Отчет о преддипломной практике

Тема: Особенности когнитивной сферы при депрессиях позднего возраста

Оглавление

Введение

1. Краткое описание методик

2. Характеристика испытуемых

3. Анализ полученных данных

Выводы

Заключение

Литература

Приложение

Введение

На данный момент фиксируется большое количество людей пожилого возраста страдающих депрессивными расстройствами. Проявления их могут быть различны, но в большинстве случаев депрессия пожилого возраста фиксируется рядом причин и факторов, характерных для её протекания. Подавленный пессимистический настрой, отсутствие или неспособность жить полноценной активной жизнью, заторможенность, потеря памяти, отсутствие концентрации, неспособность справиться с бытовыми или проблемами личного характера, потеря сна, потеря аппетита, суицидальные мысли, неадекватное поведение и.т.д. - все это является признаками проявления симптомов депрессии. Депрессия позднего возраста зачастую характеризуется причинами соматического и физиологического характера, но в настоящее время она чаще проявляется в результате душевных и психологических причин.

Познавательные особенности (когниции) предопределяют её постоянное, стабильное поведение на протяжении всей его жизни. Сами когниции в свою очередь подразделяются на ряд психических функций организма: восприятие, внимание, планирование своего графика и осуществление действий для выполнения заданного плана, эмоционально-волевой контроль деятельности, сохранность сенсорных функций и особенностей организма и.т.д.

Жалобы на плохую память чаще регистрируются у пожилых людей, это является одним из симптомов депрессивного расстройства, но не являются причиной слабоумия или умственных отклонений. Депрессия - частый спутник пожилого человека и требует особого внимания, поскольку может явиться причиной возникновения когнитивных нарушений.

Депрессии, неврозы, фобии стали очень распространенными нарушениями. Несмотря на это, порой мы недооцениваем их влияние на нашу жизнь и здоровье.

Когнитивная теория депрессии (А. Бек 1967,1976, А. Бандура 1977,1983) основана на утверждении, что главная причина возникновения депрессии возникает и протекает в результате возникновения и проявления комплексов, из которых складывается субъективная картина мира и собственных возможностей. А. Бек утверждает, что познание является первичной детерминантой эмоций, настроения и поведения. Негативный взгляд на мир и окружающую реальность заставляет человека создавать неадекватно картину всего окружающего и объяснять все свои действия, а так же слова и действия окружающих невозможностью и неспособностью что-либо изменить и повлиять на текущую перемену событий. А. Бек объясняет большинство типичных депрессивных симптомов, таких как паралич воли, попытки самоубийства и самообесценивание как результат специфических когнитивных детерминант.

Депрессия позднего возраста зачастую скрыта соматическими причинами - болями в позвоночнике, малоподвижностью, потерей сна и других физиологических причин, проявляющихся в более позднем возрасте, но её психологическая причина зачастую проявляется в виде аффективного расстройства.

Депрессия лечится и в настоящее время поддается комплексному лечению, как в условиях госпитализации в психоневрологические стационары, так и амбулаторно. В лечении принимают участие специалисты сферы терапии занятости. Если требуется, проводится консультация у диетологов, ортопедов, логопедов, и других специалистов.

Люди пожилого возраста не состоящие в браке в 9 раз чаще страдают от депрессии и душевных расстройств. Причиной психологической травмы может стать одиночество, изоляция или потеря близкого человека. Увольнение с работы и выход на пенсию тоже является одной из причин. Внутрисемейные конфликты зачастую только отягчают дано заболевание.

Изменения, протекающие в организме, имеют исключительно индивидуальный характер. В процессе старения наблюдается как психическое, так и непсихическое развитие организма.

Количественные изменения и качественная перестройка биологических структур определяют противоречивый характер процесса старения. В организме развивается способность к адаптации, активизируются различные системы организма, что сохраняет его жизнедеятельность, позволяет преодолевать деструктивные (разрушительные, отрицательные) явления старения.

После завершения репродуктивного периода проявляются различные пути повышения биологической активности различных структур организма, которые обеспечивают его работоспособность в целом. Сознательный контроль протекания психологических процессов препятствует возникновению депрессии в более позднем возрасте. Сознательный контроль фиксируется на основе речевых и мыслительных процессов.

Поздний возраст является пиковым в отношении проявления депрессивных расстройств. Известно, что многие люди более позднего возраста не попадают в психиатрические больницы не только потому, что избегают посещения психиатра. Нередко это происходит вследствие бытующего «эйджиизма» во взглядах части медицинских работников, которые привычно относят психические симптомы к проявлениям либо необратимых возрастных изменений, либо соматических заболеваний.

. Краткое описание методик

Для исследования функции регуляции, отвечающие за психосоматические, когнитивные изменения, протекающие в организме человека позднего возраста, были использованы психологические методики направленные на исследование зрительного, тактильного, акустического гнозиса, кинестетического, кинетического, пространственного и регуляторного праксиса, слухоречевой и зрительной памяти, мышления, речи (в том числе чтения и письма), произвольного внимания.

При исследовании психологически здоровых людей, для сравнения с результатами психосоматического анализа исследования здоровых людей позднего возраста было проведено исследование некоторых видов произвольных движений (проба «кулак-ребро-ладонь», «условные» движения, копирование узора из двух меняющихся звеньев, проба на реципрокную координацию, пробы Хэда), мыслительной деятельности (понимание отдельных и серийных сюжетных картинок, серийное вычитание “от 100 по 7”, решение арифметических задач, объяснение переносного смысла пословиц и метафор), слухоречевой и зрительной памяти (заучивание 5 слов, 2-х групп по 3 слова, 2-х предложений, 5 фигур, актуализация упроченных в прошлом опыте знаний), внимания (таблицы Шульте), оптико-пространственного восприятия.

Специально была разработана программа исследования проб и основных характеристик их выполнения для оценки функциональной асимметрии.

Для анализа степени выраженности нарушений регуляции и контроля была использована специальная шкала («Нейропсихологическая шкала оценки лобной дисфункции»), разработанная в НЦПЗ РАМН Корсаковой Н.К., Балашовой Е.Ю., Ряховским В.В. В данной шкале представлены основные симптомы, которые могут наблюдаться при дисфункции лобных отделов отделов мозга, и правила их количественной оценки.

Таблица 1 Нейропсихологическая шкала оценки лобной дисфункции

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Симптом | Проявления отсутствуют | Проявления менее чем в 1/2 заданий | Проявления более чем в 1/2 заданий |
|  |  | Баллы | | |
| 1 | Нарушения программирования | 0 | 1 | 2 |
| 2 | Нарушения контроля | 0 | 1 | 2 |
| 3 | Некритичность к допускаемым ошибкам | 0 | 1 | 2 |
| 4 | Снижение регулирующей функции речи | 0 | 1 | 2 |
| 5 | Патологическая инертность (персеверации) | 0 | 1 | 2 |
| 6 | Нарушения избирательности в мнестической сфере | 0 | 1 | 2 |

В данную шкалу были включены те симптомы нарушений, наблюдающиеся у людей позднего возраста в психологической и социально адаптированной направленности, что могло также стать следствием психосоматической патологии (Деменции, нарушение опорно-двигательного аппарата, затвердевание костной ткани, снижение двигательной активности и др.) и когнитивного расстройства депрессивного характера. Так же в шкале присутствовали симптомы, наблюдающиеся преимущественно при выполнении определенных заданий (например, нарушения программирования, наиболее рельефно выступающие в пробах динамического и регуляторного праксиса, при выполнении серийного вычитания и при решении арифметических задач), нарушения избирательности воспроизведения, характерных для мнестической сферы. Эти проявления, естественно, не исчерпывают всех возможных слагаемых лобного синдрома, описанных при локальных поражениях мозга.

При создании данной шкалы диагностики её авторы опирались на многолетний опыт исследования депрессивных расстройств у людей позднего возраста.

Приведенные ниже методики психотерапевтического влияния и исследования на симптомы легкой формы депрессии являются одним из самых эффективных способов лечения и диагностики наличия депрессивных расстройств легкой формы. Данные методики были разработаны специалистами диагностики и лечения депрессивных расстройств позднего возраста.

Методика исследования посредством позитивной психотерапии. Метод заключается в рассмотрении своих психологических проблем под другим углом, видя в них позитивный смысл. Психолог поможет переработать проблемы и построить с помощью визуализации и моделирования новый образ вашей жизни - покажет, как изменения благотворно скажутся на всех ее сферах.

Методика исследования посредством психоанализа. Корни проявления депрессии зачастую кроются в бессознательном. Данный метод позволяет провести самоанализ посредством заново пережитых ранних событий и их анализе. Результатом становится катарсис - полное освобождение от негативного влияния неразрешенных ранее проблем.

Методика исследования посредством когнитивной психотерапии. Убеждения, мысли (когниции) и восприятие в какой-то степенью являются доминантой направления деятельности, и моделирует психологическое поведение. Неправильная интерпретация событий, которая расходится с реальной, приводит к возникновению психических патологий. Целью когнитивной психотерапии является научиться правильно, интерпретировать события, а также выявлять негативные, дисфункциональные мысли и установки и замещать их на позитивные. Изменив свои ошибочные суждения на новые формы мышления, вы избавляетесь от эмоциональных расстройств.

Методика исследования посредством экзистенциальной психотерапии. Данный метод основан на утверждении, что каждый человек - хозяин своей жизни и только в его силах, своими активными действиями изменить характер течения своей жизни. Метод помогает развить в себе способности действовать, принимать решения. Учит использовать все возможности, делать правильный выбор и жить полноценной и насыщенной жизнью.

Методика исследования посредством телесно-ориентированной психотерапии. Метод основан на взаимосвязи телесных ощущений с психологическими проявлениями. Если человек чувствует боль, то возникает определенная специфика эмоционального проявления поведенческих особенностей. Агрессия, угрюмость, депрессия, пониженная активность и.т.д. Обратный эффект дает противоположный результат.

Существует большое количество методов диагностики и лечения депрессии позднего возраста, но стоит помнить, что используются все они в зависимости от индивидуальных характеристик больного и ситуации.

. Характеристика испытуемых

В соответствии с целями и задачами исследования в нем принимало участие 2 группы испытуемых. В качестве контрольной группы были исследованы психически здоровые испытуемые пожилого и старческого возраста, в качестве клинической группы - больные депрессиями.

Было обследовано 24 психически здоровых испытуемых пожилого и старческого возраста. Возраст испытуемых варьировал от 50 до 85 лет (средний возраст в обследованной выборке составил 69 лет). В представленной выборке было 5 мужчин и 19 женщин. Среди испытуемых 12 имели высшее образование, 12 - среднее или среднее специальное. Все испытуемые были праворукими. Для анализа возможных возрастных изменений состояния регуляции и контроля группа психически здоровых испытуемых была разбита на 2 подгруппы: первая (возраст от 50 до 68, средний возраст 61 год) и вторая (возраст от 69 до 85, средний возраст 77 лет). Более подробные данные о каждом из испытуемых приведены в Таблице 1 Приложения.

Также были обработаны данные 24 больных депрессиями пожилого и старческого возраста, предоставленные Е.Ю. Балашовой. Возраст испытуемых варьировал от 50 до 84 лет (средний возраст в обследованной выборке около 66 лет). В представленной выборке было 5 мужчин и 19 женщин. Среди больных 17 имели высшее образование, 7 среднее или среднее специальное. Практически все больные были праворукими - 22 , 1 - со слабой праворукостью и 1 - левша. Для анализа возможных возрастных изменений состояния регуляции и контроля группа больных депрессиями была разбита на 2 подгруппы: первая (возраст от 50 до 68, средний возраст 58 лет) и вторая (возраст от 69 до 85, средний возраст 74 года). Более подробные данные о каждом из испытуемых клинической группы приведены в Таблице 2, 3 Приложения.

. Анализ полученных данных

Результаты нейропсихологического обследования контрольной группы представлены в Таблице 1 Приложения. Проведенная количественная обработка позволила определить ряд показателей лобной дисфункции двух групп испытуемых: контрольной и клинической. Эти данные представлены в Таблицах 1,2 и Приложении (Таблица 1,2) .

В целом у психически здоровых испытуемых общая сумма баллов несколько меньше, чем у больных депрессиями. Это говорит о том, что некоторые параметры произвольной регуляции при депрессиях снижаются, но разница с нормой не достигает статистической значимости (0.74) (Таблица 1,2 Приложения). Сравнение результатов по отдельным пунктам шкалы также не выявляет статистически значимых различий.

В обеих группах наибольшие баллы получены испытуемыми по следующим пунктам шкалы: нарушения программирования (пункт 1), контроля (пункт 2) и избирательности в мнестической сфере (пункт 6). Следует отметить, что больные депрессиями набрали больше баллов, чем норма по пунктам: нарушение контроля (пункт 2) (0.595), избирательности в мнестической сфере (пункт 6) (0.322), некритичность к допускаемым ошибкам (пункт 3) и патологическая инертность (пункт 5) (0.468). Единственный пункт шкалы, по которому испытуемые клинической группы набрали меньше баллов, чем испытуемые контрольной группы это - снижение регулирующей функции речи (пункт 4) (0.2).

В контрольной группе больше испытуемых получили по шкале минимальные баллы (0 и 1). Таких испытуемых в контрольной группе было 4 человека, в клинической - 2 человека. С другой стороны, максимальные баллы (от 8 до 10) в контрольной группе набрали 3 человека, в клинической 4 человека. Эти данные представлены в Таблицах 1,2 Приложения.

Проявления выраженности симптомов лобной дисфункции: оцениваемый симптом не наблюдается (отсутствует) - красный цвет (0 баллов), оцениваемый симптом встречается относительно редко (менее чем в половине заданий) - зеленый цвет (1 балл); симптом встречается часто (более чем в половине заданий) - красный цвет (2 балла).

Было также осуществлено сравнение разных возрастных подгрупп, выделенных внутри контрольной и клинической групы (см. главу “Характеристика испытуемых”). Эти данные представлены в Таблице 3. Оказалось, что в контрольной группе подгруппа возраста от 69 до 85 лет в среднем получила более высокие баллы по шкале, чем подгруппа возраста от 50 до 68 лет (56 и 46 баллов соответственно). В молодой подгруппе трое испытуемых набрали низшие баллы (0 и 1), в старшей всего один. Все эти данные говорят о том, что даже в рамках нормального старения при увеличении хронологического возраста имеет место определенное нарастание дефицита регуляторных аспектов психической деятельности. Особенно это выраженно в нарушениях программирования (пункт 1), некритичности к допускаемым ошибкам (пункте 3), патологической инертности (пункт 5), нарушении избирательности в мнестической сфере (пункт 6) (Таблица 3).

Сравнительный анализ данных контрольной и клинической группы (возраст от 50 до 68 лет) в данной возрастной подгруппе выявляет у здоровых испытуемых более выраженное снижение регулирующей функции речи (пункт 4), чем у больных депрессиями (0.167). Больные депрессиями в данной возрастной подгруппе опережают здоровых испытуемых по следующим пунктам шкалы: патологическая инертность (пункт 5) (0,105), нарушения избирательности в мнестической сфере (пункт 6) (0,284).

Сравнительный анализ данных контрольной и клинической группы (возраст от 69 до 85 лет) выявляет более выраженное у больных депрессиями нарушение контроля (пункт 2) (0,263), нарушение критичности (пункт 3) (0,515), нарушения избирательности в мнестической сфере (пункт 6) (0,402).

Сравнение результатов разных возрастных подгрупп в рамках клинической группы показало не только наличие того же вектора изменений регуляторных функций, что и в подгруппах контрольной групы, но и продемонстрировало факт большей выраженности возрастных изменений регуляторных аспектов психической деятельности у больных депрессиями (0,816). Так, сумма баллов в младшей возрастной подгруппе клинической группы составила 49 баллов, в старшей - 62 балла. Таким образом, клиническая группа представляет собой своеобразный ускоренный вариант старения регуляторных функций. В эмпирическом исследовании также было осуществлено сравнение балльных оценок испытуемых контрольной и клинических групп, имеющих разный образовательный уровень (Таблицы 4 и 5). Испытуемые с высшим образованием получают по большинству пунктов шкалы более низкие баллы (0,75), (сравнение испытуемых контрольной и клинической группы со средним образованием 0,932).

Анализ данных контрольной группы выявил у лиц с высшим образованием выраженное снижение регулирующей функции речи (пункт 4) (0,261), а также у больных депрессиями более выраженные нарушения программирования (пункт 1) (0,824), нарушения контроля (пункт 2) (0,66), более выраженные проявления некритичности к допускаемым ошибкам (пункт 3) (0,64), патологической инертности (пункт 5) (0,545) и нарушений избирательности в мнестической сфере (пункт 6) (0,336). Анализ результатов лиц со средним и средним специальным образованием выявил более выраженные в контрольной группе нарушения программирования (пункт 1) (0,768), нарушения контроля (пункт 2) (0,868), некритичность к допускаемым ошибкам (пункт 3) (0,765), снижение регулирующей функции речи (пункт 4) (0,578), проявления патологической инертности (персеверации) (пункт 5) (0,578), нарушений избирательности в мнестической сфере (пункт 6) (0,313). В целом по данным исследования образовательный уровень также не оказывает статистически значимого влияния на изучаемые параметры регуляторных функций.

нейропсихологический депрессия старческий

Выводы

У больных депрессией пониженные регуляторные и двигательные функции. При когнитивном анализе депрессии у людей пожилого возраста не обнаруживается статистических различий с людьми имеющими легкие депрессивные расстройства и незначительные повреждения (или отсутствие) повреждение тканей мозга.

Хотя проведенное исследование носит пилотажный вариант, оно дает возможность наметить перспективы дальнейшей работы. Было бы интересно оценить корреляционные связи между разными параметрами шкалы, проанализировать индивидуальные различия в паттернах балльных оценок у испытуемых контрольной и клинической групп, рассмотреть зависимость результатов шкалирования у больных депрессиями от степени тяжести и стажа заболевания.

Обширный анализ не выявил различий между группами образованных и малообразованных людей.

Результаты исследования свидетельствует о гетерохронности и гетеродинамичности возрастных изменений разных параметров регуляторных функций при нормальном старении и при депрессиях в позднем возрасте.

Несмотря на отсутствие статистически значимых различий, больные депрессиями, как правило, набирают больше баллов по «Нейропсихологической шкале лобной лобной дисфункции», что свидетельствует о более выраженных, по сравнению с нормой, измененных регуляторных функций при данном варианте патологического старения.

При достижении возраста 75-85 лет проявляются существенные негативные изменения по сравнению с людьми 55-60 лет. Фиксируется нарушение либо изменение мозговых тканей.

Заключение

Было проведено рассмотрение различных типов проявления депрессии позднего возраста, а также обширная характеристика методов лечения депрессивных расстройств позднего возраста. На данный момент можно сказать, что депрессия это вполне излечимое расстройство при ее проявлении в легкой форме. При деменции, патологии или тяжелых соматических отклонениях депрессия практически не излечима, но до сих пор проводятся исследования по улучшению качества и подборке новых методов лечения данного типа заболевания.

Когнитивная терапия у людей с высшим образованием и у людей с его отсутствием не дало значительных различий, но проявился тот факт, что у лиц с высшим образованием функционирование когнитивной сферы в целом носит более оптимальный характер. Кроме того, наличие высшего образования часто дает человеку шанс выбора какой-либо «умной» профессии. Таким образом, в трудовой деятельности в течение многих десятилетий будет осуществляться постоянный когнитивный тренинг, что является одной из значимых предпосылок успешного старения.

Список используемой литературы

1. Соколова Е.Т. Общая психотерапия. - М.: Проспект, 2001.-652с.

. Тодд Дж., Богарт А. Основы клинической и консультативной психологии.-М.: Эксмо-Пресс, 2001.-768с.

. Шавердян Г.М. Основы психотерапии.-СПб.:Питер, 2007.-208с.

. Андрей Курпатов "Средство от депрессии" СПб.: Издательский дом "Нева", 2003

. Демьянов Ю.Г. Диагностика психических нарушений: Практикум/ Оформл. обл. А.С. Андреева.-СПб.: МиМ, Респекс, 1999.- 224 с.

. Джеймс МакКаллоу "Лечение хронической депрессии" М.: Речь, 2003

. Кооб О. "Темная ночь души. Пути выхода из депрессии."М.: Добрая книга, 2002

. Нуллер Ю.Л., Михаленко И.Н. Депрессии в пожилом возрасте

. Ю.В. Ковалев, О.Н. Золотухина "Депрессия"М.: НГМА, 2001

Приложение 1.

Таблица 1. Суммы баллов по различным пунктам “нейропсихологической шкалы оценки лобной дисфункции”

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Группы испытуемых | Баллы по пунктам шкалы | | | | | | Сумма баллов |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |  |
| Контрольная группа (n = 24) | 26 | 19 | 13 | 11 | 13 | 20 | 102 |
| Клиническая группа (n = 24) | 26 | 21 | 17 | 6 | 16 | 25 | 111 |

Таблица 2. Частота встречаемости разных балльных оценок в контрольной и клинических группах.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Симптом | Проявления отсутствуют 0 баллов | | Проявления менее чем в 1/2 заданий 1 балл | | Проявления более чем в 1/2 заданий 2 балла | |
|  |  | Баллы (по частоте встречаемости) | | | | | | |
|  |  | Контрол. группа (n = 24) | Клинич. группа (n = 24) | Контрол. группа (n = 24) | Клинич. группа (n = 24) | Контрол. группа (n = 24) | Клинич. группа (n = 24) |
| 1 | Нарушения программирования | 3\* | 5 | 16 | 12 | 5 | 7 |
| 2 | Нарушения контроля | 6 | 5 | 17 | 17 | 1 | 2 |
| 3 | Некритичность к допускаемым ошибкам | 12 | 12 | 11 | 7 | 1 | 5 |
| 4 | Снижение регулирующей функции речи | 14 | 18 | 9 | 6 | 1 | 0 |
| 5 | Патологическая инертность (персеверации) | 11 | 9 | 13 | 14 | 0 | 1 |
| 6 | Нарушения избирательности в мнестической сфере | 6 | 4 | 16 | 15 | 2 | 5 |
|  | Сумма | 52 | 55 | 82 | 71 | 10 | 20 |

\*Примечание. Количество испытуемых в группе, получивших соответствующий балл по определенному пункту шкалы.

Таблица 3. Суммы баллов по различным пунктам “Нейропсихологической шкалы оценки лобной дисфункции” в разных возрастных подгруппах контрольной и клинической группах.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Группы испытуемых | возраст | Баллы по пунктам шкалы | | | | | | Сумма баллов |
|  |  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |  |
| Контрольная группа (n = 24) | от 50 до 68 (n=12) | 12 | 9 | 5 | 6 | 5 | 9 | 46 |
|  | от 69 до 85 (n=12) | 14 | 10 | 8 | 5 | 8 | 11 | 56 |
| Клиническая группа (n = 24) | от 50 до 68 (n=12) | 13 | 8 | 6 | 2 | 9 | 11 | 49 |
|  | от 69 до 85 (n=12) | 13 | 13 | 11 | 4 | 7 | 14 | 62 |

Таблица 4. Суммы баллов по различным пунктам “Неропсихологической шкалы оценки лобной дисфункции” в разных образовательных подгруппах контрольной и клинической группах.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Группы испытуемых возраст | | Баллы по пунктам шкалы | | | | | | Сумма баллов |
|  | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |  |
| Контрольная группа (n = 24) | среднее (n=12) | 14 | 10 | 5 | 5 | 7 | 11 | 50 |
|  | высшее (n=12) | 13 | 10 | 8 | 6 | 6 | 9 | 52 |
| Клиническая группа (n = 24) | среднее (n=7) | 7 | 5 | 3 | 2 | 5 | 8 | 30 |
|  | Высшее (n=17) | 19 | 16 | 14 | 4 | 11 | 17 | 81 |

Приложение 2.

Таблица 1. Сумма баллов по нейропсихологической шкале лобной дисфункции для контрольной группы (нормы)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Фамилия И.О. | Баллы по пунктам шкалы | | | | | | Сумма баллов |
|  |  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |  |
| 1 | В.В. | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 5 |
| 2 | О.П. | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 3 |
| 3 | О.Н. | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 4 |
| 4 | Д.П. | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 5 |
| 5 | Н.Б. | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 7 |
| 6 | З.Ив. | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 |
| 7 | В.К. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 8 | Н.Ив. | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 |
| 9 | К.С. | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| 10 | В.Н. | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 11 | Н.Ал. | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 10 |
| 12 | С.М. | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 |
| 13 | Ан.Ив. | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 6 |
| 14 | Ив.Геор. | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 8 |
| 15 | Ек.Ив. | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 8 |
| 16 | Люд.Ив. | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 17 | Лид.Ив. | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 |
| 18 | Н.К. | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 4 |
| 19 | Н.Н. | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 5 |
| 20 | Ев.Ал. | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 5 |
| 21 | Ан.Ал. | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 3 |
| 22 | М.В. | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 |
| 23 | Ф.М. | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 4 |
| 24 | Ир.Ан. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
|  |  | 26 | 19 | 13 | 11 | 13 | 20 | 102 |

Таблица 2. Сумма баллов по нейропсихологической шкале лобной дисфункции для клинической группы (депрессивных больных)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Ф.И.О. | Баллы по пунктам шкалы | | | | | | Сумма баллов |
|  |  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |  |
| 1 | Э. П.С. | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 4 |
| 2 | Е.Н.М. | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| 3 | А.Ф.К. | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| 4 | Ц.Л.А. | 2 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 6 |
| 5 | Ж.Н.В | 2 | 1 | 2 | 0 | 1 | 1 | 7 |
| 6 | С.Л.В. | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 5 |
| 7 | Б.Н.А. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 8 | К. В.П. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 9 | Б.А.Н. | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 3 |
| 10 | Д.С.Ф. | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 11 | К.Л.П. | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 7 |
| 12 | К.Л.М. | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 4 |
| 13 | А.Н.Ю. | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 |
| 14 | М.А.С. | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 5 |
| 15 | Н.И.П. | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| 16 | Р. Л.А. | 1 | 1 | 2 | 0 | 1 | 0 | 5 |
| 17 | К.О.С. | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 5 |
| 18 | Ф.М.К. | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 3 |
| 19 | К.А.И. | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 8 |
| 20 | Р.З.Ф. | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 2 | 6 |
| 21 | К.Ю.М. | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 22 | Б.Е.Н. | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 9 |
| 23 | К.Н.П. | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 10 |
| 24 | Б.А.А. | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 10 |
|  |  | 26 | 21 | 17 | 6 | 16 | 25 | 111 |

Таблица 3. Диагноз больных клинической группы

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Ф.И.О. | Клинический диагноз |
| 1 | Э.П. | БАР, тревожно-ипохондрическая депрессия с соматизироанными расстройстами |
| 2 | Е.Н.М. | РДР, затяжная апатическо-тоскливая депрессия |
| 3 | А.Ф.К. | Реактино спровоцироанный депрессивный эпизод. Неглубокая апатическая депрессия с тревогой и реактивно окрашенными переживаниями |
| 4 | Ц.Л.А. | Затяжной депрессивный эпизод, ипохондрическое разитие личности |
| 5 | Ж.Н.В. | Реакция утраты |
| 6 | С.Л.В. | РДР, тревожно-ипохондрическая депрессия |
| 7 | Б.Н.А. | РДР, тревожно-ипохондрическая депрессия с хронификацией |
| 8 | К.В.П. | Ипохондрическое разитие личности |
| 9 | Б.А.Н. | РДР, неглубокая апато-адинамическая депрессия с комплексом психосоматических нарушений |
| 10 | Д.С.Ф. | РДР, тревожно-адинамическая депрессия средней тяжести |
| 11 | К.Л.П. | РДР |
| 12 | К.Л.М. | РДР, сенесто-ипохондрическая депрессия |
| 13 | А.Н.Ю. | БАР, затяжная депрессия |
| 14 | М.А.С. | РДР, неглубокая тревожная депрессия |
| 15 | Н.И.П. | Затяжная сенесто-ипохондрическая депрессия |
| 16 | Р.Л.А. | БАР, апато-адинамическая депрессия |
| 17 | К.О.С. | Эндореактивная депрессия с тоскливостью, выраженной тревогой |
| 18 | Ф.М.К. | Депрессивный эпизод. Апато-адинамическая депрессия с тревожным компонентом |
| 19 | К.А.И. | РДР, апато-адинамическая депрессия |
| 20 | Р. З.Ф. | РДР, повторная тоскливо-адинамическая депрессия с идеями самообвинения |
| 21 | К.Ю.М. | БАР, треожно-адинамическая депрессия с ялениями гиперентиляции и ипохондрическими фобиями |
| 22 | Б.Е.Н. | Затяжная апато-адинамическая депрессия |
| 23 | К.Н.П. | БАР, адинамическая депрессия |
| 24 | Б.А.А. | РДР, апато-адинамическая депрессия |

РДР - реккурентное депрессивное расстройство

БАР - биполярное аффективное расстройство

Таблица 4. Характеристика испытуемых клинической группы (депрессивные)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Ф.И.О. | Возраст (полных лет) | Пол | Образование | Рукость (по самоотчету) | наличие левшества в семье |
| 1 | Э.П.С. | 73 | ж | высшее | П | нет |
| 2 | Е.Н.М. | 72 | ж | высшее | П | нет |
| 3 | А.Ф.К. | 60 | м | высшее | П | нет |
| 4 | Ц.Л.А. | 63 | ж | высшее | Л | - |
| 5 | Ж.Н.В. | 60 | ж | высшее | П | нет |
| 6 | С.Л.В. | 58 | ж | среднее | П | нет |
| 7 | Б.Н.А. | 78 | ж | высшее | П | нет |
| 8 | К. В.П. | 55 | ж | высшее | П | есть |
| 9 | Б.А.Н. | 57 | м | среднее | П | нет |
| 10 | Д.С.Ф. | 73 | ж | высшее | П | нет |
| 11 | К.Л.П. | 61 | ж | высшее | П | нет |
| 12 | К.Л.М. | 57 | ж | сред.спец | П | есть |
| 13 | А.Н.Ю. | 51 | ж | высшее | П | нет |
| 14 | М.А.С. | 67 | м | высшее | П | нет |
| 15 | Н.И.П. | 50 | ж | сред.спец | П | нет |
| 16 | Р.Л.А. | 75 | ж | высшее | П | нет |
| 17 | К.О.С. | 53 | ж | сред.спец. | П | нет |
| 18 | Ф.М.К. | 75 | ж | среднее | П | есть |
| 19 | К.А.И. | 70 | ж | среднее | П | есть |
| 20 | Р. З.Ф. | 70 | ж | высшее | П | - |
| 21 | К.Ю.М. | 72 | м | высшее | П | есть |
| 22 | Б.Е.Н. | 84 | м | высшее | П | нет |
| 23 | К.Н.П. | 72 | ж | высшее | П | нет |
| 24 | Б.А.А. | 74 | ж | высшее | П | нет |

Таблица 5. Характеристика испытуемых контрольной группы (норма)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Ф.И.О. | Возраст (полных лет) | Пол | Образование |
| 1 | В.В. | 66 | мужской | высшее |
| 2 | О.П. | 65 | женский | высшее |
| 3 | О.Н. | 62 | женский | высшее |
| 4 | Д.П. | 83 | женский | высшее |
| 5 | Н.Б. | 79 | женский | среднее |
| 6 | З.Ив. | 85 | женский | сред.спец. |
| 7 | В.К. | 51 | мужской | среднее |
| 8 | Н.Ив. | 50 | женский | высшее |
| 9 | К.С. | 72 | мужской | сред.спец |
| 10 | В.Н. | 71 | женский | среднее |
| 11 | Н.Ал. | 84 | женский | высшее |
| 12 | С.М. | 80 | мужской | сред.спец |
| 13 | Ан.Ив. | 66 | женский | среднее |
| 14 | Ив.Геор. | 68 | мужской | высшее |
| 15 | Ек.Ив. | 84 | женский | сред.спец |
| 16 | Люд.Ив. | 60 | женский | высшее |
| 17 | Лид.Ив. | 74 | женский | высшее |
| 18 | Н.К. | 69 | женский | среднее |
| 19 | Н.Н. | 70 | женский | сред.спец |
| 20 | Ев.Ал. | 66 | женский | высшее |
| 21 | Ан.Ал. | 74 | женский | среднее |
| 22 | М.В. | 68 | женский | высшее |
| 23 | Ф.М. | 59 | женский | сред.спец |
| 24 | Ир.Ан. | 50 | женский | высшее |

Протокол №

Фамилия. Имя. Отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пол\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Возраст\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Образование\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | НАЗВАНИЕ МЕТОДИКИ | ОТВЕТЫ ИСПЫТУЕМОГО |
| 1 | Беседа |  |
| 2 | Балл по опроснику М. Аннет (бланк опросника прилагается) |  |
| 3 | Реципрокная координация |  |
| 4 | Пробы Хэда (простые, перекрестные, двуручные) |  |
| 5 | Заучивание 5 слов (максимум 4 предъявления). |  |
| 6 | Копирование рисунка («Заборчик») (рисунок прилагается) | N микрография, дезавтоматизация, пропуски элементов |
| 7 | Кулак-ребро-ладонь (сначала правой рукой, потом левой) | П - Л - |
| 8 | Таблицы Шульте | 1) 2) 3) |
| 9 | Заучивание 2-х групп по 3 слова (максимум 4 предъявлений) 1. группа - день, круг, сосна 2. группа - пол, шапка, книга Интерференция - отдельные счётные операции После интерференции | I II ?/I ?/II 1) 18 + 4 = 2) 31 - 15 = 3) 6 х 7 = 4) 81 : 9 = 5) 3 х 4 = 6) 32 : 4 = ?/I ?/II |
| 10 | Сюжетные картинки (А.Р. Лурия): «Разбитое окно» «Осторожно» | 1) 2) |
| 11 | Оценка простых и серийных ритмов Выполнение ритмов по образцам | I I I I I I I I I I I I I I I I I I I I I I I I I I I I I I I I I I . . . I I . . . I I I . . I I I . . |
| 12 | Серия сюжетных картинок (Н.Э.Радлов) |  |
| 13 | Заучивание 2-х предложений 1. В саду за высоким забором росли яблоки 2. На опушке леса охотник убил волка Интерференция - серийное вычитание «100 по 7» После интерференции | I. II. ?/I ?/II ?/II ?/I ?/I ?/II |
| 14 | Условные движения | - |
| 15 | Решение арифметических задач 1. Хозяйка за 5 дней тратит 20 л молока, сколько она тратит за неделю? 2. На 2х полках стоят 18 книг. Книги расставлены не поровну, а так, что на одной в 2 раза больше книг, чем на другой. Сколько книг на каждой полке? | 1) 2) |
| 16 | Заучивание 5 фигур (рисунок прилагается) Интерференция - письмо под диктовку П и Л рукой (Ф.И.О. и 2-3 простых фразы П, имя Л) (рисунок прилагается) | копирование - заучивание - |
| 17 | Перечисление месяцев года в прямом и обратном порядке |  |
| 18 | Объяснения переносного смысла пословиц и метафор | 1) Золотые руки 2) Железный характер, 3) Цыплят по осени считают 4) Не в свои сани не садись 5) Про какого человека можно сказать: 6) На воре шапка горит «Он за деревьями леса не видит». |
| 19 | Определение времени по «немым» часам | 1) 2) 3) 4) 5) 6) 7) 8) 9) 10) |
| 20 | Сколько времени мы с Вами занимались? Сколько сейчас времени? |  |