено пять раз «лишнее» слова – «соль» (вероятно, по звутию с «стулом», которое также было воспроизведено). В процессе проведения методики испытуемая часто повторяла уже названные им ранее слова. Объём кратковременной памяти снижен (в субтесте Вексслера «Повторение цифр» в прямом порядке воспроизводит только - 5 слов). Оперативная память нарушена (15 цифр, при норме взрослого от 30 и выше). При исследовании процессов опосредованного произвольного запоминания

допустила значительное количество ошибок. Эффективность опосредованного запоминания составила 50% (низкий показатель). Пиктограммы носили конкретный характер, встречались наличия прямых персевераций. Рисуемые образы были эмоционально насыщены, зачастую неадекватны по содержанию предъявляемым стимулам. Процесс точного воспроизведения по пиктограммам был затруднен. Зрительная память в норме. Т.о. обнаруживаются нарушения непосредственного и опосредованного звеньев произвольного запоминания.

Мышление.

Отмечается тугоподвижность, вязкость и инертность мышления. Эти особенности отмечаются в произвольной речи испытуемой: она повторялась, не могла отвлечься от второстепенных, мало существенных деталей. К примеру, в беседе на слово конфликтный – «Я вот вообще не конфликтная. Бывают, что хамят, а я лучше смягчу, не люблю конфликты, я могу со стороны на конфликты посмотреть. Я могу со стороны на конфликт посмотреть, если меня это не касается меня вообще. Если это не у друзей и не знакомых, вот тут бывают на улице, драки начинаются. Сейчас лето начнется, будут на гитарах играть. Еще и дверью хлопать, хотя и написано, что дверь придерживать надо, но кто читает то и кто кого слушать то будет. У меня просто есть такая привычка придерживать двери, я не знаю наверно мама меня приучила».

Скорость и темп ассоциативного процесса замедлены, т.е. нарушена динамика мыслительной деятельности. Вязкость мышления проявляется в ассоциативном эксперименте, отмечается значительное увеличение латентного периода речевых реакций, частота эхолалических ответов, однообразное повторение одних и тех же ответов. Ответы носят стереотипный характер в качестве ответной реакции используются прилагательные, отражающие конкретные свойства предметов, фигурирующих в перечне слов-раздражителей. Такие же особенности обнаруживаются при исследовании с помощью методики подбора слов-антонимов. Выявляется бедность

словарного запаса, прибегает к образованию антонима путем прибавления к заданному слову частицы «не». Наиболее трудным оказывается подбор антонимов к словам абстрактного значения. (тонкий - 2,1 сек. -толстый, грязный-2 сек.—чистый, чужой—1,8 сек.—мой, твердый—2,3 сек.—мягкий, поднимать—2,4 сек.—положить, добродетель—(нет ответа), младший—2,5 сек.—взрослый, забывать—1,8 сек.—вспоминать, победа—15,1 сек— поражение, истина – не истина).

Обнаруживается склонность к чрезмерной обстоятельности, детализации. Испытуемая подмечают совершенно несущественные детали, фиксируют на них свое внимание, отмечается в беседе, пересказе рассказов, при описании сюжетной картинки. Испытуемая хорошо понимает смысл того, что она воспринимает, но понимает и передает все содержание увиденного или услышанного рассказа медленно и очень застrevает на деталях.

Выявлены затруднения в выделении существенных признаков предметов и явлений, испытуемой оказалось трудным из всевозможных признаков отобрать те, которые наиболее полно раскрывают понятие, т.о. у нее затруднен процесс дифференцировки существенных признаков от несущественных, второстепенных. Так в методике «существенные признаки» допущено 16 ошибок, в методике «исключения лишнего» Карточка: пароход, тележка, человек, грузовик «Здесь человек лишний, потому что, машина, тележка, пароход ходят, ездят. Папа всегда говорил, корабли ходят. Они движущие транспорты . А нет, тележка лишняя, потому что, что человек ходит, что корабль ходит, что машина ходит, а тележка сама по себе не поедет, если ее не прицепить. Карточка: аист, стол, молоток, очки «Здесь, молоток и стол ассоциируются, что стол можно починить молотком, а очки можно положить на стол, а птица непонятно зачем здесь. Исключаю птицу. А вообще бы и очки исключила. А так, это мебель, которую можно починить, а очки положить».

Недостаточной оказалась способность испытуемой к абстрагированию, возможности образования новых понятий. Испытуемой оказался не доступен

скрытый смысл большинства известных пословиц и фразеологизмов, что свидетельствует о снижении целенаправленности и критичности мышления.

Выявлены нарушения операциональной стороны мышления по типу снижения уровня обобщений. Оперирование общими признаками предметов затруднено и заменяется установлением конкретно-ситуационных связей между предметами. Умение абстрагироваться от конкретных деталей нарушено. Классификация испытуемой производится по конкретно-ситуационному признаку. (Для компота: яблоня, лимон, груша, яблоко. Используются на кухне: электродуховка, стакан, часы, электроплита, ложка, вилка, буфет. Для салата: капуста, свекла, лук, тарелка, огурец, овощехранилище). Испытуемая легко производит обобщение несравнимых понятий (Кошка-яблоко. Сходство и яблоко и кошка растет, а различия то что кошка это животное, а яблоко это фрукт, растение. Но не знаю, похоже это на сходство, то что кошка яблоком играет еще как мячиком. Если бы Вы сказали котенок. То можно было сказать , что котенок растет и яблоко. Или у кошки мордочка круглая и у яблочки тоже круглое. Еще у кошек глаза круглые такие большие, всегда говорят еще, навостриться и у них такие глаза большие, хотя наверно это больше с ранеткой схожесть, чем с яблоком).

Личностный компонент мышления нарушен. Все силлогизмы сопровождала пустыми рассуждениями, из чего можно заключить, как интеллектуальная работа идет в сторону пустого резонерства. Высказывания носят характер неглубоких, поверхностных, бедных по содержанию рассуждений, содержат шаблонные, банальные ассоциации. Рассуждения приурочены к конкретной ситуации, от которой испытуемой трудно отвлечься.

В результате проведенного исследования выявлены: низкая концентрация и устойчивость внимания на объектах (методика «Корректурная проба, субтест Векслера «Повторение цифр»), сужение объема внимания,

затруднен процесс переключения, медленная степень врабатываемости и снижен психомоторный темп (Методика «таблицы Шульте»).

Выявлены нарушения течения мnestической деятельности. Обнаруживаются нарушения непосредственного и опосредованного звеньев произвольного запоминания. Объём кратковременной памяти снижен. Продуктивность долговременного припомнания низкая (методики «Запоминание 10 слов», «Пиктограммы», субтест Векслера «Повторение цифр»).

Выявлены нарушения мышления. Отмечается инертность, тугоподвижность, вязкость мыслительных процессов. Ассоциативный процесс в связи с бедностью слов и затрудненностью мыслительного процесса очень однообразен (Методики «ассоциативный (словесный) эксперимент», «Названия 60 слов» «Подбор слов-антонимов», «Изучение быстроты мышления»). Имеется склонность к чрезмерной обстоятельности, детализации, наклонность к повторению и застrevаемость, невозможность кратких формулировок. (Методики «Понимание сюжетных картин», «Воспроизведение рассказов»). Нарушения операциональной стороны мышления по типу искажения уровня обобщения. Доминирует ситуативный тип обобщения, признаки выделяются на основе ситуативно-конкретных связей. Диагностируется снижение целенаправленности и критичности мышления, при относительной сохранности категориального строя мышления, а также элементы повышенной психической истощаемости (Методика «Классификация предметов», «Исключение лишнего», «Сравнение понятий»). Затруднен процесс дифференцировки существенных признаков от несущественных, второстепенных (Методики «Выделение существенных признаков», «Исключение лишнего»). Недостаточной оказалась способность испытуемой к абстрагированию, возможности образования новых понятий (Методики «Понимание переносного смысла пословиц и метафор», «Классификация предметов», «Исключение лишнего»)

Выявлены нарушения личностного компонента мыслительной деятельности – явления резонерства.

По результатам всего исследования представляется возможной постановка эпилептического патопсихологического симптомокомплекса, что, однако требует дополнительного клинического подтверждения.

2.3. Рекомендации направленные на восстановление и развитие внимания, мышления, памяти

По данным проведенного исследования можно в качестве рекомендаций по восстановлению и развитию внимания, мышления, памяти, можно предложить следующие техники.

Внимания:

1. Больному предлагают соединить на бумаге точки с расположеными возле них числами в соответствии с возрастанием значений последних, либо в алфавитном порядке соединить буквы, беспорядочно разбросанные на странице.

2. Больному демонстрируют изображения геометрических фигур и просят попарно сравнить их, указав различия в цвете, форме, размере. Вначале предъявляют фигуры, отличающиеся только по одному признаку. Постепенно число признаков, отличающих фигуры, увеличивают.

3. Большого просят показать называемый ему предмет, рисунок, букву или слово. Вначале предлагается искать соответствующие объекты среди двух-трех похожих на них, затем постепенно зону поиска расширяют. При распознавании букв или слов постепенно увеличивают площадь демонстрируемого текста и сходство соседних знаков.

4. Большого просят выбрать среди нескольких картинок ту, содержание которой соответствует называемому помощником предложению. Начинают с выбора из двух картинок, затем число изображений постепенно увеличивается.

5. «Корректура» — вычеркивание из текста определенных букв (сначала одной, потом двух-трех) с фиксированным временем.

6. «Муха» — рисуется квадрат 3×3 клеточки и ребенку предлагается, мысленно удерживая его, перемещать по нему «муху» вверх-вниз, влево-вправо, следя за тем, чтобы она не вылетела за пределы квадрата.

7. «Что изменилось?» — на столе раскладывается ряд предметов, затем некоторые из них, попросив больного отвернуться, меняют местами. Нужно узнать, что изменилось.

В индивидуальной работе могут использоваться задания подобного рода «Найди различия между картинками», «Найди два одинаковых предмета» и т. д.

8. «Прямой и обратный счет» — 1, 20, 2, 19, 3, 18, 4, 17, 5, 16 и т. д. «Наблюдение за двойными картинками» — больному предъявляется картинка с двойным изображением: «профили-ваза», «утка-заяц», «красавица-ведьма» и т.д., после того как больной обнаружит оба изображения, ему предлагается попеременно воспринимать оба изображения, как можно с большей скоростью. Время выполнения упражнения фиксируется — 1-2 минуты.

9. «Таблиц Шульте» - больному поочередно предлагается пять таблиц на которых в произвольном порядке расположены числа от 1 до 25. Испытуемый отыскивает, показывает и называет числа в порядке их возрастания [23].

Память:

1. Перед больным размещают карточки с изображениями предметов, фигур или словами. Затем карточки переворачивают лицевой стороной вниз, а больного просят указать, где находится то или иное изображение или слово.

2. Больному демонстрируют комплект парных карточек с различными изображениями (животных, фруктов, предметов обихода). Все карточки перемешиваются и укладываются лицевой стороной вниз на стол перед пациентом. Больной открывает подряд две карточки, называет изображенные на них объекты и, если изображения совпадают, откладывает эту пару карточек в сторону. Если изображения не совпадают, карточки возвращаются

на свое место лицевой стороной вниз. Затем пациент вновь открывает перед собой две карточки и сравнивает их. Упражнение завершается тогда, когда все карточки будут отложены в сторону.

2. Больного просят запомнить представленный ему набор предметов, изображений либо карточек со словами. Затем больной отворачивается, и в это время какой-либо из объектов убирают. После этого больному предлагают назвать исчезнувший объект.

4 Больному дают для прослушивания или чтения текст, а затем просят ответить на различные вопросы по его содержанию.

5. Больному показывают картинку с какой-либо сценой из жизни, затем ее убирают и задают вопросы по деталям изображения.

6. Больному сообщают определенную информацию, которую просят передать другому лицу через несколько часов или в конце дня.

7. Больного просят описать по памяти здание или пейзаж, придерживаясь следующей последовательности: - самые общие характеристики (размеры, пропорции, форма) - структура (вид, стиль, цвет) - особенности различных частей Пациенту предлагают сопровождать увиденное личными комментариями (что поразило меня?, Что именно мне нравится, а что не нравится).

8. «Пиктограммы» -больному называют слова, словосочетания, и просят к каждому слову нарисуй картинку, по которой он сможешь вспомнить это слово [23].

Мышление:

1. Сортировка объектов: больного просят объединить в группы предметы или картинки с изображениями геометрические фигуры, предметов, животных или обозначающих их слов. Одновременно требуется объяснить принципы категоризации и обосновать причисление каждого объекта к той или иной группе. Принципами объединения объектов в группы могут быть их хорошо различимые внешне признаки (цвет, форма, размеры, вес, расположение), их существенные свойства, их функциональные свойства

(возможность использования в той или иной сфере человеческой деятельности), а также присвоенное этим объектам значение (например, принадлежность к живой или неживой природе) и др. Начинают упражнение с сортировки небольшого числа геометрических фигур, различающихся лишь по одному признаку (например, сортируются равновеликие, но разноцветные треугольники). Постепенно вводят фигуры, отличающиеся по двум (например, цвету и размеру), а затем – по трем (например, цвету, размеру и числу углов) признакам. Больным предлагается повторить сортировку несколько раз, используя различные принципы классификации. Сложность заданий со временем увеличивается. После геометрических фигур переходят к сортировке изображений предметов или животных. Все эти упражнения рекомендуется проводить в игровой форме.

2. Выделение общего признака: больного просят выделить из ряда объектов те, которые отличаются общим признаком. Например, больному предъявляют картинки с изображениями бутылки, кувшина, книги, стакана, чашки, вазы, стула, цветка, и предлагают объединить в группу предметы, в которых можно держать воду.

3. Нахождение сходств и различий: пациенту предоставляют парные карточки с изображениями предметов (например, стул – кресло), названиями природных явлений (например, осень-весна) или понятиями (например, радость-печаль). Для каждой пары картинок требуется найти сходство и различие соответствующих объектов, явлений или понятий.

4. Установление предметов, необходимых для обеспечение деятельности: больного просят назвать предметы, необходимые для осуществления какой-либо деятельности. Например, больного просят назвать вещи, которые он возьмет с собой в магазин или на прогулку.

5. Исключение лишнего: пациента просят исключить из группы объектов предмет, не имеющий общего признака с остальными. Применительно к тренировкам навыков повседневной активности это задание

видоизменяют. Например, больного просят назвать вещи, которые он не оденет для лыжной прогулки.

6. Анализ объектов: больного просят всесторонне охарактеризовать признаки и свойства называемого или показываемого ему предмета (к какой группе относится, из чего состоит, где хранится, как используется, на что похож). В усложненном задании предлагается провести анализ более абстрактных понятий.

7. Завершение незаконченных предложений: больному предлагается придумать завершение начатой фразе. Постепенно переходят от простых предложений (На ночном небе сияют яркие ...) к выражениям с менее однозначной концовкой.

8. Объяснение очевидных фактов: больному предлагаются объяснить очевидные на первый взгляд вещи (зачем человек берет с собой зонтик, выходя на улицу в непогоду, зачем он снимает обувь, идя купаться и т.д.).

9. Составление рассказа по сюжетным картинкам: пациенту предлагаются сочинить рассказ, посмотрев на последовательный ряд передающих определенный сюжет картинок. Требуется указать причинно-следственные взаимосвязи изображенных событий и дать прогноз дальнейшему ходу событий.

10. Упражнение Завершение незаконченного рассказа: пациента просят придумать финал пересказанной ему истории, исходя из логики повествования.

11. Объяснение основной идеи рассказа: больного предлагают дать объяснение основной мысли прочитанного ему рассказа или басни.

12. Установление факта: больного просят выяснить какой-либо факт, задавая собеседнику ряд закрытых вопросов (требующих ответов по типу да/нет). Например, предлагают установить, какой предмет спрятан в коробке. Больного обучают не перечислять в своих собственных вопросах все возможные названия наугад, а планомерно выяснять принадлежность предмета сначала к общим, а затем к более мелким категориям [23].

ВЫВОДЫ

В соответствии с поставленными задачами, можно сделать следующие выводы:

1. В рамках проведенного исследования был сделан теоретический анализ проблемы исследования нарушений познавательных процессов больных эпилепсией. В результате анализа литературы было установлено, что эпилепсия - сложное и неоднозначное явление. Она может либо быть врожденной, либо приобретенной. Эпилепсия заключается не только в припадках, но она меняет всю личность больного, наделяя его эпилептоидным характером. Проблемы нарушений познавательных процессов у больных эпилепсией мало изучена, но есть исследования, которые показали, что у больных с эпилепсией нарушается когнитивная сфера.

2. Была разработана программа патопсихологического исследования при эпилепсии, в которой были подобраны набор патопсихологических методик.

3. С помощью патопсихологических методик было проведено исследования памяти, внимания, мышления женщины больной эпилепсии.

4. Был проведен анализ результатов исследования и сделаны выводы полученных результатов, согласно которым у испытуемой были обнаружены нарушения основных познавательных процессов: памяти, мышлении и внимания.

5. В соответствии с особенностями нарушения познавательных процессов испытуемой, были разработаны рекомендации для восстановления и развития памяти, внимания, мышления.

В результате данного исследования гипотеза нашла свое подтверждения: можно утверждать, что при эпилепсии имеются нарушение инертности, тугоподвижности мышлении и личностного компонента мыслительной деятельности; имеются нарушения непосредственного и опосредованного запоминания; имеются нарушения концентрации и устойчивости внимания.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Авакян Г. Н. Современные аспекты лечения эпилепсии [Электронный ресурс] / Г. Н. Авакян // Атмосфера. Нервные болезни: журнал для практических врачей. – 2005. - № 4. – С.4-8. – URL : <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-aspekty-lecheniya-epilepsii> (10.06.2018).
2. Аскоченская, Т. Ю. Нарушение психических процессов в начальной стадии эпилепсии у детей [Текст] : Автореф. дис. ... канд. психол. наук; спец. 19.00.04 / Аскоченская Татьяна Юрьевна. – М., 1990. – 21 с
3. Блейхер, В. М. Клиническая патопсихология [Электронный ресурс] : руководство для врачей и клин.психологов / В. М. Блейхер, И. В. Крук, С. Н. Боков. – М. : МПСИ, 2002. – URL : <http://medbooks.org/index.files/book/Psihologija> (09.06.2018).
4. Блейхер, В. М. Патопсихологическая диагностика [Электронный ресурс] / В. М. Блейхер, И. В. Крук. - К. : Здоровья, 1986. - URL : <http://www.klex.ru/12j> (09.06.2018).
5. Блейхер, В. М. Расстройства мышления [Электронный ресурс] / В. М. Блейхер, - К. : Здоровья, 1986. - http://www.studmed.ru/bleyher-vm-rasstroystva-myshleniya_6a84d28cceb.html (09.06.2018).
6. Блейхер, В. М. Экспериментально-психологическое исследование психически больных [Электронный ресурс] / В. М. Блейхер. - Т. : Медицина, 1970. - <http://www.med24info.com/books/eksperimentalno-psihologicheskoe-issledovanie-psihicheski-bolnyh-t-medicina/> (07.06.2018).
7. Болдырев, А. И. Психические расстройства у больных эпилепсией [Электронный ресурс] / А. И. Болдырев. - М. : Медицина, 2002. - URL : <http://psihtdocs.ru/boldirev-a-i-psihicheskie-osobennosti-bolenij-epilepsiej.html> (09.06.2018).

17. Лаврушук, М. В. К вопросу об органическом расстройстве личности при эпилепсии [Текст] / М. В. Лаврушук // Российский психиатрический журнал. – 2015. – № 1. – С. 56-62.
18. Лурия, А. Нейропсихология памяти (нарушение памяти при глубинных поражениях мозга) [Электронный ресурс] / А. Р. Лурия. – М.: Педагогика, 1974. - URL : <http://www.klex.ru/8u1> (06.06.2018)
19. Материалы XI международной научно-практической конференции «Психология и медицина: пути поиска оптимального взаимодействия» : сб. [Текст] / под ред. Н. В. Яколева, М. Б. Карева, Н. В. Хитрова. – Рязань : РязГМУ, 2011. – 840 с.
20. Микадзе, Ю. В. Нейропсихология детского возраста [Текст] / Ю. В. Микадзе. - СПб. : Питер, 2008. – 288 с.
21. Петров, В. И. Патопсихологическая характеристика эпилепсии как свидетельство возможности формирования агрессивного поведения [Текст] / В. И. Петров, Н. В. Пантелеева, А.А. Кралько // Военная медицина. – 2015. – № 2. – С. 121-125.
22. Психологическая структура качества жизни больных эпилепсии [Электронный ресурс] : пособие для врачей и мед.психологов / под. ред. д.м.н., профессора Л. И. Вассермана. – СПб. : 2008. – URL : http://bekhterev.ru/content/42/2008_04.pdf (10.06.2018).
23. Рубинштейн, С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии [Текст] / С. Я. Рубинштейн. - М. : ЭКСМО-Пресс, 1999. – 448 с.
24. Рубинштейн, С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии. Приложение [Текст] / С. Я. Рубинштейн. - М. : ЭКСМО-Пресс, 1999. – 304 с.
25. Руководство по психиатрии [Текст] / под. ред. А. В. Снежевского. Т. 2. - М. : Медицина, 1983. - 554 с.
26. Сараджишвили, П. М. Эпилепсия [Электронный ресурс] / П. М. Сараджишвили, Т. Ш. Геладзе. - М. : Медиина, 1977. - URL: <http://vanila.org/viewtopic.php?t=451582> (09.06.2018).

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Авакян Г. Н. Современные аспекты лечения эпилепсии [Электронный ресурс] / Г. Н. Авакян // Атмосфера. Нервные болезни: журнал для практических врачей. – 2005. - № 4. – С.4-8. – URL : <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-aspekyt-lecheniya-epilepsii> (10.06.2018).
2. Аскоченская, Т. Ю. Нарушение психических процессов в начальной стадии эпилепсии у детей [Текст] : Автореф. дис. ... канд. психол. наук; спец. 19.00.04 / Аскоченская Татьяна Юрьевна. – М., 1990. – 21 с
3. Блейхер, В. М. Клиническая патопсихология [Электронный ресурс] : руководство для врачей и клин.психологов / В. М. Блейхер, И. В. Крук, С. Н. Боков. - М. : МПСИ, 2002. - URL : <http://medbooks.org/index.files/book/Psihologija> (09.06.2018).
4. Блейхер, В. М. Патопсихологическая диагностика [Электронный ресурс] / В. М. Блейхер, И. В. Крук. - К. : Здоровья, 1986. - URL : <http://www.klex.ru/12j> (09.06.2018).
5. Блейхер, В. М. Расстройства мышления [Электронный ресурс] / В. М. Блейхер, - К. : Здоровья, 1986. - http://www.studmed.ru/bleyher-vm-rasstroystva-myshleniya_6a84d28cceb.html (09.06.2018).
6. Блейхер, В. М. Экспериментально-психологическое исследование психически больных [Электронный ресурс] / В. М. Блейхер. - Т. : Медицина, 1970. - <http://www.med24info.com/books/eksperimentalno-psihologicheskoe-issledovanie-psihicheski-bolnyh-t-medicina/> (07.06.2018).
7. Болдырев, А. И. Психические расстройства у больных эпилепсией [Электронный ресурс] / А. И. Болдырев. - М. : Медицина, 2002. - URL : <http://psihdocs.ru/boldirev-a-i-psihicheskie-osobennosti-bolenijh-epilepsiej.html> (09.06.2018).

8. Вассерман, Л. И. Методы нейропсихологической диагностики. Практическое руководство [Текст] / Л. И. Вассерман, С. А. Дорофеева, Я. А. Меерсон. – СПб. : Стройлеспечатъ, 1997. - 304 с.
9. Григорьева, И. А. Авторская программа психокоррекционных занятий для больных эпилепсией [Текст] / И. А. Григорьева // Современные исследования социальных проблем. – 2015. – № 6. – С. 54-59.
10. Дзюба, С. В. Состояние когнитивных функций при эпилепсии у детей [Электронный ресурс] / Автореф. дис. ... канд. мед. наук; спец. 14.00.09: 14.00.13 / Дзюба Светлана Владимировна. – М ., 1998. – 25 с. – URL : <https://search.rsl.ru/ru/record/01000216820> (10.06.2018).
11. Дзяк, Л. А. Эпилепсия [Текст] / Л. А. Дзяк, Л. Р. Зенков, А. Г. Кириченко. - К. : Книга-плюс, 2001. – 168 с.
12. Загорная, Е. В. Основы патопсихологии [Текст] : учеб. пособие / Е. В. Загорная; под. Ред. проф. С. Л. Соловьева. - М. : Мир науки, 2018. – 209 с.
13. Зейгарник, Б. В. Патопсихология [Электронный ресурс] : учеб.пособие / Б. В. Зейгарник. - 2-е изд. стеретип. - М. : МГУ, 1986. – URL : <http://www.klex.ru/11n> (10.06.2018).
14. Калинин, В. В. Изменения личности и мnestико-интеллектуальный деффект у больных эпилепсией [Электронный ресурс] / В. В. Калинин // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2004. - № 2. – С.64-73. – URL : http://mniip-repo.ru/view_statiy.php?id=6305 (10.06.2018).
15. Карлов, В. А. Эпилепсия [Электронный ресурс] / В. А. Карлов. - М. : Медиина, 1990. - URL : <http://vanila.org/viewtopic.php?t=451849> (09.06.2018).
16. Костылев, А. А. Когнитивные нарушения при эпилепсии [Электронный ресурс] / А. А. Костылев, Н. В. Пизова, Н. А. Пизов // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2013. - № 4. – С.66-70. – URL : <https://cyberleninka.ru/article/n/kognitivnye-narusheniya-pri-epilepsii> (10.06.2018).

17. Лаврушук, М. В. К вопросу об органическом расстройстве личности при эпилепсии [Текст] / М. В. Лаврушук // Российский психиатрический журнал. – 2015. – № 1. – С. 56-62.
18. Лурия, А. Нейропсихология памяти (нарушение памяти при глубинных поражениях мозга) [Электронный ресурс] / А. Р. Лурия. – М.: Педагогика, 1974. - URL : <http://www.klex.ru/8u1> (06.06.2018)
19. Материалы XI международной научно-практической конференции «Психология и медицина: пути поиска оптимального взаимодействия» : сб. [Текст] / под ред. Н. В. Яколева, М. Б. Карева, Н. В. Хитрова. – Рязань : РязГМУ, 2011. – 840 с.
20. Микадзе, Ю. В. Нейропсихология детского возраста [Текст] / Ю. В. Микадзе. - СПб. : Питер, 2008. – 288 с.
21. Петров, В. И. Патопсихологическая характеристика эпилепсии как свидетельство возможности формирования агрессивного поведения [Текст] / В. И. Петров, Н. В. Пантелеева, А.А. Кралько // Военная медицина. – 2015. – № 2. – С. 121-125.
22. Психологическая структура качества жизни больных эпилепсии [Электронный ресурс] : пособие для врачей и мед.психологов / под. ред. д.м.н., профессора Л. И. Вассермана. – СПб. : 2008. – URL : http://bekhterev.ru/content/42/2008_04.pdf (10.06.2018).
23. Рубинштейн, С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии [Текст] / С. Я. Рубинштейн. - М. : ЭКСМО-Пресс, 1999. – 448 с.
24. Рубинштейн, С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии. Приложение [Текст] / С. Я. Рубинштейн. - М. : ЭКСМО-Пресс, 1999. – 304 с.
25. Руководство по психиатрии [Текст] / под. ред. А. В. Снежевского. Т. 2. - М. : Медицина, 1983. - 554 с.
26. Сааджишвили, П. М. Эпилепсия [Электронный ресурс] / П. М. Сааджишвили, Т. Ш. Геладзе. - М. : Медицина, 1977. - URL: <http://vanila.org/viewtopic.php?t=451582> (09.06.2018).

27. Сивакова, Н. А. Оптимизация диагностики и лечения больных с фармакорезистентной эпилепсией и непсихотическими психическими расстройствами. [Электронный ресурс] : дис канд. мед. наук : 14.01.06. Сивакова Наталия Александровна. – СПб., 2015. – 173 с. – URL : <http://bekhterev.ru/upload/documents/dis-sivakova/> (10.06.2018).
28. Усюкина, М. В. Психические расстройства у больных эпилепсией, препятствующие способности самостоятельно защищать свои права и законные интересы в уголовном процессе [Текст] / М. В. Усюкина, Е. Ю. Харитоненко // Российский психиатрический журнал. – 2015. – № 2. – С. 24-30.
29. Херсонский, Б. Г. Метод пиктограмм в психодиагностике [Текст] / Б. Г. Херсонский. - 3-е изд. перер. и дополн. - СПб. : Речь, 2003. - 120 с.

Протокол беседы

Татьяна Т. 26.03.1986 года рождения проживает в городе Красноярск. 32 года, 2 группа инвалидности (пожизненно). Живет отдельно от матери в собственной комнате в общежитии.

В ходе беседы Татьяна Т. пояснила, что по диагнозу ей ставят эпилепсию, однако она считает, что данного диагноза у нее нет, потому что опухоли нет в головном мозге, а есть только судороги, которые происходят ночью, во время сна. Считает, что врачи не знают, что лучше поставить, поэтому ставят эпилепсию, так как присутствуют судороги. Судороги происходят эпилептические, «пена изо рта, трясет». Сама она их не ощущает, так как спит, а знает со слов близких. Понимает, что был приступ ночью, когда видит на ладонях от ногтей отпечатки, прикушен язык, мокрая простынь, волосы слипаются.

Эпилепсия началась в шесть лет после перенесенной бронхиальной астмы. С 6 лет приступы по ночам постоянные. Так как сильно прикусывала язык, зубы со временем сместились. Были головные боли сильные, сейчас такого не наблюдает. Принимает лекарство- карбамазепин, на протяжении всего заболевания. В прошлом году наблюдалась у эпилептолога в краевой больнице, после того как он ей прописал другие медикаменты от эпилепсии, ее состояние ухудшилось и она была госпитализирована. Поясняла, что в больнице никак не могли прекратить ее приступы, после чего ее мама забрала домой, она отказалась от всех лекарств кроме карбамазепина, и ее состоянии снова улучшилось. В больнице судороги были каждый день, также ночные. (Всё детализирует).

В связи со своей болезнью, ходила к «лекарше», которая лечила ее травами, после чего приступы прекратилась на долгое время, а потом стали

совсем редкими. После нового года всего было пять приступов. Бывают головокружения, раньше могла упасть в обморок(раз в год), и проснуться через какое-то время. Сейчас обмороков уже не было года 4. На частоту приступов влияют менструальный цикл. В связи с чем в данные периоды старается остерегаться, никуда неходить, вниз головой не стоять. После приступов, утром очень сильная слабость, три дня не встает с кровати. Со слов матери знает, что из родственников никто не болел эпилепсией. Со слов близких знает, что ходит во сне. Во время приступов, может кричать во сне, но сама этого не помнит. Страхов не испытывает. Врачей редко посещает.

Сейчас не волнуется, обмороков нет. Головокружения есть, если только вниз головой наклоняется. Кровотечения не бывает. Давление бывает и высокое и низкое. Но чаще нормально 120 на 80. «Если повышается или понижается, пью сладкий чай пью и помогает или мяту».

К заболеванию, относится нейтрально, отмечает, что из-за него только на работу не берут.

В жалобах отмечала, что не может забеременеть, хотя врачи говорят, что иметь детей может. Врач ей пояснила, что как только она родит ребенка, приступы могут прекратиться.

С двух лет проживала с матерью отчимом.

Отец- Попель Константин, 26.04.1966 года рождения, с двух лет не живет с ними. Общается редко с ним. Отмечает, что он ни курил и не пил, состояния здоровья было хорошее. Психическими заболеваниями не болел.

Отчим- Басов Андрей Владелентович, 1965 года рождения, умер год назад. Проживала с ним и матерью с 2 лет в г. Якутия. В 13 лет, переехали в г. Красноярск. Род деятельности - слесарь сантехник. Отношения с ним были всегда прекрасные, никогда не кричал, не ругался, всегда заступался.

Мать - Басова Светлана Викторовна, 29.08.1966 года рождения, занимается фасовкой, до этого она работала в охране Тамерлан, обучала операторов. Заболеваний не имеет, кроме того, что у нее волосы жидкие.

С матерью сейчас прекрасные отношения. Когда проживала с мужем, была грубой, очень жесткой, часто кричала, ворчала. Пыталась защитить своего мужа перед матерью, всегда с ней спорила. Отмечает, со слов матери, что стала спокойней, меньше раздражительнее, не кричит, не возмущается и всегда улыбается, после развода.

То что она грубила матери, не замечала. Стала, это понимать, когда начала встречаться с новым молодым человеком, появились друзья в обществе, с ними стала проводить время.

Брат - Басов Олег Константинович, 24.03.1984 года рождения, 34 года. Окончил радиотехнический техникум, работает электриком, проживает с девушкой. Брат злоупотребляет алкоголем, поэтому общается с ним редко. Переживает за него.

Брат- Басов Николай Андреевич, 09.06.1989 года рождения. Занимается строительством, женат, имеет двоих детей своя машина. Взаимоотношения с ним прекрасны. Всегда помогает ей в сложных ситуациях. Никаких заболеваний не имеет.

Алкоголизмом, наркоманией, туберкулезом, сифилизом в семье никто не болел, злокачественных опухолей, суицидов не было.(Что такое суицид, туберкулез не знает).

Состояла в браке с Турбаевым Николаем, 4,5 года. В марте 2018 года официально развелась. С мужем жила плохо, из-за того, что он злоупотреблял алкоголем. Из-за пьянок, были постоянные ссоры. Мог прийти с работы, но домой не заходил, а шел в другую комнату в общежитии, где распивал напитки с друзьями. В ссорах мог ударить по столу, от чего Татьяна пугалась и начинала кричать, могла надрывать голос в ссорах.

Ссоры происходили из-за того, что ей не нравилось, что он постоянно пил. Когда он начинал на нее кричать, она еще больше злилась и тоже начинала кричать.

Отмечает, что дома всегда все было приготовлено, так как к этому ее мама приучила. В квартире все было куплено на ее деньги, муж денег практически не давал.

(Очень подробно рассказала, все нюансы семейной жизни)

Муж с ней никуда не ходил, злоупотреблять спиртными в конце семейной жизни стал чаще, после чего она стала больше времени проводить с друзьями из общества инвалидов. Там познакомилась с парнем - Виталием, который сейчас проживает с ней. «Мы с ним познакомились здесь в Обществе 28 декабря, у нас была дискотека. Он пришел с моими друзьями, он с ними учился. Потом 2 января решили отмечать новый год у Саши дома, друга моего и его. Я пришла со своим мужем, никто не пил кроме него. Он часик посидел, и ушел, а я осталась. Я стала к Саше часто приходить, сказала ему, что мне нравится Виталий а он тоже самое сказал. И я ему сказала, что если он хочет меня добиваться, пускай добьется. И он стал ухаживать за мной. Когда я сказала, что буду разводиться, только тогда мы с ним поцеловались первый раз. И когда развелась, Виталия переехал ко мне. Мужу нужно было только место жительства от меня. Мы узнали, что один парнишка с Общества писал мужу смски, что я с другим целуюсь. Муж мне потом сам их показал мне. Когда подали на развод, он мне сказал, что я ему якобы изменила». Виталий помог принять решение с разводом.

На вопрос как относился муж к ее заболеванию, пояснила, что он хвастался. «Когда я болела, он якобы мне помогал, сидел со мной. Но такого не было. Эта была невестка, она жила в соседней комнате. Просила ее вызвать скорую. Мужу звонила, чтобы он приехал, а я только глаза закрывала, он сразу уезжал. А еще когда я засыпала, и могла часа в 2 ночи проснуться, его не было. Он убегал, где то пил у мужиков. Меня это стало раздражать».

Кем точно работал, муж пояснить не смогла. «Брал объекты, но я думаю, он не брал эти объекты, а где-то пил, поэтому я спиртное вообще не признаю. А этому моему молодому человеку, быстрее бы домой приехать, чтобы меня обнять».

Когда жила с мужем, похудела, потому что постоянно нервничала, были частые приступы, два-три раза в неделю. «Потому что я нервничала и волновалась, а я ранимый человек, а как по-другому. Я звоню, а он еще и недоступен. Ходила вся в слезах. Я поначалу его любила. А когда я Виталию полюбила, я поняла, что Колю никогда не любила, а жалела его, что куда он пойдет без меня. А он себе как то взял кредит и купил себе кредит на 16 тыс, и даже не сказал».

Виталий, младше на 2 года. Очень заботиться о ней «снимает обувь, ручки целует». Работает грузчиком. Окончил коррекционную школу, пишет и читает очень плохо. Занимается с ним правописанием. Хотят иметь детей. Решили, если забеременеет, то поженятся.

К спиртному относиться негативно. Пробовала когда в юности, когда училась в лицее. Когда увидела по телевизору, что с ее заболеванием вообще нельзя злоупотреблять, перестала его употреблять даже в малых количествах. При своем заболевании не пьет, газировку, кофе, только чай, цикорий, соки. Наркотики никогда не пробовала. Раньше курила (1 пачка на три дня), уже 6 лет как бросила. Когда начала курить не помнит. Лет пять курила. «Я боялась бросить пить и курить, что соседи с общежития от меня отвернуться, так и получилось. Я перестала, не пила не курила, на меня искоса стали смотреть. Перестали общаться со мной».

Мать родила ее в 20 лет, при родах, по вине акушерки поврежден немного шейный позвонок. Поясняет, что чувствует это, так как шейный позвонок и лопатка левая болит. Врачи отмечали, что это могло повлиять на эпилептические приступы.

Мать во время беременности алкогольные напитки не употребляла.

Как развивалась в детстве не помнит. В школу пошла в 6 лет. Страхов не было, застенчивой в детстве не была. Сны видит как наяву. На вопрос в какие моменты сняться такие сны, пояснила, что когда ее хотят о чем то предупредить, предостеречь. (Рассказала, про сон, что бабушка, которая

умерла хотела затащить в окно. А невестка с братом сказали, что никуда мы ее не пустим и закрыли окно). От чего предостерегали не смогла пояснить. (вопроса не поняла, и стала отвечать на другое).

Кошмары снятся, когда она чем то расстроена или устанет. Также если увидит по телевизору, что-нибудь неприятное. Врачи запретили смотреть фантастику, чего она никогда не делала. Ссоры с мужем были из-за этого, муж включал на ноутбуки сериалы фантастические, а она их также видела. Возможности не смотреть не было, так как жили в общежитии в одной комнате.

В детстве играла на фортепьяно, три года, перестала учиться потому что денег не было. В садик не ходила, сидела дома с бабушкой. Пошла в 6 лет в школу. Любила классики, куклы, в мячик баскетбольный играть, с мальчиками по гаражам лазить.

Конфликтов не было, была пухленькая, отмечает, что никто никогда не обзывал ее, а другую девочку полную обзывают. После того как приехали из Якутии, в г. Красноярске пошла в 7 класс. В школе была общительной, конфликтов ни с кем не было.

В школе любила ОБЖ, русский и литературу, стихи ,диктанты, сочинения. Химия, физика давались тяжело. Книжки не особо любит читать. Любит рисовать

До 7 учились 4-5, а после как скатилась на 3. Как вернулись в Красноярск, ей было сложно учиться. Отмечает, что память очень плохая, плохо запоминает, особенно даты.

Образование неполное среднее, 9 классов. « У меня мама когда спросила, пойду ли я 11 класс, вот зачем она у меня это спросила, я взяла и сказала, что не пойду. Не пошла, просто так, не захотелось, раз мама не против была. Сейчас бы я конечно пошла, жалею теперь. Хоть сейчас бы снова пошла, опять в школу хочу».

После школы поступила в училище на портного, после года обучения бросила. Потом окончила училище по вязанию на трикотажных машинах. По

профессии нигде не работала. Устроиться никуда не пыталась. Мама устраивала мойщицей посуды в детском саду, а также мыть стены в охранном агентстве, долго там работать не смогла, так как кружилась голова, когда наклонялась, а когда сидела, на корточках болели ноги.

В школе были друзья, но сейчас ни с кем не поддерживает отношения, так как потеряла связь с ними. С учителями отношения были хорошие, никогда ни с кем конфликтом не было.

Месячные начались в 13 лет, протекали болезненно, цикл был долгий, когда стала жить с мужем цикл восстановился, протекать стали нормально.

Когда половая жизнь началась, не помнит может лет в 15. Беременностей не было. Никогда не предохранилась. (рассказала все в подробностях)

Доход- пенсия, сейчас помогает парень с которым проживает.

«Я маме благодарна, что она меня так воспитала, как нормального ребенка, а не сюсюкала как инвалида, не было жалости. Просто у нас есть такие ребятишки, которых так родители жалеют. Я всегда была самостоятельной. Мама думала, что я буду налево и направо тратить деньги. А я наоборот откладывала (все детализирует, где и откуда вещи, когда и сколько отложила)».

Состоит в обществе инвалидов. Пришла в общество 12 лет назад, у них организован досуг, участвует в сценках, выезжаю с выступлениями. Увлекается вязанием, рисованием (рисовываю рисунки из сказок). На праздники учит стихи. (Не знает, что такое депрессия, импульсивная, патриотизм, зависимость, пунктуальность).

Любит советские фильмы (перечисляет).

На вопросы поясняет, что тревожность, бывает. «Если я правильно поняла, за парнишку переживаю». Незлопамятная, «пакости никогда не делаю». Не обидчивая «но смотря на что». Не замкнутая. Перед молодым человеком до сих пор стесняюсь. Ревнивая, «Стала ревнивой, когда с мужем жила. (рассказала подробно о случае про то, как приревновала). Раньше была

сварливая. Раздражительная. «Не люблю когда наговаривает на других . Не люблю когда врут. Я сама то не люблю врать». Не эгоистичная. «Я лучше другого накормлю. Чем себе. Если я смогу кому о чем-то помочь, то я помогу».

Приложение 2.

Таблица.

БЛАНК:

бөөлийнцевтргшоцрайонзгучновостъхэыгчяфактуекэкзаментроч
ягшигципрокуроргурстабиетеорияентсджэбъамхоккейтресиы
фцуйгзхтелевизорсолджшхюэлгшьбанамятышогхеюжпждргш
хэнздвосприятиицукенгшшхъвафыапролдблюбовъавфырпл
ослдспектакльячсмитьбюжюерадостьвуфцпэждлорпкнародш
лджхэшшгиенакуыфийпрепортажэждорлафывоефъконкурс
йфячыцуvsкаличностьзхжэеюдшшглоджэпрняваниедтлж
эзбытдщшпжнпркывкемедияшлдкцуйфотчаяниейфоячвтлдже
хъфтасенлабораториягшдцируцтргшштлроснованиезшдэркэ
нтаопрукгвсмтрнеихиатрияблмстчийсмтзацэагнтэхт

01.06.06 бр.

Приложение 4

Методика «Повторение цифр в прямом и обратном порядке (тест из методики Вексслера)

Инструкция. Испытуемый должен повторить ряды цифр в прямом, а затем в обратном порядке. Засчитывается столько баллов, сколько цифр удается повторить испытуемому правильно.

Максимальная оценка — 15 баллов.

О низкой переключаемости свидетельствует отставание итоговой оценки «обратный счет» от прямого.

Повторение цифр в прямом порядке	Оценка
5 8 2	3
6 9 4	3
6 4 3 9	4
7 2 8 4	4
4 2 7 3 1	5
7 5 8 3 6	5
6 1 9 4 7 3	6
3 8 2 4 9 7	6
5 9 1 7 4 2 8 (3)	7
4 1 7 9 3 8 6 (15)	7
5 8 1 9 2 6 4 7	8
3 8 2 9 5 1 7 4	8
2 7 1 3 6 9 5 8 4	9
7 1 3 9 5 2 4 6 8	9

Повторение цифр в обратном порядке	Оценка
2 4	2
5 8	2
6 2 9	3
4 1 5 (19)	3
3 2 7 9	4
4 9 6 8 (4)	4
6 1 8 4 3 (4)	5
5 3 9 4 1 8 (6)	5
7 2 4 8 5 6 (13) 56	6
8 1 2 6 3 9 5 (18) 6 2 7	6
7 2 8 1 9 6 5	7
9 4 3 7 6 2 5 8	7
4 7 3 9 1 5 8 2	8
	8

Приложение 5

1. Сад (растения, садовник, собака, забор, земля).
2. Река (берег, рыба, рыболов, тина, вода).
3. Город (автомобиль, здание, толпа, улица, велосипед).
4. Сарай (сеновал, лошадь, крыша, скот, стены).
5. Куб (углы, чертеж, сторона, камень, дерево).
6. Деление (класс, делимое, карандаш, делитель, бумага).
7. Кольцо (диаметр, алмаз, проба, округлость, печать).
8. Чтение (глава, книга, печать, картина, слово).
9. Газета (правда, приложение, телеграммы, бумага. редактор).
10. Игра (карты, игроки, штрафы, наказания, правила).
11. Воина (самолеты, пушки, сражения, ружья, солдаты).
12. Книга (рисунки, война, бумаги, любовь, текст).
13. Пение (звон, искусство, голос, аплодисменты, мелодия).
14. Землетрясение (пожар, смерть, колебания почвы. шум, наполнение).
15. Библиотека (город, книги, лекция, музыка, читатели).
16. Лес (лист, яблоня, дерево, охотник, волк).
17. Спорт (медаль, оркестр, состязание, победа, стадион).
18. Больница (помещение, сад, враг, радио, больные).
19. Любовь (розы, чувство, человек, город, природа).
20. Патриотизм (город, друзья, родина, семья, человек).

Таблица

Перед Вами столбцы слов, в которых пропущены буквы. Ваша задача вставить недостающие буквы. Каждый прочерк означает одну пропущенную букву. Страйтесь работать как можно быстрее.

18

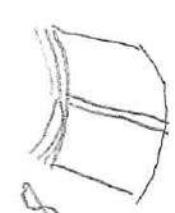
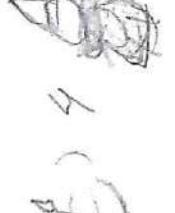
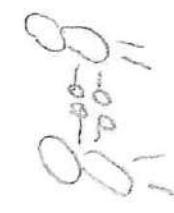
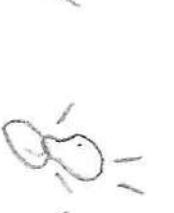
Д ^Л О	П ^Л -А	З-О-ОК	С-Я-О-ТЬ
К ^Ш А	О-Р-Ч	К-Н-А	К-С-А-НИК
С ^Д А	К-Р-ОН	С ^Е -ЛО	У-И-Е-Ь
В ^З А	З-Р-О	К ^Ы -А	А-Е-Ь-ИН
Н ^Г А	В-С-ОК	Т ^Р -А-А	С-А-Ц-Я
М-НА	С ^Г -ОБ	К-У-КА	Ч-Р-И-А
Д ^Л Я	В-Т ^Х -А	С ^В -КА	К-П-С-А
К ^Н О	П-Д-АК	С-У-А	Т-У-О-ТЬ
Б ^Е ДА	П-Р-А	С-А-А	С-Е-О-А
Ч ^У ДО	Б-ЛОН	П-Е-А	К-Н-О-А

Приложение 7
Таблица

Понятие	Разъяснения	Воспр-е	Формал. Оценка
1. Весёлый праздник	человек из сказки, Новый год, праздник.	праздничный день	
2. Тяжёлая работа	человек, который его выполняет, ему некуда, и что нечего делать	какая-то сила	
3. Вкусный ужин	Горячий со специями, но не очень вкусный ехерес	вкуснее, чисто, превосходного терта	
4. Болезнь	человек устремившийся в школу и между собой дружил, ему болело разболелась крепко болелось рука синяк синяк	болезнь	
5. Печаль	это грустное лицо	печаль	
6. Счастье	это веселое лицо, это радость	радость	
7. Любовь	это лицо с чувством, которое всегда любит, подружит	всегда готовой подружить	
8. Развитие	книга, которая приносит ученику, (автор)	ученик	
9. Разлука	это человек и проводник, чтобы когда разошлись все друг от друга рассадиться, один в одну единицу	несправедливость разводят в	
10. Обман	это чувство фальшивого, другому показывая одно, а другому другое о другом другим - это несправедливость	несправедливость	
11. Победа	Победа	победа	
12. Сомнение	человек с сомнением, беспокоящим, в котором есть путь, который страшно опасен для него. И в сомнении	сомнение	
13. Вражда	это два человека друг другу	ненависть	
14. Справедливость	это чувство когда несправедливость делает ошибку по отношению к тому, который, если первому ровно	справедливость	
15. Дружба	это человек однажды	дружба	

11 приспособл.

Novak
1044242401
06091924201

- 1 
- 2 
- 3 
- 4 
- 5 
- 6 
- 7 
- 8 
- 9 
- 10 
- 11 
- 12 
- 13 
- 14 
- 15 

Таблица

Против каждого из данных слов напишите слово противоположного значения

1. Тупой - острый 2,3
2. Тонкий - толстый 2,1
3. Грязный - чистый 2
4. Исчезновение - появление 9
5. Чужой - войной 1,8
6. Низ - верх 1,3
7. Крупный - маленький 1,4
8. Враг - друг 1,5
9. Младший - старший 2,5
10. Отталкивать - притягивать 2,3
11. Удаление - ближайшее 1,3
12. Высокий - низкий 1,8
13. Внешний - нет отв.
14. Твердый - мягкий 2,3
15. Сухой - влажный 2,8
16. Красивый - непривлекат. 2,4
17. Исправление - нет отв.
18. Множить - делить 2,5
19. Громкий - тихий 2,4
20. Спокойствие - испуганность 2,5
21. Сходство - различие 2,5
22. Меньшинство - большинство 2,6
23. Поднимать - заносить 2,4
24. Беречь - небречь 2,8
25. Разрешать - запрещать 3
26. Скупой - расхилтый 2,1
27. Починять - развалить 9
28. Порицание - ласковое 9
29. Голод - сытый 3,5
30. Забывать - вспоминать 1,8
31. Легко - тешено 2,8
32. Победа - поражение 15,1
33. Бодрость - нет отв.
34. Просторно - узкое.
35. Приказывать - запрещать 5
36. Исключительный - обычный 3,1
37. Мирить - нет отв.
38. Неуклюжий - уклоняющийся 2,3
39. Разрушать - сохранять,
40. Суживать - широко
41. Спешить - откладывать 2,9
42. Горе - радость 2,1
43. Спор - мир 3,8
44. Наступление - отступление 4,1
45. Истина - ложь 5,1
46. Скрытность - нет отв.

Приложение 10

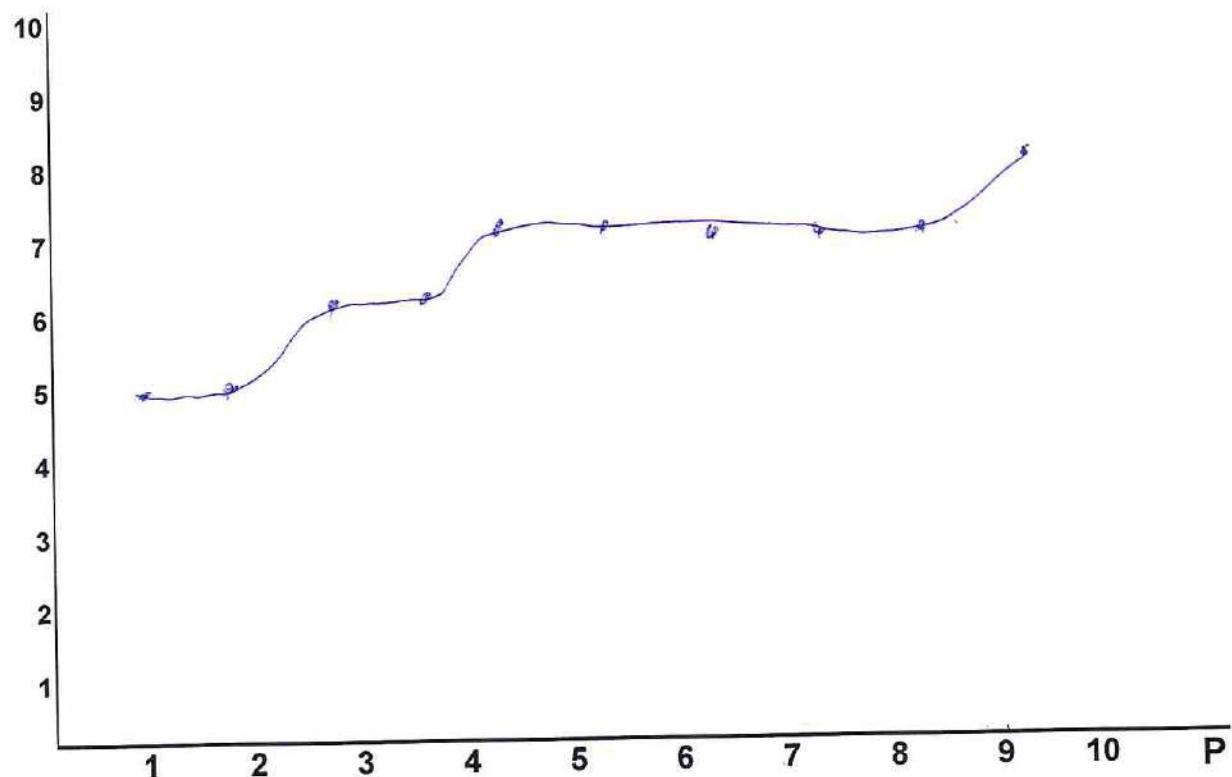
Слово-раздражитель	Лат. период	Ответ 1	Лат. период	Ответ 2	Лат. период	Ответ 3
1. Хлеб		бухарский				
2. Лампа		жар				
3. Пение		песнь				
4. Колесо		нашикъ				
5. Красота		расцвѣтъ				
6. Война		перемицъ				
7. Красный		красній				
8. Воздух		чистый				
9. Голубой		голубій	✓			
10. Звонок		чимакъ				
11. Гора		брюхачъ				
12. Луна		человѣкъ	человѣкъ			
13. Смех		редкотъ				
14. Брат		иерихъ				
15. Лечение		лечебній				
16. Топор		острый и тупой				
17. Голова		чешмъ				
18. Бежать		спеши				
19. Ягода		богучаръ				
20. Шуметь		шумчесъ				
21. Глубина		глыбъ				

Таблица

Чувствительность 11

	мел	сор	конь	шкаф	звук	стул	рот	лен	игла	тень
1	✓				✓		✓	✓		
2	✓		✓			✓		✓		✓ <i>соль</i>
3	✓		✓			✓	✓	✓		<i>соль</i>
4	✓	✓	✓		✓✓		✓	✓		
5	✓	✓✓	✓		✓	✓	✓			✓ <i>соль</i>
6	✓	✓	✓	✓✓		✓		✓		
7	✓	✓	✓✓	✓✓	✓		✓	✓		
8	✓	✓	✓	✓		✓✓	✓✓	✓		
9	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓		
10	✓	✓	✓✓	✓✓	✓	✓		✓	✓	<i>соль</i>

Ретенция	5	5	6	6	7	7	7	7	7	8
----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---



Приложение 12

Методика классификации понятий.

1. Этап

Для компота: яблоня, лимон, груша, яблоко
Используются на кухне: электродуховка, стакан, часы, электроплита, ложка, вилка, буфет ,
Для салата: капуста, свекла, лук, тарелка, огурец, овощехранилище,
Животные: лев ,тигр, слон, медведь,
Люди: моряк, футболист, ребенок
Насекомые: муравей, муха, светлячок,клоп,
Птицы: голубь ,гусь, ласточка, скворец, сазан
Рыбы: карп, кит
Инструменты: топор, молоток, пила
Для ребенка: кукла, юла, тетрадь, барабан, мяч портфель,
Спальня: книга, кровать, подушка, одеяло, матрац , ,
Мебель для одежды: шкаф, платье
Зима: шапка, снег
Музыкальные инструменты: пианино, скрипка
Ночь: луна, телевизор, прожектор, фонарь ,
Приборы (Когда нет света) :свеча, керосиновая лампа, электролампа, примус,
Путешествие: самолет, компас, ботинки, велосипед, глобус , пароход , колесо, грузовик , , телега,
рубль,
В больнице используются: весы, термометр, уборщица, доктор,
Для шитья: сантиметр, ножницы, щипцы,
Лето: град , дождь, сосна, солнце, роза

2. Этап

Кухонные принадлежности:

Для компота: яблоня, лимон, груша, яблоко
Используются на кухне: электродуховка, стакан, часы, электроплита, ложка, вилка, буфет ,
Для салата: капуста, свекла, лук, тарелка, огурец, овощехранилище,

Живые существа:

Животные: лев ,тигр, слон, медведь,
Люди: моряк, футболист, ребенок
Насекомые: муравей, муха, светлячок,клоп,
Птицы: голубь ,гусь, ласточка, скворец, сазан
Рыбы: карп, кит

Что использует человек:

Инструменты: топор, молоток, пила
Для ребенка: кукла, юла, тетрадь, барабан, мяч портфель,
Спальня: книга, кровать, подушка, одеяло, матрац , ,
Мебель для одежды: шкаф, платье
Зима: шапка, снег
Музыкальные инструменты: пианино, скрипка

Ночь: луна, телевизор, прожектор, фонарь ,
Приборы (Когда нет света) :свеча, керосиновая лампа, электролампа, примус,
Путешествие: самолет, компас, ботинки, велосипед, глобус , пароход , колесо, грузовик , телега,
рубль,
В больнице используются: весы, термометр, уборщица, доктор,
Для шитья: сантиметр, ножницы, щипцы,

Лето: град , дождь, сосна, солнце, роза

Исключение лишнего

Карточка: пароход, тележка, человек, грузовик

«Здесь человек лишний, потому что, машина, тележка, пароход ходят, ездят. Папа всегда говорил, корабли ходят. Они движущие транспортные. А нет, тележка лишняя, потому что, что человек ходит, что корабль ходит, что машина ходит, а тележка сама по себе не поедет, если ее не прицепить.

Карточка: балалайка, радио, телефон, конверт с письмом.

«Лишний конверт, потому что балалайка, радио, телефон звонят, вернее звук издают, а конверт нет.

Карточка: аист, стол, молоток, очки

«Здесь, молоток и стол ассоциируются, что стол можно починить молотком , а очки можно положить на стол, а птица непонятно зачем здесь. Исключаю птицу. А вообще бы и очки исключила. А так, это мебель, которую можно починить, а очки положить».

Карточка: яблоко, книга, роза, шуба

«Наверно книжка, а нет не книжка. А наоборот шубу лишняя, потому что книжку можно читать, при этом есть яблоко, а розу можно держать в руке или рядом поставить,. А в помещении не будешь же в шубе находиться, а на улице, навряд ли держать розу и есть яблоко в шубе. То есть исключаю шубу, потому что во время чтения можно посмотреть на розу и кушать яблочко, а шуба потому что она зимняя одежда.

На вопрос как можно объединить в одну группу: «Смотреть, читать и кушать» . Я могу и с шубой соединить, сидеть в шубе, читать книжку , есть яблоко и держать в руке розу. Я же еще тот фантазер.

Пересказ рассказа.

-Это совсем не сложно.

«Лев и мышь».

-Лев и мышка. Лев, поймал мышку и мышка сказала, отпусти меня, я тебе потом сделаю добро то есть, сделаю так, что и тебя потом как-нибудь освободят, но он рассмеялся, но ради интереса отпустил ее, посмотреть, что потом будет. А потом так получилось, что в один день, на охоте, охотники поймали льва и связали веревкой толстой его, а мышка услыхала рев льва и перегрызла все веревки, и сказал, помнишь ты смеялся над моими просьбами, то что я тебя спасу. И вот я тебя как видишь и спасла. То есть нужно всегда делать добро, и тебе потом может оно вернуться, всегда так в жизни происходит. Я всегда стараюсь делать всем добро.

«Муравей и голубка»

Муравей подошел к воде, чтобы напиться, но тут волна пришла и его этой волной захлестнуло в воду, он чуть не утонул. А тут пролетала голубка мимо с веточкой. Вернее, голубка, как сказать откуснула, в общем голубка летела сразу с веточкой и увидала, что муравей уже скоро может захлебнуться и утонуть и бросила ему веточку на помощь. А потом, муравей спасся, а голубку, охотники сетью закрыли, поймали. Муравей увидел, то, что она же добро мне сделала, а как ее поймали и ее из-за меня же могут убить. Он взял укусил охотника сильно и у того, так получилось, что он случайно отпустил сеть и голубка вспорхнула и улетела.

Вот я так думаю, что с другими у нас, которые ходят в общество Вам бы наверно тяжело было, они ведь не читать не писать не умеют и считать не умеют.

Рассказать, что произошло на картинке.

-Это не сложно. Мальчуган, который проходил мимо, швырнул камень в стекло. Вот этот парнишка, просто мимо проходил, а мужичок подумал на этого парнишку и поймал его, а этот стоит ухмыляется над ним, а то что попало не ему, а постороннему мальчику, который просто проходил и ни в чем не виноват, и который этого не делал.

Не хорошо так поступил. Его накажут, а этому весело.

Приложение 15

Сходство понятий.

Уточнила, инструкцию.

Утро-вечер.

Сходство в том, что можно сказать, что происходит в один день, а с другой стороны, не знаю как сказать.

Как их называют общим словом?

-Я не знаю как их называют общим словом. Утром просыпаются а вечером ложиться спать. Различия, утром начинает рассветать, а вечером наоборот темнеть начинает.

Воробей-курица

Сходство, это птицы, а различия, что воробей летает, а курица тоже летает, но не высоко, в основном бегает. Еще воробей вольная птица, а курица домашняя животное считается

Яблоко-вишня

Сходство, то что на что на деревьях растут, а различия, то что яблоко это фрукт, а вишня это ягода, по размеру, яблоко крупная, а вишенка маленькая с косточкой. Вообще-то это сходство, яблоко тоже с косточкой. По цвету , вообще то яблоки тоже бывают красные. Если по другому, то бывают и желтые и зеленые. А вишенка красная .

Дуб-береза

Сходства это деревья. Дуб толстое и большое, коричневого цвета. А березка тоненькая и полосатое, бело-черное, и по листьям наверное.

Лев-собака

Сходство, то, что и те и те могут кусаться что оба животные. А различия, лев хищное животное, а собака более домашняя животное. Лев большой, хотя и собаки большие бывают. Лев относиться к кошачьим породам, а собаки к собачим.

Ворона-рыба

Сходства, и рыбы едят личинок, муравьев и вороны, а различия ворона птица, а рыба млекопитающее, рыба плавает, а ворона летает.

Сказка-песня

Сказка может быть в рифму также как и песня в рифму, как в летучем корабле, там все в стихах. И в песни тоже все в рифму всегда, я не считаю здесь реп, потому что я его и не люблю. Не помнила как его могут слушать, непонятно о чем и смысла нет.

Различия, то что сказку рассказывают, а песню поют. Еще и сказку и песню можно написать.

Обман-ошибка

Сходство то, что от них может быть плохо и от обмана и от ошибки. А различия , то что ошибка это случайно сделано, а обман это задумано сделано.

Кошка-яблоко

Сходство и яблоко и кошка растет, а различия то что кошка это животное, а яблоко это фрукт, растение. Но не знаю, похоже это на сходство, то что кошка яблоком играет еще как

мячиком. Если бы Вы сказали котенок. То можно было сказать , что котенок растет и яблоко. Или у кошки мордочка круглая и у яблочко тоже круглое. Еще у кошек еще глаза круглые такие большие, всегда говорят еще , навостриться и у них такие глаза большие, хотя наверно это больше с ранеткой схожесть, чем с яблоком.