



федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Самарский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Д. В. Романов, С. Н. Стрельник, А. А. Яшихина

**ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПРАКТИКУМ:
СХЕМА ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
И ЗАКЛЮЧЕНИЯ**

учебно-методическое пособие

Рекомендовано Координационным советом по области образования “Здравоохранение и медицинские науки” в качестве учебно-методического пособия для использования в образовательных учреждениях, реализующих основные образовательные программы высшего образования специалитета по направлению подготовки 31.05.01 “Лечебное дело” и по специальностям 31.05.02 “Педиатрия”, 37.05.01 “Клиническая психология”

**Самара
ООО «АПРЕЛЬ»
2021**

УДК 616.89(075.8)

ББК 88.7я73

Р 69

Рецензенты:

Н. Н. Ярушкин профессор, доктор психологических наук, профессор кафедры общей и социальной психологии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Самарский государственный социально-педагогический университет»

П. В. Яньшин доцент, доктор психологических наук, профессор кафедры общей и социальной психологии самарского филиала государственного автономного образовательного учреждения высшего образования города Москвы «Московский городской педагогический университет»

Романов, Д. В.

Р 69 Патопсихологический практикум : схема патопсихологического исследования и заключения : учебно-методическое пособие / Д. В. Романов, С. Н. Стрельник, А. А. Яшихина : ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России. - Самара: ООО «АПРЕЛЬ», 2021. - 156 с.

В учебно-методическом пособии изложены современные подходы к организации патопсихологического исследования, изучения и интерпретации данных полученных посредством экспериментально-психологического метода исследования познавательных процессов и эмоционально-волевой сферы для диагностики психических расстройств.

Учебно-методическое пособие предназначено для студентов, обучающихся по образовательным программам высшего образования специалитета по специальности 37.05.01 Клиническая психология, для дисциплин «Методы патопсихологической диагностики», «Патопсихология», «Практикум по патопсихологии»; по специальности 31.05.01 Лечебное дело, для дисциплины «Психиатрия, медицинская психология»; по специальности 31.05.02 Педиатрия, для дисциплины «Психиатрия, медицинская психология».

УДК 616.89(075.8)

ББК 88.7я73

Утверждено и рекомендовано к печати Центральным координационным методическим советом ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России (протокол № 9 от 1 июня 2021г)

ISBN 987-5-6040632-7-9

©Самарский государственный
медицинский университет, 2021

©Романов Д. В., Стрельник С. Н., Яшихина А. А., 2021

©Оформление ООО «АПРЕЛЬ», 2021

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
Часть 1. Структура деятельности и основные задачи медицинского психолога учреждений психоневрологического профиля	7
Часть 2. Правила поведения обучающегося при прохождении практики в психиатрическом стационаре	16
Часть 3. Компоненты патопсихологического исследования	19
Часть 4. Патопсихологическое исследование	28
§ 1. Этап формирования клинической задачи	28
§ 2. Этап подготовки к выполнению исследования	29
§ 3. Этап проведения клинико-психологической беседы	31
§ 4. Этап проведения эксперимента	37
Методики исследования восприятия и внимания	37
Методики исследования памяти	45
Методики исследования мышления	59
Методики исследования ассоциативной сферы	87
Методики исследования эмоций	91
Методики исследования мотивации и воли	119
Методики исследования личности	130
Методики исследования сознания и самосознания	131
§ 5 Завершающий этап	133
§ 6 Анализ данных и написание патопсихологического заключения	133
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК	139
ПРИЛОЖЕНИЯ	142

ВВЕДЕНИЕ

Клиническая психология как научное направление и вид практической деятельности начала формироваться в недрах клинической психиатрии в конце 19 – начале 20 века. У истоков ее развития стояли такие видные ученые, как В. Вундт, Э. Крепелин, В.М. Бехтерев. Ранний этап развития клинической психологии (еще не выделившейся к тому времени в качестве самостоятельной науки) был стимулирован поисками причин психических расстройств и объективных критериев нарушений психических процессов при душевных заболеваниях. Этот поиск и попытки создания средств «лабораторного» изучения отклонений психической деятельности основывались на впечатляющих успехах развития физики, химии и физиологии того времени. Отечественные ученые — В.М. Бехтерев и С.С. Корсаков, полагали, что развитие науки, и, в частности, экспериментального психологического метода позволит уже в 20–30х годах двадцатого столетия прояснить причины возникновения психических расстройств. К сожалению, необычайная сложность организации и функций головного мозга человека и наблюдаемых при психических заболеваниях нарушений психической деятельности не позволила найти окончательные ответы на этот вопрос и сегодня. Тем не менее, клиническая психология активно развивалась и достигла существенных успехов в течение всего последнего столетия. Катализаторами этого развития служили разработки многочисленных концепций функционирования человеческой психики (начиная с теорий организации и динамики психической деятельности З. Фрейда), а также создание разнообразных психодиагностических методик, выявляющих личностные процессы, свойства, черты, их динамику и отражение в поведении человека в норме и при психических заболеваниях. Первым и наиболее значимым тестом исследования психических процессов душевнобольных являлся тест, созданный Германом Роршахом (1921). Этот тест послужил прообразом для создания в последующем различных проективных психодиагностических

методик, активно используемых в современной клинической психодиагностике и патопсихологии. Среди них, в первую очередь, следует назвать тест тематической апперцепции Г. Мюррея и К. Морган, тест Л. Сонди, тест Э. Вагнера и З. Пиотровски и другие. Кроме того, Герману Роршаху принадлежит идея выделения патопсихологических симптомокомплексов (сам термин появился позднее) — закономерных сочетаний нарушений когнитивных процессов, эмоциональной регуляции и мотивационной сферы, характерных для конкретных психических заболеваний. В книге «Психодиагностика» Г. Роршах приводит перечень и раскрывает содержание патопсихологических синдромов, свойственных шизофрении, маниакально-депрессивному психозу, эпилепсии и другим психическим заболеваниям. Другим направлением развития клинической психологии было развитие тестов, исследующих интеллектуальные способности индивида и их нарушения. Данное направление привело к созданию целого ряда «тестов интеллекта», включая наиболее известный и широко используемый в патопсихологических целях тест Д. Векслера. Еще одним направлением развития клинической психодиагностики было создание различных опросников, анкет и тестов самооценки («методики субъективного подхода» по Л.Ф. Бурлачуку), представленных, в частности, знаменитым ММРІ — Миннесотским многопрофильным личностным опросником, активно используемым в патопсихологических исследованиях.

По существу, современная клиническая психология сформировалась на основе патопсихологии — направления, которое вначале занималось исследованием возможностей экспериментально-психологического изучения психических заболеваний, в первую очередь, в целях диагностики и дифференциальной диагностики психических расстройств. Формирование клинической психологии происходило на стыке научных направлений — медицинских наук, в первую очередь, психиатрии, а также гуманитарных наук — социологии, юриспруденции, философии. В целом задачи клинической психологии в настоящее время включают

исследование психологических аспектов формирования и протекания заболеваний человека и исследование психологии лечебного процесса, а также разработку диагностических методов и способов психологической интервенции. Деление клинической психологии на разделы — соматопсихология, нейропсихология, патопсихология во многом условно, так как с позиций биопсихосоциального подхода деятельность организма (сома) и мозга (психика) следует рассматривать как сложное единое целое.

Предлагаемое издание имеет очевидную практическую направленность, и ориентирует обучающегося на изучение психологических инструментов и процедур, позволяющих осуществлять патопсихологическую диагностику психических заболеваний. Мы используем термин «патопсихологический» и «патопсихолог», чтобы акцентировать отличия задач, стоящих при изучении психики здоровых («психодиагностика») и исследовании характера нарушений психических процессов душевнобольных («патопсихологическое исследование»). Проясняя характер нарушений психической деятельности при психических заболеваниях, патопсихологический подход способен дополнить и объективировать клиническую диагностику психических расстройств. Патопсихологическое исследование выступает, на сегодняшний день, ведущим параклиническим инструментом диагностики психических расстройств.

ЧАСТЬ 1.

Структура деятельности и основные задачи медицинского психолога учреждений психоневрологического профиля

Деятельность медицинского психолога в учреждениях психоневрологического профиля регламентирована существующими нормативными актами, в частности, приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 391 от 26.11.1996 года. Изменение основной парадигмы психиатрии, ориентированной в настоящее время на биопсихосоциальный подход, предусматривает признание многофакторности патогенеза психических заболеваний и необходимость комбинирования лечебных интервенций по осям «социальная среда», «непосредственное биологическое воздействие на головной мозг» и «воздействие через интеракцию (взаимодействие) с личностью». В этих условиях существенно возросла роль врача-психотерапевта и медицинского психолога в комплексной помощи психически больным, осуществляемой терапевтической бригадой. Такая бригада, являясь, по сути, функциональной единицей психоневрологического учреждения, включает, наряду с врачом-психиатром, также врача-психотерапевта, медицинского психолога, социального работника, медицинскую сестру. Практика современной психиатрии показывает, что налаженное взаимодействие специалистов в такой бригаде обеспечивает многосторонний и качественный характер оказания лечебной помощи лицам, страдающим психическими расстройствами. Кроме того, особенности психического функционирования больных тяжелыми психическими заболеваниями обуславливают готовность таких пациентов принимать медицинскую помощь в системе, где специалисты выполняют роли членов «функциональной семьи».

Оптимальное взаимодействие врача-психиатра и медицинского психолога должно определяться принципом «две головы лучше». Это означает, что, хотя каждый из специалистов работает в рамках своих профессиональных познаний и использует соответствующие

инструменты, между ними поддерживается постоянная связь и обмен опытом. При этом сохраняется ведущая роль врача-психиатра, определяющего общую стратегию терапевтического ведения пациента, направленную на достижение выздоровления и максимального социального восстановления больного. Указанный подход требует постоянного совершенствования знаний врача-психиатра в области психотерапии и психологии, а медицинского психолога — в области клинической психиатрии.

Перечень задач, которые медицинский психолог реализует в процессе своей работы в психоневрологическом учреждении, может быть представлен следующим образом.

1. Осуществление патопсихологической диагностики и дифференциальной диагностики.

Экспериментально-психологический метод исследования является в настоящее время одним из ведущих параклинических диагностических методов, позволяющим дополнить и объективизировать клиническую психиатрическую диагностику. Патопсихологическое исследование при этом фокусируется на изучении звеньев патогенеза заболевания, выступающих предшественниками и основой для формирования болезненных симптомов. Если психиатрическое исследование фокусировано на болезненных феноменах, то патопсихологическое — на изучении процессов нарушений психической деятельности душевнобольных. Главным инструментом патопсихологического исследования выступает, конечно, эксперимент. Наряду с использованием батареи патопсихологических методик медицинский психолог также опирается на клинико-психологический метод, изучение анамнеза пациента и анализ «объективного материала» - медицинской документации, внешних источников, характеризующих психическую деятельность пациента. Результатом патопсихологической диагностики является резюме, описывающее сохраненные и нарушенные звенья психической деятельности, а также механизмы компенсации нарушений.

Наиболее сложным, но, в то же время, наиболее востребованным уровнем патопсихологической диагностики является диагностика патопсихологических синдромов (патопсихологических симптомокомплексов). Это устойчивые, закономерные сочетания нарушений когнитивных процессов, эмоциональной регуляции, мотивации и расстройства поведения, характерные для того или иного психического заболевания. Для оценки патопсихологического синдрома может быть использован один из классификаторов, разработанный отечественными патопсихологами. Следует отметить, что патопсихологический синдром не является эквивалентом психопатологического синдрома, а, скорее, характеризует специфические болезненные изменения по другой (психологической) оси оценки психического состояния индивида. Данные синдромальной патопсихологической оценки врач-психиатр использует для построения клинического диагноза, наряду с данными, полученными при использовании других методов исследования.

Патопсихолог должен владеть навыками дифференциальной диагностики патопсихологических синдромов, иметь представление о динамике патопсихологических синдромов, патопсихологических критериях разграничения нормы и патологии.

2. Оценка глубины нарушений познавательной деятельности.

Часто встречающаяся в практике патопсихолога задача, тесно сопряженная с задачей патопсихологической диагностики. Большинство психических заболеваний приводят к развитию дефицитарных расстройств — симптомам выпадения или ослабления тех или иных психических функций. Дефицитарные расстройства приводят к разнообразным нарушениям социального функционирования, снижению качества жизни и дезадаптации больного. Патопсихологическое исследование способно выявить характер и степень нарушений психических процессов, лежащих в основе формирования дефицитарных расстройств. Речь идет, в первую очередь, о нарушениях когнитивного функционирования —

расстройствах процессов анализа и синтеза, абстрагирования, классификации, нарушениях динамики, целенаправленности и критичности мышления, расстройствах внимания и памяти, а также степени нарушений (искажений) мотивационной и эмоциональной сферы. Все компоненты этой задачи актуальны, в частности, при патопсихологическом исследовании больных шизофренией или пациентов, страдающих дегенеративными заболеваниями головного мозга. Ответ на задачу такого типа предусматривает оценку не только вида, но и глубины нарушения — легкой, умеренной или выраженной. Оценка, данная патопсихологом, используется врачами-психиатрами при проведении трудовой, военно-психиатрической, судебно-психиатрической экспертизы, а также используется в работе медико-педагогических комиссий.

Окончательное решение о глубине нарушений психической деятельности (глубине дефекта) выносится врачами на основе использования клинического, патопсихологического и других видов исследований.

3. Оценка личностных свойств.

Личностные особенности пациента оказывают существенное влияние на возникновение, протекание и исход психического заболевания. В наибольшей степени эта закономерность выражена при психогенных психических заболеваниях, в минимальной — при развитии ургентной психопатологических состояний — эпилептического статуса, делирия, комы. Биопсихосоциальная парадигма обуславливает понимание того, что личностные факторы продолжают оказывать определяющее влияние на исходы болезни даже при неблагоприятном течении заболевания, сопровождающимся психическим регрессом. В частности, показано, что высокий преморбидный уровень интеллекта выступает одним из факторов «сдерживания» психического заболевания. Задача исследования личностных свойств пациента подчинена, в свою очередь, лечебно-диагностическим задачам и может быть разделена на следующие варианты.

А. Исследование личностного профиля пациента. Такая задача ставится перед психологом врачом при затруднениях в дифференциации типа личностного расстройства, подозреваемого у пациента; для проверки диагностической гипотезы о том, что наблюдаемое психическое расстройство тесно связано с преморбидными особенностями пациента (истерический психоз — истерическая личность); при формировании психотерапевтической стратегии на ранних этапах психотерапии в целях оптимизации взаимодействия психотерапевта с больным. Оценка личностного профиля должна осуществляться посредством используемого в клинической психологии и психиатрии классификатора личностных акцентуаций. Пример ответа: «Пациент обнаруживает шизоидный личностный профиль».

Б. Врач может ориентировать психолога на **исследование конкретной личностной характеристики**, например, исследование параметров внушаемости при направлении больного на гипнотерапию или оценка склонности к прямому проявлению агрессии при направлении пациента на групповую поведенческую терапию, оценка выраженности суицидальных тенденций при определении режима содержания больного в стационаре. Похожим образом формулируется задача при проведении комплексной психолого-психиатрической экспертизы, включающей, например, вопросы оценки степени внушаемости подэкспертного.

В. Третья подзадача может касаться **оценки личностных изменений, привнесенных болезнью** — например, определение выраженности аутистических тенденций при шизофрении. Задача оценки личностных характеристик требует преимущественной опоры не на психометрические тесты (методики «объективного подхода»), а на использование методик проективного профиля, опросников и тестов самооценки. Для решения поставленной задачи психологи, также, как и врачи-психиатры, дополнительно могут применять структурированные клинические оценочные шкалы, разработанные для измерения личностных свойств.

4. Оценка динамики психической деятельности.

Такая задача наиболее часто ставится при необходимости объективировать клиническую динамику при психофармакологическом (или при психотерапевтическом, комбинированном) лечении пациента. Пациенты часто обнаруживают диссимуляцию психических расстройств или неспособность рассказать об имеющейся симптоматике, что может привести к ошибочному врачебному решению (например, преждевременная выписка больного с суицидальными тенденциями). Динамические исследования носят повторный характер, проводятся с одним и тем же пациентом два или большее количество раз. Важно, чтобы исследования при этом проводил один и тот же психолог, так как полностью избежать нивелирования личностных компонентов оценки со стороны специалиста вряд ли возможно. Для оценки тех или иных параметров в динамики следует применять тождественную тестовую батарею. Психолог может характеризовать степень улучшения когнитивных процессов или уменьшение депрессивных тенденций в процессе лечения. Часто динамическое (повторное) исследование необходимо, когда у психотического пациента выявляется симптомокомплекс психотической дезорганизации, имеющий малую нозологическую специфичность. Степень динамики изменений также должна быть по возможности отражена. Пример ответа: «обнаруживает умеренную положительную динамику когнитивных функций» или «существенной динамики не обнаруживает».

5. Психокоррекционная работа и участие в психотерапии пациентов.

Психокоррекционная работа с пациентами, страдающими психическими расстройствами, выступает важной составной частью лечебно-реабилитационного процесса. Психокоррекционная работа способствует выздоровлению, активизирует пациентов, настраивает их на взаимодействие с медицинским персоналом, улучшает психологический климат в психиатрическом стационаре. При проведении психокоррекционной работы медицинский психолог согласовывает с врачом-психиатром ее

цели и формат. Психокоррекция может проводиться в индивидуальной или групповой форме. При этом врачом определяется, может ли конкретный пациент, в зависимости от характера его текущего психического состояния, принимать участие в такой работе. Психокоррекционная работа с психически больными лицами может быть направлена на укрепление навыков совладания с психотическими симптомами, развитие конструктивных копингов, коммуникативных и когнитивных способностей, взаимную поддержку, творческое самовыражение в болезни и решение других задач. Медицинский психолог также может выступать ко-психотерапевтом при осуществлении врачом групповой психотерапии.

6. Осуществление профориентационной и психопрофилактической работы с пациентами.

Психические заболевания часто приводят к снижению уровня социальной адаптации пациентов и утрате части их профессиональных навыков. В связи с этим пациентам должна оказываться поддержка в профессиональной переориентации и трудоустройстве. Такую помощь больным оказывает врач-психиатр совместно с медицинским психологом и социальным работником. По заданию врача медицинский психолог проводит работу по профориентации пациентов с учетом их ценностных установок, способностей, ситуационных возможностей и актуальных планов. Для решения такой задачи может потребоваться проведение дополнительных психологических исследований. Медицинский психолог также может привлекаться врачом для проведения психологического консультирования пациента, проведения психообразовательных и психопрофилактических мероприятий с больными.

7. Работа с родственниками пациента.

Семья психически больного всегда дисфункциональна. Изменения, связанные с психическим заболеванием пациента, нарушают его

ролевое функционирование в семье, что приводит к росту дистресса и перераспределению ролей среди его близких. Семейный дистресс также является самостоятельным фактором, увеличивающим риски наступления обострения у больного члена семьи. В связи с этим, работа с родственниками психически больного представляется весьма актуальной частью лечебно-реабилитационного процесса. Основные задачи врача и медицинского психолога — способствовать формированию у родственников пациента поддерживающего отношения к больному, а также формированию установки на сотрудничество с психиатрической службой. При отсутствии такой установки и «помощника» в лице одного из заинтересованных членов семьи трудно добиться прогресса при лечении тяжелых психических заболеваний. Это касается, в первую очередь, больных наркологического профиля, а также пациентов, страдающих хроническими психозами и деменцией. Работа с семьей включает информирование о психическом заболевании и его последствиях, обучении близких, как правильно понимать и поддерживать пациента, каким образом справляться с деструктивными формами поведения больного и т.д. Родственникам тяжело психически больных может быть рекомендовано участие в специальных группах взаимной поддержки, создаваемых в рамках социальных организаций или действующих на общественных началах.

8. Обучение медицинского персонала учреждений психоневрологического профиля выступает еще одной важной задачей практической деятельности медицинского психолога. Медицинские сестры и младший медицинский персонал должны знать основы клиники психических заболеваний, психологии психически больных, владеть простыми коммуникативными приемами, позволяющими поддерживать пациентов. Указанные образовательные программы позволяют формировать гуманное и нестигматизирующее отношение персонала к психически больным, уменьшить число конфликтных ситуаций, способствуют формированию

психологического климата, способствующего успешной реализации задач лечебно-реабилитационного процесса.

Кроме того, медицинский психолог может привлекаться для оценки эффективности проводимых в учреждении лечебно-реабилитационных мероприятий, а также осуществляет внедрение современных методов патопсихологической диагностики и психокоррекции.

ЧАСТЬ 2.

Правила поведения обучающегося при прохождении практики в психиатрическом стационаре

В соответствии с действующими образовательными стандартами, циклы практических занятий по патопсихологии на факультетах медицинской психологии университетов проводится на третьем и четвертом курсах. Изучение патопсихологии, основывается на знаниях, умениях и навыках, приобретенных при прохождении других клинических и психологических дисциплин. Студент к моменту изучения патопсихологии должен освоить общие требования, касающиеся поведения обучающегося в медицинском учреждении, принципов общения с больным, навыков опроса, сбора сведений, исследования медицинской документации, правил проведения психологического исследования и т.д. Однако существует ряд правил, специфичных для психиатрического учреждения. Они направлены на обеспечение безопасности больного и медицинского персонала и поддержание условий, необходимых для реализации лечебного процесса. Эти правила распространяются и на студентов, проходящих практику в психиатрическом стационаре. Кроме того, пациенты психиатрического стационара (диспансера) в силу имеющихся у них патологии психической деятельности (нарушение сознания, мышления, восприятия, эмоциональных и волевых расстройств и др.) требуют особого подхода и такта со стороны куратора.

Студент, проводящий патопсихологическое исследование психически больного, должен знать виды режимов психиатрического стационара. Например, в наблюдательной палате чаще всего используется ограничительный режим (режим строгого наблюдения или I режим психиатрического стационара), предполагающий круглосуточное наблюдение персонала за пациентом, ограничение передвижения пределами палаты, ограничение пользования личными вещами. Большинство пациентов в отделении находится на режиме дифференцированного наблюдения

(II режим психиатрического стационара), который допускает свободное передвижение пациентов в пределах отделения, более широкое пользование личными вещами и дифференцированное наблюдение со стороны медицинского персонала отделения. Режим «открытых дверей» (III режим психиатрического стационара), допускает выход пациента из отделения по согласованию с лечащим врачом в сопровождении персонала, родственников, либо, в исключительных случаях, самостоятельно. Частичное стационарирование или «режим дневного стационара» (IV режим) в психиатрическом стационаре используется редко и в современной структуре психиатрической помощи реализован в отдельном звене — дневных стационарах психоневрологических диспансеров.

Взаимодействие обучающегося с пациентом, страдающим психическими расстройствами, прежде всего, нацелено на выявление нарушений психических процессов посредством экспериментально-психологического метода исследования. Сталкиваясь с проявлением психических нарушений, студент обязан проявлять вежливость, терпение и понимание. Перед посещением стационара следует подготовиться, привести свой внешний вид в порядок: пользоваться специальной одеждой (медицинский халат), убрать длинные волосы в пучок или под медицинский чепец, снять украшения. Не следует самостоятельно обращаться к пациентам отделения для проведения беседы, прежде всего, нужно получить разрешение от лечащего врача, заведующего отделением или преподавателя, которые обладают сведениями об актуальном состоянии больного. Навязчивым больным, которые стремятся к взаимодействию со студентами, следует в мягкой форме дать отказ и воздержаться от беседы.

Студент, находясь в отделении, не должен принимать от посетителей передачи и корреспонденцию для больных и принимать что-либо от больных (это является обязанностью персонала). Тем более студент не может самостоятельно способствовать проходу и выходу из отделения пациентов и посетителей. Не следует вступать в споры, дискуссии по поводу симптоматики, возмущаться, а тем более иронизировать

над пациентом и его высказываниями. Нельзя давать невыполнимые обещания, советы по лечению, выписке, обсуждать с пациентом правомерность госпитализации. Нужно быть осторожным с больными, страдающими бредовыми идеями преследования, так как никакие доводы их не убеждают, а попытка доказать неправоту больного только вызовет у него рост эмоционального напряжения. Нельзя вступать в конфликт, опровергать суждения больных, доказывать свою правоту больным раздражительным, грубым голосом. В этих случаях нужно соблюдать спокойствие, стараться переключить внимание больного на что-нибудь другое, отвлечь его или просто замолчать, предложив выяснить спорные вопросы с врачом. Все возникающие при общении с пациентом вопросы должны обсуждаться с преподавателем, лечащим врачом, заведующим отделением. Это гарантирует установление хороших доверительных отношений между куратором и пациентом, в значительной мере предупреждает негативное отношение больного к беседе, обследованию, а в некоторых случаях — предупреждает возможность проявлений агрессии со стороны больного.

Первая встреча студента с пациентом может определяться влиянием обыденных установок в отношении психически больных, в частности, касающихся потенциальной опасности психически больного. Даже если вы испытываете опасения или тревогу, необходимо контролировать их проявления. Полезно отнестись к пациенту как человеку, самому чувствуящему себя небезопасно. С другой стороны, не следует забывать о принципах психиатрической бдительности (особенно, когда вы уже освоились в отделении), и всегда внимательно следить за высказываниями, мимикой, движениями и поведением больного. В случае появления болезненных признаков раздражительности, озлобленности, агрессивности следует прекратить беседу и обратиться по поводу дальнейших действий к преподавателю.

ЧАСТЬ 3.

Компоненты патопсихологического исследования

Патопсихологическое исследование включает в себя различные компоненты, последовательно следующие друг за другом.

- А) Наблюдение
- Б) Клинико-психологическая беседа
- В) Исследование дополнительных материалов
- Г) Эксперимент
- Д) Анализ данных и написание патопсихологического заключения

Наблюдение заключается в преднамеренном и целенаправленном восприятии, обусловленным поставленными задачами, которое осуществляется на протяжении всего периода проведения патопсихологического исследования. Успешность наблюдения и его психологическая интерпретация могут вместе с экспериментом лечь в основу предположений о ведущих нарушениях психических процессов. При проведении беседы и исследования необходимо обращать внимание на невербальные и вербальные компоненты. К невербальным компонентам можно отнести:

1. *Внешний вид больного.* Опрятен ли больной, следит ли за своей внешностью (побрит, причесан). Или пациент неряшлив, не следит за своей внешностью, одеждой, не соблюдает гигиенических навыков. Следует отметить особенности одежды: соответствие погодным условиям, ситуации, нелепость, вычурность (например, носит диадему в волосах, ходит в валенках летом и т.д.). Следует отметить, носит ли пациент в стационаре больничную пижаму или носит собственные (домашние) вещи. Следует обратить внимание использует ли больной косметику, украшения, проявляет ли беспокойство по поводу своего внешнего вида, следит ли за реакцией собеседника.

2. *Конституционально-портретные особенности.* Известный американский психолог У.Шелдон, опытным путем выделил три основных

типа телосложения и соответствующие им типы темперамента. *Эндоморфное телосложение* — с преобладанием мягких округлостей; чрезмерное развитие органов пищеварения он связывал с развитием *висцеротонического темперамента* склонных к релаксации, к физическому комфорту, к получению удовольствия от еды, к социальным контактам. *Мезоморфное телосложение* — с преобладанием костей, мускулов и соединительной ткани; тяжелое, сильное, прямоугольное телосложение соотносил с *соматотоническим темпераментом* — склонных к настойчивости, энергичных, ценящих силу, риск и мужество. *Эктоморфное телосложение* — с преобладанием высокого роста и хрупкости относительно массы своего тела; обладающего хорошо развитыми органами чувств, самым большим мозгом и развитой нервной системой, что соотносил с *церебротоническим темпераментом* со склонностью к сдержанности, к интроверсии, к уединению и одиночеству и подавленности. При знакомстве с больным психологу необходимо учитывать тип телосложения, особенности строения тела и состояние кожных покровов, которые могут много сказать о психическом состоянии.

Во время наблюдения необходимо обратить внимание на:

– тип телосложения — атлетическое, астеническое или пикническое; нормальная, недостаточная или избыточная масса тела; высокого, среднего или низкого роста;

– особенности строения и внешнего вида тела — отдельно описываются патологические изменения тела в результате врожденной патологии (стигмы дизэмбриогенеза и развития, наблюдающиеся в детском возрасте). Самые распространенные стигмы в области черепа: особая форма черепа, в том числе асимметричная; низкий лоб, резко выраженные надбровные дуги, нависающая затылочная кость, уплощенный затылок. В области лица: скошенный лоб, монголоидный и антимонголоидный разрез глаз, гипо- и гипертелоризм (расстояние между парными органами — глазами), седловидный нос, уплощенная спинка носа, асимметрия лица. Необычная форма челюстей, недоразвитый подбородок, раздвоенный

подбородок, клиновидный подбородок. В области глаз: эпикант (складка верхнего века у внутреннего глаза), низкое стояние век, асимметрия глазных щелей, двойной рост ресниц, разный цвет радужной оболочки, неправильная форма зрачков. В области ушей: большие оттопыренные уши, малые деформированные уши, разные по размеру и форме, низкое расположение ушей, различный уровень расположения ушей, аномалия развития формы завитков и противозавитков, приращенные мочки ушей, добавочные козелки. В области рта: большой или маленький рот (микростомия, макростомия), «карпий рот», раздвоенный язык и др. В области шеи: короткая или длинная шея, кривошея, крыловидные складки. В области туловища: туловище длинное или короткое, грудь вдавленная или килевидная, бочкообразная, асимметричная, большое расстояние между сосками, добавочные соски, агенезия мечевидного отростка, расхождение прямых мышц живота, низкое стояние пупка, грыжи. В области кистей рук: короткие и толстые пальцы, длинные и тонкие (паучьи) пальцы, синдактилия (сращивание пальцев), поперечная борозда ладони, короткий изогнутый пятый палец, искривление всех пальцев. В области стоп: брахидактилия (укорочение пальцев), арахнодактилия (длинные, тонкие пальцы), синдактилия, двузубец, трезубец, полая стопа, нахождение пальцев друг на друга. В области кожи: депигментированные и гиперпигментированные пятна, большие родимые пятна с оволосением, избыточное локальное оволосение, гемангиомы, участки аплазии кожи волосистой части головы. Отдельно описываются повреждения от полученных травм (деформации или отсутствие частей тела, наличие шрамов от повреждений, операций или самопорезов, наличие гематом, следов от инъекций и т.д.). При этом следует выяснить происхождение повреждений, уточнить отношение больного к ним. Отдельное внимание уделяется наличию декоративных модификаций тела: татуировки, шрамирование, пирсинг, пластические операции и т.д.

3. *Моторика и особенности поведения.* Здесь уделяется внимание особенностям двигательной сферы пациента. Соответствие поведения

ситуации исследования, его адекватность: пациент садится на предложенное место, проявляет заинтересованность, охотно выполняет предложенные задания. Наличие неадекватного поведения: расторможенность, немотивированные действия (например, раздевается, прячется, ест во время беседы и т.д.), которые нередко затрудняют проведение экспериментальной части патопсихологического исследования. Следует отметить особенности движений и походки больного: их координация, неуклюжесть, замедленность движений, расторможенность и неусидчивость, наличие тремора, произвольных движений. Особенности мимики: отсутствие видимых мимических выражений (амимия) или их малая подвижность (гипомимия), напряженное, злобное, печальное или благодушное выражение лица. Следует отметить наличие или отсутствие мимики интереса к беседе и проводимому исследованию. Пантомимическое сопровождение высказываний: обилие жестикуляции или их обедненность. Особенности позы и дистанции, которую занимает больной при исследовании. Поза может быть открытой или закрытой, расслабленной или напряженной, уверенной или неуверенной. Пациент может стремиться увеличить дистанцию между ним и экспериментатором, сесть подальше, избегать зрительного контакта. Признаками нарушения дистанции служат стремление больного сесть поближе, прикоснуться к экспериментатору, взять личные вещи исследователя, свободное обращение со стимульным материалом (вплоть до швыряния и бросания).

Клинико-психологическая беседа. Беседа — это метод сбора первичных данных на основе вербальной коммуникации. Клинико-психологическая беседа между патопсихологом и пациентом строится по типу полуструктурированного интервью с планом беседы и необходимым перечнем вопросов, которые задаются в свободной последовательности, исходя из контекста разговора. Клинико-психологическая беседа прежде всего направлена на решение следующих задач:

1. Установление эффективного контакта с формированием рабочего мотива. В работе с больным необходимо стремиться к созданию атмосферы позитивного принятия. Позитивная атмосфера способствует формированию доверительного отношения к психологу, снижению уровня тревоги, раскрытию представлений и внутренних переживаний, связанных с болезнью. Для того, чтобы создать благоприятную атмосферу нужно придерживаться простых правил (Ю.Б. Алешина, Л.А. Петровская, 1980). В месте проведения беседы, не должно быть ничего, что может отвлечь внимание больного (пугающего, настораживающего, слишком яркого или громкого, присутствия посторонних лиц). Время встречи должно определяться характером и длительностью предстоящего исследования. К сожалению, в психиатрическом стационаре больные находятся в вынужденном положении в выборе времени встречи и количества времени. Исходя из этого, нужно выбирать такое время посещения, чтобы распорядок стационара в наименьшей степени влиял на характер взаимодействия. Посещение перед предстоящим обедом может привести к тому, что больной будет торопиться, сообщать только о «самых важных» симптомах, коротко или отрицательно отвечать на вопросы, небрежно выполнять задания. Все это сказывается на эффективности беседы, а иногда и создает психологический барьер. Для того чтобы беседа прошла успешно, важно правильно организовать расположение людей относительно друг друга. Участники общения, сами того не осознавая, стремятся занять в пространстве определенное место, соответствующее их субъективному статусу. Самым естественным расположением для беседы будет расположение собеседников друг против друга. Для придания рабочей атмосферы и удобства проведения экспериментального психологического исследования необходимо беседу осуществлять за рабочим столом, когда стул пациента стоит справа рядом с боковой стороной стола. Это позволяет психологу свободно раскладывать перед больным стимульный материал, наблюдать за невербальными проявлениями и при необходимости прикасаться к руке, успокаивая пациента.

Следует помнить, что больной участвует в патопсихологическом исследовании не по собственному желанию, а в связи с просьбой участвовать в образовательном процессе. Поэтому особенно важными являются несколько фраз студентов, которые придают настрой всему последующему разговору. Прежде всего следует поприветствовать пациента, предложить пройти к стулу, указав на конкретное место. Следует познакомиться с пациентом (даже если вы изучили амбулаторную карту и знаете паспортные данные) и представиться самому. Уточнить, как следует к нему обращаться (не следует фамильярничать с пациентом, а обращаться нужно по имени и отчеству, исключение составляют подростки и дети). Знакомство должно быть организовано активной стороной общения, то есть патопсихологом. Невербальные проявления во время беседы так же способствуют формированию благоприятной атмосферы. Например, при входе пациента встать, пойти на встречу, помочь сесть на предложенное место, подвинуть стул, внимательно слушать пациента.

Для формирования рабочего мотива необходимо провести самопредставление, назвать свои имя и отчество, сообщить свой статус (например, «студент факультета медицинской психологии» или «психолог-стажер»). Сообщить цель исследования: например, исследование памяти, внимания, мышления, уровня работоспособности, исследование воображения и т.д. Получить согласие пациента на исследование.

2. *Определение готовности пациента к исследованию.* Психологическая готовность трактуется как установка, направленная на выполнение того или иного действия. Она предполагает наличие определенного уровня знаний, умений и навыков, готовность преодолевать сложности, возникающие в процессе выполнения действий, а также способности приписывать личностный смысл выполняемым действиям. Готовность выполнять то или иное действие зависит от индивидуальных особенностей личности, условий в которых протекает деятельность и психического состояния. Готовность пациента к исследованию обусловлена *мотивом участия* в эксперименте, среди которых можно выделить следующие:

a) *креативный мотив* (редкий вариант, встречающийся в основном у психически здоровых лиц; исследуемый ориентирован на поиск творческих решений, сам ставит себе задачи, ранжирует задания по сложности, получает видимое удовлетворение от работы и положительных результатов);

b) *мотив сотрудничества* (исследуемый идентифицируется с ролевой позицией экспериментатора, проявляет заинтересованность в получении объективной информации о себе, активно работает в эксперименте);

c) *коммуникативный мотив* (активность исследуемого направлена на обмен информацией, получение эмоциональной поддержки и одобрения со стороны экспериментатора);

d) *демонстративный мотив* (целью деятельности выступает самодемонстрация, исследуемый привлекает внимание экспериментатора к качеству и оригинальности ответов);

e) *игровой мотив* (незрелый исследуемый увлекается и как бы «теряет» цель и перспективу исследования, чаще наблюдается у детей и подростков);

f) *рентный мотив* (испытуемый увязывает свое продуктивное участие в эксперименте с получением какой-либо выгоды, например, с оформлением группы инвалидности или решением вопроса о выписке);

g) *мотив сдерживания* (исследуемый сознательно подавляет мотив успешного выполнения);

h) *агрессивный мотив* (испытуемый реализует установку на низкокачественное выполнение заданий, демонстрируя, чаще всего, выраженную непродуктивность и интеллектуальные затруднения);

i) *оппозиционный мотив* (испытуемый деформирует инструкции, критикует материал, отказывается от выполнения (или от всякого участия в исследовании); часто отмечается у пациентов с диссоциальным личностным расстройством);

j) *мотив не формируется* (исследуемый демонстрирует формальное участие, ведомость; спонтанная активность низкая; продуктивность

обычно зависит от уровня стимуляции со стороны экспериментатора; или отмечается полная непродуктивность. Такой вариант чаще встречается у лиц с активной психопатологической симптоматикой).

Мотив участия в эксперименте выявляется не из деклараций пациента, а как объективно определяемая установка по отношению к исследованию.

3. *Сбор дополнительных анамнестических сведений.* Для правильной диагностики необходимо собрать и проанализировать имеющиеся анамнестические сведения о больном, которые позволяют оценить преморбидные особенности, условия формирования личности, учитывать влияние экзогенных и психогенных факторов, установку в исследовании. Дополнительные сведения позволяют построить предварительную гипотезу о состоянии психических процессов больного, скорректировать тестовую батарею с учетом особенностей личности и установок.

4. *Сбор информации, верифицирующей данные экспериментальных методик.* Сведения, позволяющие верифицировать данные, получаемые при патопсихологическом исследовании, обычно берутся из медицинской документации (история болезни, выписки, результаты дополнительных обследований и консультаций специалистов).

5. *«Разогрев» перед проведением эксперимента.* Проведенная беседа позволяет сфокусировать внимание и создать мотивацию на выполнение предлагаемых заданий, настроить на «рабочий лад».

Исследование дополнительных материалов. К материалам, позволяющим получить дополнительную и объективную информацию о состоянии психических процессов больного можно отнести медицинскую документацию и прежде всего историю болезни, где отражены сведения о поступлении в стационар, описание анамнеза и психического статуса больного, описание дневников пребывания больного в стационаре, результаты дополнительных исследований (неврологического, лабораторных исследований и др.). Помимо медицинской документации

можно использовать результаты предыдущих патопсихологических исследований для оценки динамики изменений психических процессов больного (стабилизация состояния, улучшение показателей или наоборот, их ухудшение). Продукты деятельности больного имеют особый интерес и подвергаются анализу - это могут быть письма, дневники, рисунки, поделки и др. В данном случае происходит опосредствованное эмпирическое изучение больного через распределение, анализ, интерпретацию материальных и идеальных продуктов его деятельности (тексты, музыка, живопись и т.д.).

Эксперимент. Эксперимент является центральным звеном патопсихологического исследования, который является методом научного познания, при помощи которого исследуются психические процессы в определенных (заданных), воспроизводимых условиях путем их контролируемого изменения. Подробнее о построении экспериментальной части патопсихологического исследования написано в Части 4.

Анализ данных и написание патопсихологического заключения. Производится обработка данных, полученных с помощью экспериментального метода исследования в соответствии с рекомендациями к каждому конкретному тесту и пробе. Анализируются и сопоставляются данные экспериментального исследования с данными, полученными в результате наблюдения, клинико-психологической беседы, изучения дополнительной документации и продуктов деятельности больного. После проведенного анализа оформляется патопсихологическое заключение.

ЧАСТЬ 4.

Патопсихологическое исследование

Проведение патопсихологического исследования предполагает определенную этапность, что позволяет качественно решать поставленные перед патопсихологом задачи. В качестве основных этапов можно выделить:

1. Формирование клинической задачи.
2. Подготовка к выполнению исследования.
3. Клинико-психологическая беседа.
4. Эксперимент.
5. Завершающий этап.
6. Анализ данных и написание патопсихологического заключения.

§ 1. Этап формирования клинической задачи

Целью любого патопсихологического исследования является выделение патопсихологического симптомокомплекса. В практике медицинского психолога, работающего в психиатрическом учреждении, клиническую цель и задачу формирует врач-психиатр. Иногда задачу исследования, в качестве запроса, может сформировать непосредственно пациент, которого беспокоят те или иные симптомы. При проведении патопсихологического исследования в рамках учебного процесса необходимо обозначить следующие основные задачи:

– дифференциально-диагностическая задача (определение нозоспецифичности нарушений познавательных процессов и других личностных параметров);

– определение уровня нарушений когнитивной, мотивационной, эмоциональной сфер;

– изучение определенных личностных свойств в статике (для углубления знаний о личности и ее изменений, оптимизации понимания контакта и т.д.).

§ 2. Этап подготовки к выполнению исследования

Данный этап включает в себя ознакомление с дополнительной документацией (история болезни больного, предыдущие результаты экспериментального психологического исследования и др.), собственной продукцией пациента (рисунки, письма, продукция творческой деятельности и др.). Исходя из имеющейся информации, необходимо составить алгоритм исследования: определить объем психометрических тестов, которые позволят решить клинико-психологические задачи, и последовательность предъявления тестов. В начале эксперимента следует предъявлять методики, направленные на исследование памяти (например, «заучивание десяти слов» и «пиктограммы»), так как при их выполнении требуется оценка отсроченного воспроизведения по прошествии 50-60 минут. Затем предъявляются методики, направленные на исследование других психических процессов. Тестовая батарея так же зависит от цели исследования, образовательного уровня и психического расстройства больного. Например, у интеллектуально сохранных больных с выраженной тревогой, неуверенностью, лучше начинать исследование с предъявления тестов креативной направленности, исключая ситуацию оценивания (например, модифицированный восьмицветовой тест М. Люшера). Для больных с интеллектуальным снижением нужно начинать исследование с простых психометрических тестов с несложной инструкцией (поиск чисел по таблицам В. Шульте, «заучивание 10 слов», «исключение предметов», «исключение понятий» и др.). Для данных пациентов так же необходимо расширить блок тестовых методик, направленных на исследование автоматизированных навыков (чтения, письма, счета), включить вопросы на ориентировку в быту, общей осведомленности, определить уровень обучаемости и уровень развития интеллекта. Для больных с шизофренией должен быть расширен блок тестовых методик, исследующих мыслительную деятельность и ассоциативную сферу. Для пациентов с личностными расстройствами расширить блок тестов,

исследующих эмоционально-волевою, мотивационно-потребностную сферу и личностные особенности. Рекомендуемый перечень представлен в приложении 1. Предъявление методик должно быть «дозированным», при выраженной истощаемости больного следует разбить исследование на несколько дней.

При составлении тестовой батареи нужно придерживаться следующих правил:

1. Должна содержать простые и сложные методики, обычно расположенные по увеличению сложности.
2. Должна содержать тесты различной направленности («объективные», «проективные», опросники и т.д.)
3. Должна содержать как вербальный, так и невербальный стимульный материал.
4. Должна быть соотнесена с возрастным, интеллектуальным, культуральным уровнем, этническими особенностями пациента и его установкой по отношению к исследованию.

Тестовая батарея должна содержать не менее 10-12 тестов (методик) и использовать принцип обучения. При выполнении пациентом тестов психолог обычно оказывает помощь, начиная с самых легких его видов (С.Я. Рубинштейн):

- простое переспрашивание, так как повторение того или иного слова привлекает внимание к заданию;
- одобрение или стимуляция дальнейших действий, например, «хорошо», «дальше»;
- вопросы о том, почему испытуемый совершил то или иное действие (такие вопросы помогают уточнить собственные мысли);
- наводящие вопросы или критические возражения экспериментатора;
- подсказка, совет действовать тем или иным способом;
- демонстрация действия и просьба самостоятельно повторить это действие;

– обучение тому, как надо выполнять задание.

Общие правила, которыми следует руководствоваться при проведении методик:

1) Раньше следует проверить, не окажутся ли достаточными более легкие виды помощи, а затем уже прибегать к показу и обучению;

2) Экспериментатор не должен быть многословным или вообще чрезмерно активным; его вмешательство в ход эксперимента, т.е. в работу больного, должно быть обдуманым, скупым, редким;

3) Каждый акт вмешательства, т.е. помощи, должен быть внесен в протокол (так же как ответные действия и высказывания больного).

Перед проведением исследования необходимо предварительно ознакомиться со стандартной процедурой предъявления каждого тестового задания (особенности предъявления инструкции, регистрации результатов, последовательности предъявления стимулов, время выполнения и оценки результатов), подготовить стимульный материал (текст, таблицы, рисунки, бланки регистрации ответов, опросники и др.), необходимые материалы для проведения тестов (ручки, карандаши, бумага, секундомер и др.). При проведении исследования следует тщательно вести «протоколы», дословно фиксировать ответы больных, спонтанные высказывания, эмоциональные реакции во время беседы и исследования.

§ 3. Этап проведения клинико-психологической беседы

Основные задачи и особенности проведения клинико-психологической беседы были обозначены ранее. В данном разделе представлена модифицированная схема на основе интерактивного интервью по М.Балинту, с перечислением основных блоков и вопросов.

Блок 1. Условия обращения.

– Включает вопросы, позволяющие выяснить, при каких обстоятельствах пациент был направлен на патопсихологическое исследование

(вопросы направлены на выявление осведомленности пациента в отношении целей и задач настоящего исследования, уровня активности и самостоятельности в принятии решения о прохождении психологического исследования, заинтересованности, а также его отношения к проводимому исследованию).

– Выясняется информация о предшествующих психологических исследованиях и его результатах (позволяет оценить степень знакомства исследуемого с аппаратом психологического исследования, скорректировать батарею тестовых методик, с использованием параллельных форм для исключения «заученных» правильных ответов; позволяет построить гипотезу о имеющихся нарушениях познавательной и эмоционально-волевой сферы).

– Включает информирование испытуемого о целях и задачах настоящего психологического исследования и получение согласия на его проведение.

Блок 2. Жалобы.

– Жалобы в настоящее время (пациент должен самостоятельно изложить жалобы на психическое или физическое здоровье, при этом психолог не должен быть слишком активным, так как здесь учитывается способность пациента к пониманию и оценке своего состояния, способность вербализовать жалобы и последовательно их сообщить, оценивается степень обеспокоенности исследуемого своим состоянием и степени влияния на возможность выполнять тестовые задания).

– Жалобы, связанные с отдельными характеристиками психической деятельности (жалобы на внимание и память, работоспособность, наличие явлений утомляемости, повышенной отвлекаемости и т.д.).

– Предыстория заболевания (в данном разделе необходимо уточнить, когда и в каком возрасте впервые появились жалобы и признаки заболевания и с какими факторами, по мнению пациента, они были связаны; коротко расспросить о динамике заболевания, изменении активности, общительности, эмоциональности, круга интересов, трудоспособности;

отметить были ли периоды полного здоровья, наступало ли оно спонтанно или под влиянием проводимой терапии).

– Собственные представления пациента о причинах заболевания (вопросы направлены на выявление субъективных представлений больного о своем заболевании, ситуаций, провоцирующих обострение болезни, последствиях болезни, наличии явлений вторичной выгоды, личное отношение к своему заболеванию; при достаточном уровне самопонимания можно ожидать развернутую внутреннюю картину болезни).

Блок 3. Биографические сведения.

– Сведения о семье и условиях воспитания в дошкольный период. Вопросы направлены на выявление особенностей обстоятельств жизни пациента и выявление наследственных факторов. Следует уточнить сведения о психическом и соматическом здоровье родственников, характерологических особенностях. Выяснить особенности психического и физического развития исследуемого, условия воспитания: особенности семейной ситуации при рождении (полная\неполная семья), отметить каким по счету был ребенок, отношение родителей к ребенку, кем воспитывался (родителями или прародителями). Особенности развития в дошкольный период (до 7-ми лет): посещал ли дошкольное детское учреждение, как проходила адаптация, отметить особенности поведения в детском саду, следует уделить внимание тем проблемам, которые возникали в дошкольный период, кратковременным психическим нарушениям (нарушения сна, плаксивость, наличие страхов и т.д.).

– Сведения о развитии и особенностях поведения в период обучения. Нужно отметить, в каком возрасте пошел в школу исследуемый, имел ли навыки письма, чтения и счета до начала обучения в школе. Следует отметить особенности адаптации в начальной школе, наличие отклонений и их причин. Отметить уровень успеваемости в школе, отличался ли хорошими способностями и по каким предметам, наличие сложностей при обучении и их причины (отсутствие интереса к учебе, отсутствие контроля со стороны родителей, низкие способности, плохая

способность к запоминанию школьных предметов и др.). Следует уточнить характер отношений с одноклассниками и учителями, пользовался ли авторитетом у сверстников или держался отстраненно. Необходимо выяснить участвовал ли исследуемый в общественной жизни школы, занимался ли спортом, какие увлечения имел, увлекался ли чтением литературы и какой именно. Следует выяснить, сколько классов окончил испытуемый и с каким результатом (имел ли грамоты, медали, знаки отличия и т.д.). Как осуществлялся профессиональный выбор, чем он был обусловлен (личным интересом к будущей профессии, советами и требованиями родителей, подражанием друзьям); в каком учреждении в дальнейшем продолжал обучение (курсы, колледж, техникум, высшее учебное заведение и т.д.), отметить, насколько успешно обучался и какую специальность получил. Особенности поведения в подростковом возрасте: выяснить, были ли нарушения поведения в детстве — реакции отказа, компенсации, гиперкомпенсации, реакции эмансипации, группирования, хобби-реакции, сексуальные девиации, делинквентное поведение, ранняя алкоголизация, токсикомании, наркомании, суицидальные попытки, побег, бродяжничество.

– Профессиональная и общественная деятельность. Необходимо уточнить, кем работал исследуемый, с какого возраста и на каких должностях. Как относился к труду, любил ли свою профессию. Часто ли менял место работы и по каким причинам. Какова была работоспособность, отношения с коллективом и руководством. Занимался ли общественной работой и насколько активно. Указать, была ли служба в армии. В каком возрасте был призван, были ли отсрочки и по каким причинам. Отметить род войск, отметить быстро ли адаптировался к службе, какие были отношения с военнослужащими и командованием. Отслужил ли срок полностью или был демобилизован раньше (по какой статье), в каком звании был демобилизован.

– Образование собственной семьи. В данном разделе следует выяснить, как формировалась собственная семья исследуемого, в каком

возрасте появился интерес к противоположному полу, как складывались отношения. Как сложилась семейная жизнь: возраст вступления в брак, количество браков, наличие детей, отметить наличие временных разрывов отношений, разводов с указанием причин. В данном разделе следует так же уточнить характер отношения с супругом, каждым из детей, степень удовлетворенности семейным положением.

– Перенесенные в прошлом заболевания. Следует уточнить у исследуемого, каким заболеваниями он болел, особое значение имеют перенесенные нейроинфекции, черепно-мозговые травмы, болезни нервной системы, обмена веществ, наличие оперативных вмешательств.

– Характер употребления психоактивных веществ и выявление поведенческих зависимостей. Курит ли табак, с какого возраста и сколько. Употребляет ли алкоголь, с какого возраста, как часто и в каком количестве. Были ли случаи употребления наркотиков и других психоактивных веществ. Проявления гемблинга (патологического увлечения азартными играми), интернет зависимости, включая зависимость от online-игр, пищевой зависимости и признаки иных видов поведенческих (психологических) зависимостей (трудоголизма, патологического увлечения экстремальными видами спорта и т.д.).

– Особенности характера, темперамента, личности (преморбидно). Экспериментатор должен выяснить, какими особенностями индивидуально-психологического склада обладал пациент до болезни: живость и яркость эмоций, преобладающий фон настроения, его устойчивость, контроль над эмоциями, тревожность, обидчивость, склонность к пессимистическим или оптимистическим оценкам, каковы волевые качества: чувство долга и ответственности, отношение к другим, к себе, к труду, основные линии поведения в обществе, характер взаимодействия с окружающими. На основании полученных данных, следует сделать вывод о характерологических особенностях исследуемого, наличия акцентуации характера и ее типе.

Блок 4. Настоящая жизненная ситуация.

– Социально-бытовые условия. Следует выяснить, в каких условиях проживает исследуемый, степень удовлетворенности (имеет ли свой частный дом или квартиру со всеми удобствами, отдельную комнату, проживает в общежитие, на квартире и т.п.). Проживает ли самостоятельно или с родителями, с мужем и детьми.

– Отношение исследуемого к себе и своей жизни. В данном разделе следует задать вопросы, позволяющие оценить степень удовлетворенности своей профессией, рабочим местом, отношениями с коллективом, степень удовлетворенности своим характером и поведением. Следует попросить указать слабые и сильные стороны своего характера, поводы для гордости.

– Отношения с родными и близкими. Здесь задаются вопросы, позволяющие получить характеристику межличностных отношений: наличие друзей и знакомых, быстро ли находит общий язык с окружающими или испытывает сложности, избирателен в общении, необходимо оценить глубину и стабильность межличностных отношений. Отношения с близкими: теплые, тесные и доверительные отношения или холодные, отстраненные, конфликтные отношения.

– Мысли, желания, фантазии, связанные с будущим. В данном разделе необходимо выяснить планы на будущее: наличие планов на ближайшее и отдаленное будущее, степень их разработанности, реалистичности и логичности.

Блок 5. Предварительные выводы.

– В данном разделе исследователь выстраивает предположения о состоянии познавательной и эмоционально-волевой сферы, наличии имеющихся нарушений. Делаются предварительные выводы о структуре личности, наличии акцентуации характера или психопатии, механизмах совладающего поведения и компенсаторных механизмах личности.

§ 4. Этап проведения эксперимента

Ниже приведен примерный перечень психодиагностических методик, которые используются для оценки характера и глубины нарушений психической сферы больного.

Методики исследования восприятия и внимания

А) Называние реальных предметов. Исследуемому предлагается назвать любые несколько предметов, которые находятся в помещении. Затем экспериментатор указывает на определенные предметы в помещении и предлагает назвать их. Например: окно, дверь, часы, пуговица, стена, стол, стул и т.д. Данная проба применяется у больных с выраженными когнитивными нарушениями или нарушениями сознания для оценки способности к узнаванию реальных объектов, способности к их обозначению (номинативная функция речи), активности восприятия, детализированности, наличия «восприятия без объекта» (галлюцинации) и т.д.

Б) Называние изображений предметов. Предъявляются для называния любые шесть нарисованных предметов (можно использовать стимульный материал других патопсихологических проб). Данная проба предназначена для оценки реалистичности восприятия, его активности, детализированности, «восприятие без объекта» т.д.

В) Корректирующая проба. Методика выявляет колебание внимания исследуемых по отношению к однообразным зрительным раздражителям в условиях длительной перегрузки зрительного анализатора. Применяется для исследования утомляемости, вработываемости, колебания внимания и т.д. Для проведения пробы необходимы специальные бланки (рис. 1) и секундомер, хорошее освещение и тишина. При проведении

опыта необходимо учитывать состояние зрения исследуемого, в случае необходимости попросить надеть очки для коррекции. Нецелесообразно проводить данную пробу с малограмотными больными и больными с некорригируемым зрением. Больному дают два хорошо отточенных карандаша (один запасной) и бланк. Его предупреждают, что предстоит проверка его внимания. Сообщают инструкцию: «Вы должны просматривать эти буквы строчка за строчкой, слева на право и вычеркивать буквы «К» и «Р». Вычеркивать нужно вот так (экспериментатор показывает, вычеркивая буквы на первой строчке вертикальной черточкой). Иногда я буду ставить на вашем листочке черточки — это будет отметка времени, на это вы не должны обращать внимание. Старайтесь просматривать строчки и вычеркивать буквы как можно быстрее, но самое главное в этом задании — работать без ошибок, внимательно, ни одной буквы «К» и «Р» не пропустить и ни одной лишней не вычеркнуть. Понятно? Начнем со второй строчки». Экспериментатор засекает время и дает больному сигнал начать. По прошествии каждой минуты (точно по секундомеру) экспериментатор ставит знак в том месте, где больной держит в это время карандаш, стараясь по возможности не мешать больному. Общая длительность проведения опыта — 3, 5 или 10 мин в зависимости от поставленных задач и работоспособности больного. При работе с больными с низким уровнем работоспособности, истощаемостью или сверхотвлекаемостью следует ограничиться 3 минутами.

Проверка правильности выполнения задания проводится по заранее изготовленному «ключу», на котором указаны все подлежащие вычеркиванию буквы. Обработка экспериментальных данных заключается в определении скорости и точности. Скорость — число просмотренных за минуту знаков. Точность — число ошибок, допущенных за минуту. По результатам исследования изображается простой график, где совмещены две кривые: изменение скорости работы (по количеству знаков, просмотренных за единицу времени) и изменение точности (по количеству ошибок в те же интервалы) (рис.2).

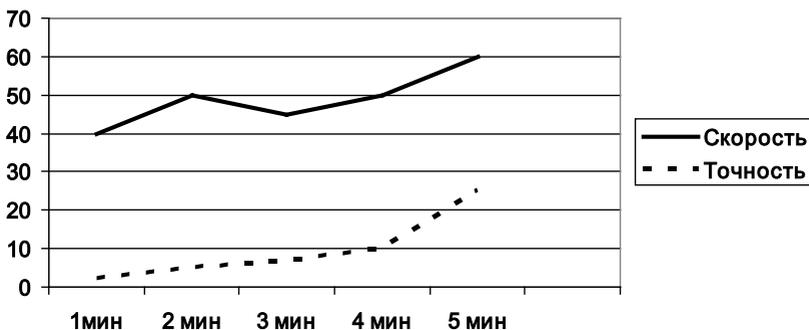
Рис. 1. Бланк корректирной пробы

СХАВСХЕВИХНАИСНХВХВКСНАИСВХВХЕНАИСНЕВХАК
ВНХИВСНАВСАВСНАЕКЕАХВКЕСВСНАИСАИСНАВХНВК
НХИСХВХЕКВХРВХЕИСНЕИНАИЕНКХКИКХЕКВКИСВХИ
ХАКВНСКАИСВЕКВХНАИСНХЕКХИСНАКСКВХКВНАВСН
ИСНАИХАЕХКИСНАИКХЕХЕИСНАХКЕКХВИСННАИХВИКХ
СНАИСВНКХВАИСНАХЕКЕХСНАКСВЕЕВЕАИСНАСНКИВ
КХКЕКНВИСНКХВЕХСНАИСКЕСИКНАЕСНКХКВИХКАКС
АИСНАЕХКВЕНВКХЕАИСНКАИКНВЕВНКВХАВЕИВИСНА
КАХВЕИВНАХИЕНАИКВИЕАКЕИВАКСВЕИКСНАВАХЕСВ
НКЕСНКСВХИЕСВХКНКВСКВЕВКНИЕСАВИЕХЕВНАИЕН
КЕИВКАИСНАСНАИСХАКВННАКСХАИЕНАСНАИСВКХЕВ
ЕВХКХСНЕИСНАИСНКВКХВЕКЕКВНАИСННАИСНКЕКХ
АВСНАХКАСЕСНАИСЕСХКВАИСНАСАВКХСНЕИСХИХЕК
ВИКВЕНАИЕНЕКХАВИХНВИХКВЕХНВИСНВСАЕХИСНАИ
НКЕХВИВНАЕИСНВИАЕВАЕНХВХВИСНАЕИЕКАИВЕКЕХ
КЕИСНЕСАЕИХВКЕВЕИСНАЕАИСНКВЕХИКХНКЕАИСНА
САКАЕКХЕВСКХЕКХНАИСНКВЕВЕСНАИСЕКХЕКНАИСН
ИСНЕИСНВИЕХКВЕХИВНАКИСХАИЕВКЕКВИЕХЕИСНАИ
ВХВКСИСНАИАИЕНАКСХКИВХНИКИСНАИВЕСНАКНЕС
СНАИКВЕХКВКЕСВКСНХИАСНАКСХКХВХЕАЕСКСЕАИК
ИСНАЕХКЕКХКЕИХНВХАКЕИСНАИКХВСХНВИЕХАЕСВЕ
СНАИСАКВСНХАЕСХАИСНАЕНКИСХКЕХВХВЕКНЕИЕНА
ЕХКЕКНАИВКВКХЕХИСНАИХКАХЕНАИЕНИКВКСИСНАИ
ЕХВКВИЕХАИЕХЕКВСНЕИСНВНЕВИСНАЕАХНХКСНАХС
ИСНАИЕИНЕВИСНАИВЕВХСИСВАИЕВХЕИХСКЕИЕКХКИН
КЕВХВАЕСНАСНКИСХЕАЕХКВЕХЕАИСНАСАИСЕВЕКЕ
ХВЕКХСНКИСЕХАЕКСНАИИЕХСЕХСНАИСВНЕКХСНАИС
АВЕНАХИАКХВЕИВЕАИКВАВИХНАХКСВХЕХИВХАИСКА
ВНСИЕАХСНАНАЕСНВКСНХАЕВИКАИКННАВСНЕКВХК
СИАЕСВКХЕКСНАКСХВХКВСНХКСВЕХКАСНАИСКСХКЕ
НАИСНХАВКЕКВХЕИИСНАИНХАСНЕХКСХЕВКХЕИХНАИ
КЕВХСНВИХНКВХЕКНСИЕНХАИВЕНАИХНХКВХЕНАИСН
ВКЕВХАИСХАХКВНВАИЕНСХВКХЕАИСНАВХСВКАХСНА

Рис. 2. График изменения скорости и точности работы при выполнении корректурной пробы

Исходные данные

Время выполнения	1-я мин	2-я мин	3-я мин	4-я мин	5-я мин
Скорость	40	50	45	50	60
Точность	2	5	7	10	25



Построение таких графиков позволяет выявить:

- истощаемость больных — снижение скорости и точности по сравнению с исходным уровнем;
- вработываемость — повышение скорости и точности по сравнению с исходным уровнем;
- колебания того или иного показателя.

В норме показатели точности колеблются от 1 до 15 ошибок за 10 минут работы.

Г) Отыскивание чисел (таблицы В. Шульте). Методика используется для исследования темпа, скорости и объема внимания. Для проведения пробы нужно иметь пять таблиц с числами от 1 до 25, расположенными беспорядочно. На каждой из 5 таблиц числа должны быть расположены по-разному. Кроме того, нужен секундомер и

карандаш (для показа цифр) (рис.3). Пробу можно проводить с больными у которых сформирован автоматизированный счет и узнавание цифр от 1 до 25. Больному сообщают инструкцию: «Вот на этой таблице числа от 1 до 25 расположены не по порядку. Вы должны будете показывать (даете в руки карандаш) и называть в слух все числа по порядку от 1 до 25. Постарайтесь делать это как можно быстрее, но не ошибаться, понятно?». Если больной не понял, то ему объясняют снова, при необходимости, демонстрируя способ выполнения задания. После того, как экспериментатор убедился в правильности усвоения инструкции, испытуемому предлагают первую таблицу и говорят: «Начинайте!» с одновременным включением секундомера. Пока больной показывает и называет числа, экспериментатор следит за правильностью его действий, а когда больной называет число «25», экспериментатор останавливает секундомер. После первой таблицы безо всяких дополнительных инструкций больному предлагают таким же образом отыскивать числа на 2-ой, 3-ей, 4-ой и 5-ой таблицах. Протокол регистрации результатов показан на табл.1. В примечаниях отмечается, равномерно ли больной отыскивает числа или изредка подолгу не может найти какое-нибудь одно число («случайные» задержки). Для более тонкого анализа деятельности больного можно отмечать временные интервалы, в течение которых больной находит каждые пять чисел, либо количество чисел, находимых больным за равные промежутки времени (5с, 10с, 15с, 20с, 25с).

Рис. 3. Пример таблиц В. Шульце

11	17	21	6	10
22	4	12	16	2
8	15	23	9	19
18	13	1	24	5
3	25	20	7	14

11	24	4	9	1
14	20	17	13	2
6	22	1	19	5
18	3	10	25	12
7	16	23	8	15

**Табл.1. Протокол регистрации результатов пробы
«Отыскивание чисел»**

Таблица	Время в секундах	Примечания
1		
2		
3		
4		
5		

Анализ ошибок:

При оценке результатов, прежде всего, становятся заметны различия в количестве времени, которое больной тратит на отыскивание чисел одной таблицы. Психически здоровые взрослые люди тратят на одну таблицу от 25 до 40 секунд. По результатам исследования целесообразно, также как и в корректурной пробе, использовать простые графики.

По результатам исследования можно выявить следующие феномены:

– вработываемость — уменьшение времени поиска чисел по сравнению с исходным;

– истощаемость — увеличение времени поиска чисел по одной таблице по сравнению с исходным. Во время исследования можно выделить два варианта истощаемости: гиперстеническая истощаемость — быстрый темп поиска вначале задания и замедленный в конце с эпизодическим улучшением показателей и гипостеническая истощаемость — постепенное увеличение затрачиваемого времени по сравнению с исходным уровнем без улучшения показателей.

– сужение объема, устойчивости и переключаемости внимания.

Д) Отсчитывание по Э. Крепелину. Данная проба давно используется в психиатрической практике для выявления сохранности навыка

счета, устойчивости внимания, а также степени затрудненности интеллектуальных процессов больных. В зависимости от образования и психического состояния больного экспериментатор предлагает одно из следующих заданий: отнимать от 200 по 17, или от 200 по 13, или от 100 по 7, или от 30 по 3 и т.д. Больному предлагают, например, от 100 отнимать по 7, называя каждый раз только результат, т.е. не повторять «отнять семь». Больной должен таким образом назвать: 93, 86, 79 и т.д. Экспериментатор записывает все называемые числа и попутные высказывания, включая нарушение инструкции, т.е. включая те случаи, когда больной «рассуждает вслух», в промежутках между называнием ответов экспериментатор ритмично ставит точки. Протокол фиксации результатов может иметь следующий вид: 100-7...93...86.....79...72.....67....60..60...53.....
...46.....39....32.....25...и т.д.

Анализ ошибок:

- затруднение и замедление темпа при отсчитывании с переходом через десяток при общей равномерности счета свидетельствуют о затрудненности умственной деятельности;
- замедление темпа к концу счета — показатель истощаемости больного;
- ошибки с пропуском десятков — ослабление внимания;
- хаотическое выполнение задания с грубыми ошибками в вычислении — грубые колебания внимания.

Е) Пробы на переключаемость внимания. Методика направлена на исследование устойчивости и переключаемости внимания. Пробы следует применять у больных с достаточным словарным запасом и образовательным уровнем. Проба имеет два варианта.

В первом больному предлагается список слов и дают инструкцию — «Вам предлагается список слов, где необходимо попеременно подбирать к ним синонимы и антонимы, т.е. к первому слову вы подбираете близкое по значению, ко второму — противоположное по значению, к третьему снова близкое по значению, к четвертому — противоположное и т.д.»

Фиксируется время выполнения задания, количество и характер ошибок (табл. 2).

Варианты набора слов:

- мороз, горе, болезнь, интерес, разлука
- теплый, длинный, светлый, горький, дикий
- плакать, говорить, работать, торопиться, идти
- плохо, ясно, морозно, тревожно, долго

Табл.2 Протокол регистрации результатов пробы на переключаемость внимания

Слово стимул	Латентное время, с	Ответ	Примечания
мороз			
горе			
...			

Анализ ошибок:

– снижение переключаемости внимания — проявляется увеличением латентного времени ответа, повторением ответов одного типа (например, при предъявлении первого слова называет синоним, при предъявлении второго слова так же называет синоним);

– снижение устойчивости внимания — проявляется в неспособности длительно концентрироваться на задании, неспособностью удерживать очередность ответов;

– снижение интеллекта — ошибки логического характера, когда больной правильно удерживая очередность, неверно определяет синоним и антоним, или в силу интеллектуальных затруднений не может подобрать подходящего слова.

Во втором варианте больному предлагается попеременно называть пару одушевленных и пару неодушевленных предметов. Обработка результатов носит аналогичный характер.

Методики исследования памяти

А) Исследование долговременной памяти. Долговременная память — это мозговой механизм, с помощью которого мы можем кодировать и хранить практически неограниченный объём информации в течение длительного периода времени. Объём такой информации определить экспериментальным или каким-либо другим путем не представляется возможным. В патопсихологическом исследовании долговременная память оценивается во время проведения клинико-психологической беседы и экспериментальной части исследования. В первую очередь психолог обращает внимание на способность больного воспроизводить сведения о себе (способность назвать фамилию, имя и отчество, дату рождения, возраст, адрес проживания, место работы, виды занятости, назвать членов своей семьи по имени, способность назвать значимых людей т.д.), сообщать события своей жизни и датировать их (год и возраст поступления в школу, а так же ее окончания, возраст и дата поступления в институт, дату вступления в брачные отношения, рождения детей и т.д.). Опосредованной оценкой долговременной памяти может служить способность больного отвечать на вопросы, направленные на исследование общей осведомленности, ориентации в быту, сохранность знаний, полученных в школе (знание таблицы умножения, писателей, литературных произведений и т.д.). Оцениваться способность к воспроизведению, точность воспроизведения, наличие патологических феноменов (ложные воспроизведения).

Б) Повторение цифр в прямом порядке. Для исследования оперативной памяти можно использовать задание из теста интеллекта Д.Векслера (взрослый вариант). Больному последовательно предъявляются серии цифр, которые ему необходимо повторить. С каждым испытуемым начинать нужно с первой пробы серии - 3. Инструкция: «Сейчас я назову несколько цифр. Слушайте внимательно, и когда я закончу,

повторите их за мной». Цифры произносятся со скоростью 1 цифра в секунду, не объединяя цифры в группы. Понижайте голос на последней цифре серии. Номер серии указывает на количество цифр в данном задании. Если испытуемый правильно воспроизводит первую пробу данной серии, переходите к следующей, более длинной серии. Если испытуемый ошибается в первой пробе, предъявите ему вторую пробу этой же серии, а затем, если он справляется с ней, переходите к следующей серии. Вторая проба каждой серии предъявляется только тогда, когда есть ошибки в первой пробе. Прекращайте исследование после неудачи в обеих пробах одной серии (рис.4)

Рис.4. Серии цифр

Серии	Проба 1	Проба 2
3	5-8-2	6-9-4
4	6-4-3-9	7-2-8-4
5	4-2-7-3-1	7-5-8-3-6
6	6-1-9-4-7-3	3-9-2-4-8-7
7	5-9-1-7-4-2-8	4-1-7-9-3-8-6
8	5-8-1-9-2-6-4-7	3-8-2-9-5-1-7-4
9	2-7-5-3-6-2-5-8-4	7-1-3-9-4-2-5-8-6

Анализа ошибок:

Большинство здоровых людей в норме способны запомнить от 5 до 8 цифр. Показатели ниже 5 единиц будут свидетельствовать о снижении объема оперативной памяти и активного внимания.

В) Заучивание десяти слов. Проба используется для оценки состояния кратковременной слухоречевой памяти больных, утомляемости и активности внимания. Перед началом необходимо подготовить и записать в протокол столбиком ряд коротких, простых, не связанных по смыслу слов (табл.3).

**Табл.3. Протокол регистрации результатов пробы
«заучивание десяти слов»**

№ предъявления								Отсроченное воспроизведение (через час)
слова	1	2	3	4	5	6		
дом								
лес								
стол								
звон								
ночь								
окно								
брат								
пирог								
крест								
кот								
Количество слов								
Добавочные слова								
Примечание								

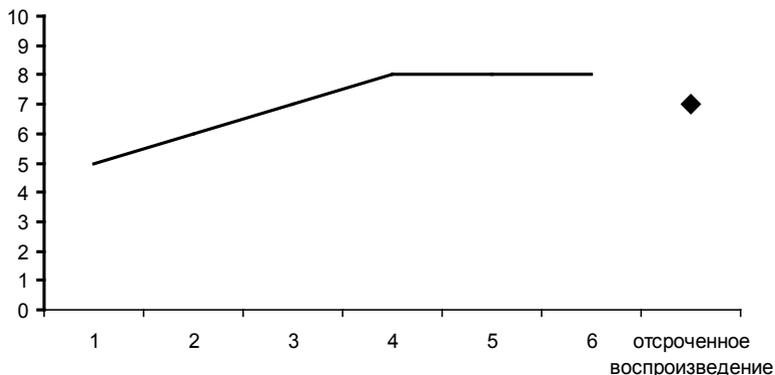
Инструкция состоит из нескольких этапов. На первом этапе больному следует сказать — «Сейчас я прочту 10 слов. Слушать надо внимательно. Когда окончу читать, сразу же повторите столько, сколько запомните. Повторять можно в любом порядке. Понятно?». Экспериментатор читает слова медленно и четко с паузой в 1 секунду. Когда испытуемый повторяет слова, экспериментатор в своем протоколе ставит крестики в графе первое предъявление (табл.4). Если больной повторяет одно слово несколько раз, необходимо сделать отметку в графе примечания. «Лишние слова», которые воспроизводит больной, отличные от тех, которые предъявлял

патопсихолог, заносятся в графу «добавочные слова». При назывании больным «лишних слов» (которые вы не произносили) необходимо обратить на это внимание больного. Далее, на втором этапе, следует предъявить продолжение инструкции — «Сейчас я снова прочту вам те же самые слова, и вы опять должны повторить их — и те которые вы уже называли, и те, которые в первый раз пропустили, - все вместе, в любом порядке». Экспериментатор снова ставит крестики напротив слов, которые повторил исследуемый, во втором предъявлении. Затем опыт снова повторяется 3, 4 и 5 раз, но уже без каких-либо инструкций. Экспериментатор просто говорит — «Еще раз». После пятикратного повторения слов экспериментатор переходит к другим пробам, а в конце исследования, спустя 50-60 минут, снова спрашивает у исследуемого эти слова (без напоминания). По результатам исследования может быть составлена «кривая запоминания», где по горизонтальной оси откладываются номера повторения, а по вертикальной — число правильно воспроизведенных слов. Примерный протокол опыта и «кривая запоминания» представлена на таблице 4.

Табл. 4. Пример оформления протокола и «кривой запоминания» по результатам пробы «заучивание десяти слов»

№ повторения слова	1	2	3	4	5	6	Отсроченное воспроизведение (через час)
	дом	+	+	+	+	+	
лес	+	+	+	+	+	+	
стол			+	+	+	+	+
звон	+	+	+	+	+	+	+
ночь		+		+		+	
окно	+	+	+				

брат	+	+	+	+	+	+	+
пирог				+	+	+	+
крест					+		+
кот			+	+	+	+	+
Количество слов	5	6	7	8	8	8	7
Добавочные слова	свет		свет				свет
Примечание			повторы		повторы		низкая скорость воспроизведения



Анализ ошибок:

У здоровых людей кривая запоминания носит примерно такой характер: 5,7,9 или 6,8,10, т.е. к третьему повторению испытуемый воспроизводит 9 или 10 слов. В приведенном примере (мнемограмма кривой: 5,6,7,8,8,8, отсроченное воспроизведение - 7 слов) кривая свидетельствует о сниженном объеме запоминания и низкой динамике формирования мнестических следов со снижением их устойчивости (больной не называет слово «окно» в четвертом воспроизведении, хотя называл их в предыдущих воспроизведениях). Имеется снижение активности внимания, на что указывают наличие повторений. Кроме того, исследуемый назвал

лишнее слово «свет» и в дальнейшем допускает эту ошибку, что указывает на наличие «конфабуляций» - замещающих элементов в стимулах. Помимо этого, при анализе кривой мы можем регистрировать истощаемость, феномен «края» (при низком объеме воспроизведения испытуемый называет первые два слова и последние два слова с «выпадением» слов-стимулов, расположенных посередине). Отсутствие нарастания удержания слов после их повторения свидетельствует об эмоциональной вялости больных, формальном отношении к исследованию, отсутствии заинтересованности, чтобы запомнить побольше, что проявляется в феномене под названием «плато» (мнемограмма по типу: 3,5,7,7,7,4).

Г) Заучивание фраз. Методика предназначена для исследования непосредственного запоминания в условиях наложения похожего материала. Для проведения пробы необходимо заранее приготовить несколько пар фраз. Больного просят повторить первую фразу за экспериментатором, без указания на запоминание, затем с небольшой паузой в 1с произносят вторую фразу. И сразу, без напоминания, просят назвать первую и затем вторую фразы.

Примеры фраз:

I – 1) В саду за высоким забором росли яблони.

2) На опушке леса охотник убил волка.

II – 1) В Ташкенте было сильное землетрясение и много домов было разрушено.

2) В Тушино был авиационный праздник и прыжки с парашютом.

Результаты записываются в таблицу (табл.5).

Анализ ошибок:

Психически здоровые люди в полном объеме воспроизводят фразы при первом их предъявлении и в полном объеме или близко по смыслу воспроизводят при повторном их воспроизведении. Грубые ошибки при воспроизведении фраз, заключающиеся в невозможности запомнить

фразу целиком, грубое искажение смысла, наблюдаются у больных, страдающих органическими заболеваниями головного мозга. Интерферирующее влияние одного материала на другой проявляется либо в уменьшении объема или ухудшении качества воспроизводимого материала, либо в увеличении времени при выполнении задания. Выделяют два вида интерференции: проактивная интерференция — ухудшение сохранения заучиваемого материала под влиянием предварительного заученного, т.е. больной испытывает затруднения при запоминании новой информации (ухудшение воспроизведения второй фразы); ретроактивная интерференция — ухудшение сохранения заученного материала, вызванное заучиванием или оперированием с последующим материалом, т.е. новая информация воздействует на уже существующие следы, искажая их или нарушая способность их воспроизведения (ухудшение воспроизведения первой фразы).

**Табл. 5. Пример регистрации результатов методики
«заучивание фраз»**

Фраза	Первое воспроизведение	Второе воспроизведение
В саду за высоким забором растут яблони		
На опушке леса охотник убил волка		

Д) Воспроизведение рассказов. Методика применяется для исследования понимания и запоминания текстов, особенностей устной речи испытуемых. Для выполнения методик необходимо заготовить несколько текстов (4-5) в печатном виде, желательно крупным шрифтом. Тексты должны быть разной сложности. Больному предлагается прочитать (если он может это сделать самостоятельно) или прослушать текст, который он должен запомнить и пересказать. Устный пересказ экспериментатор

фиксирует дословно рукописно или с помощью диктофона (необходимо предварительно получить разрешение от больного на его использование).

Примеры текстов:

Плохой сторож.

У одной хозяйки мыши поели в погребе сало. Тогда она заперла в погреб кошку. А кошка поела и сало, и мясо, и молоко.

Самые красивые.

Летела сова. Навстречу ей летели другие птицы. Сова спросила:

— Вы не видели моих птенцов?

— А какие они?

— Самые красивые!

Галка и голубь

Галка услышала, что голубей хорошо кормят. Побелилась в белый цвет и влетела в голубятню. Голуби её не узнали и приняли. Но она не выдержала и закричала по-галочьи. Голуби её узнали и выгнали. Тогда она вернулась к своим. Но те её так же не признали и выгнали.

Лев и мышь.

Лев спал. Мышь пробежала по его телу. Он проснулся и поймал её. Мышка стала просить, чтобы отпустил её и пообещала сделать ему тоже добро. Лев громко засмеялся и отпустил мышку.

Потом охотники поймали льва и привязали верёвкой к дереву. Мышка услышала львиный рев, прибежала, перегрызла веревку и спасла льва.

Умная галка.

Хотела галка пить. На дворе стоял кувшин с водой, а в кувшине была вода только на дне. Галке нельзя было достать воду. Она стала кидать

в кувшин камушки и столько набросала, что вода стала выше и можно было пить.

Два товарища.

Шли по лесу два товарища, и выскочил на них медведь. Один бросился бежать, влез на дерево и спрятался, а другой остался на дороге. Делать было ему нечего — он упал наземь и притворился мертвым.

Медведь подошел к нему и стал нюхать: он и дышать перестал. Медведь понюхал ему лицо, подумал, что мёртвый, и отошел. Когда медведь ушёл, тот слез с дерева и смеётся:

— Ну что, — говорит, — медведь тебе на ухо говорил?

— А он сказал мне, что плохие люди те, которые в опасности от товарищей убегают.

Логика.

Студент приехал на каникулы домой. Он нашёл отца в кухне, где старик собирался приготовить себе яичницу из трёх яиц.

Отец спросил сына: «Расскажи, чему ты обучался в городе?» сын ответил, что он изучал логику. Отец не знал, что такое «логика», и попросил объяснить ему, в чём заключается эта наука.

Сын ответил: «Я тебе сейчас объясню, что это такое, и логически докажу, что у тебя в миске на три, а пять яиц. Слушай только меня внимательно. Вот у тебя в миске три яйца. Ты же знаешь: число три содержит в себе число два. А два яйца, да три яйца составляют вместе пять яиц».

«Ну сынок, — отвечал отец, — вижу, что тебя обучили делу. Я сейчас сделаю себе яичницу из трёх яиц, а ты готовь себе яичницу из остальных двух яиц, которые ты отыскал в моей миске по своей логике».

Анализ ошибок:

Психически здоровые люди способны понять смысл рассказа и воспроизвести его дословно или с незначительными опущениями деталей.

Психически больные допускают ошибки при воспроизведении:

- неточности при воспроизведении, обедненность рассказа деталями при правильном изложении смысла текста;
- грубые ошибки при воспроизведении, заключающиеся в замене одних действующих лиц рассказа другими, слияние и смещение событий двух разных рассказов, искажение обстоятельств;
- вплетение бредовых идей в текст или истолкование содержания рассказов как обидные намеки на события собственной жизни;
- неспособность пересказать рассказ вследствие интеллектуальных нарушений, невозможности понять смысл текста;
- нарушение речи: аграмматизмы, искаженное, неуместное сочетание слов;
- наличие особых феноменов (парафазии, персеверации, резонерство и т.д.).

Е) Методика «пиктограммы». Методика предназначена для исследования опосредованного запоминания (запоминание с использованием вспомогательных средств) и особенностей ассоциативной сферы больных. Впервые данный метод исследования предложил А.Р. Лурия (1964г), а разработка качественного анализа и интерпретация образов, используемых больными, принадлежит Б.Г. Херсонскому (1981г). Для проведения методики необходимо заранее заготовить 16 слов и выражений для запоминания, простой карандаш и несколько листов бумаги формата А4. Несколько листов бумаги предоставляется испытуемому для того, чтобы он не чувствовал себя ограниченным размерами одного листа. Затем предъявляется текст инструкции: «Теперь мы проверим вашу память. Будут названы слова и целые выражения, которые необходимо запомнить. Для того чтобы облегчить запоминание, на каждое слово нужно нарисовать рисунок, все равно какой, но так, чтобы он помог Вам вспомнить названное слово. Качество рисунка не имеет никакого значения, важно лишь, чтобы он помог Вам при запоминании. Слова и буквы писать нельзя». Инструкцию

следует повторять один раз, повторение допускается лишь в ответ на прямую просьбу исследуемого. Выполнение методики состоит из трех этапов. Первый этап — собственно выполнение. Испытуемому последовательно предъявляют слова и выражения (от простых к сложным). Одновременно фиксируется время от момента предъявления понятия, до начала изображения рисунка (латентное время ответа), фиксируются эмоциональные реакции и спонтанные высказывания. Так же следует замерить общее время, которое затрачивает больной на выполнение всего задания (табл.6). По ходу выполнения задания на все вопросы испытуемого следует ограничиться ответами типа «рисуйте так, чтобы легче было запомнить слово», либо «нарисуйте так, как позволяют Ваши способности». Второй этап — опрос. Цель опроса выяснить мотивы, по которым выбран тот или иной образ, уточнение спонтанных реакций и высказываний. Опрос так же направлен на получение информации, которая позволит отнести выбранный образ к той или иной категории, формализовать его. Третий этап — воспроизведение слов. Воспроизведение слов проводится через час после окончания опроса. Испытуемому предъявляется лист с рисунками и предлагается назвать слова или выражения, которые были предъявлены экспериментатором. Если слова и выражения больной воспроизводит неверно, следует на это указать и предложить точнее вспомнить предъявленное слово.

Перечень понятий для запоминания (перечень по Б.Г. Херсонскому):

Веселый праздник	Разлука
Тяжелая работа	Обман
Вкусный ужин	Победа
Болезнь	Подвиг
Печаль	Вражда
Счастье	Справедливость
Любовь	Сомнение
Развитие	Дружба

**Табл. 6. Пример протокола фиксации результатов к методике
«пиктограммы»**

№	Понятие	Латентное время (с)	Рисунок, объяснение	Воспроизведение	Формализованная оценка
1.	Веселый праздник				
2.	Тяжелая работа				
3.				

Интерпретация данных «пиктограммы» проводится по следующей схеме:

1. Оценка общей продуктивности;
2. Качественный анализ выбранного испытуемым образа, типа ассоциации с формализованной оценкой;
3. Оценка количественных соотношений образов;
4. Оценка неформализуемых феноменов («особые феномены»);
5. Оценка графических характеристик;
6. Оценка продуктивности опосредованного запоминания.

На первом этапе анализа определяется общая продуктивность — способность подобрать образ на предъявляемый стимул. Психически здоровые лица со средним и высоким интеллектом способны подобрать образы на все предъявляемые стимулы. Сложности могут вызывать абстрактные понятия (например, «справедливость», «сомнение») у здоровых испытуемых с низким образовательным уровнем и невысоким интеллектом. Снижение продуктивности может наблюдаться при широком круге психических расстройств, а также наличии установочного поведения. Для определения характера нарушений необходимо провести качественный анализ образов.

Второй этап анализа - каждый образ «пиктограммы» подвергается формализованной оценке по нескольким факторам (качественный анализ):

1) фактор абстрактности (конкретные образы (К), атрибутивные образы (Ат), метафорические образы (М), геометрические и грамматические символы (Гс));

2) фактор индивидуальной значимости (индивидуально значимые образы (Инд), персонифицированные образы (Пс), формальные образы (Ф));

3) содержание рисунка (сцены с участием человека (Сц), человеческие фигуры (Ч), части (детали) человеческого тела (ЧД), неодушевленные объекты (НО), фауна (Фн), флора (Фл), пейзажи (П), архитектура, искусство (И), символы (С));

4) фактор частоты выбора (стандартные образы (Ст), оригинальные образы (Ориг), повторяющиеся образы (буквенного обозначения не имеют));

5) фактор адекватности (адекватные образы (+), неадекватные образы (-)).

Третий этап анализа — определение качественных соотношений. В психиатрической практике наиболее значимыми являются соотношения «структуры» образов по фактору абстрактности (Гс:М:Ат:К), которые позволяют оценить операционные характеристики мышления. Вторым показателем, который следует оценить, является фактор индивидуальной значимости (Инд:Пс:Ф). Он позволяет оценить способность пациента отвлечься от индивидуального, конкретного опыта. Третий показатель — количество адекватных образов, позволяющее оценить четкость и реалистичность мышления. Увеличение неадекватных образов в «пиктограмме» может указывать на патологию мышления. Данный показатель дополняется соотношением показателей фактора частоты выбора (Ст:Ориг).

Четвертый этап — на данном этапе производится оценка довольно тонких феноменов, которые зачастую недоступны стороннему

наблюдателю, но имеющих значительную диагностическую ценность. К таким феноменам относят: отказы и «шоковые» реакции (увеличение латентного времени ответа, изменение графических характеристик, отказ от разъяснения и др.), что приводит к снижению общего уровня продуктивности и требует уточнения мотива (низкий уровень интеллекта, реакция оппозиции, низкий уровень мотивации к выполнению заданий, аффективная реакция, связанная с личным опытом больного и т.д.); неформализуемые типы образов (множественный выбор, «выхолощенная» символика, «недифференцируемые» изображения, ассоциации по созвучию), употребление буквенных и словесных обозначений; спонтанные разъяснения и высказывания; стереотипии, персеверации и сходные с ними феномены; фрагментаризация; дублирование; замена; феномен возврата; привнесение цвета; спонтанная нумерация и пунктуация.

На пятом этапе оцениваются графические характеристики: размер рисунков («макрография», «микрография»), стабильность размера рисунков, расположение рисунков на листе бумаги (правильное расположение — горизонтальное или вертикальное, сверху вниз или слева направо; «обратное» расположение), общая упорядоченность композиции (от «сверхупорядоченности» до «хаотической», «краевое расположение»), нажим линий (от слабого, едва заметного, до сильного, рвущего бумагу), стабильность нажима, наличие штриховки, качество и узнаваемость рисунков. Графические характеристики позволяют оценить эмоциональную сферу исследуемого: например, наличие штриховки указывает на повышенную тревожность; неустойчивый нажим, зачеркивания на повышенную эмоциональную лабильность и импульсивность; хаотическое расположение рисунков свидетельствует о сниженной способности к планированию и т.д. Так же имеет значение использование индивидуальных ассоциаций на предъявленные понятия, в которых содержится информация о внутренних переживаниях, ведущих потребностях личности, содержании интрапсихических конфликтов.

На шестом этапе оценивается продуктивность опосредованного запоминания. Показатель продуктивности вычисляется следующим образом: 1 балл начисляется за каждое точное воспроизведение понятия; 0,5 балла — за приблизительное или неточное воспроизведение понятия (вместо «веселый праздник» больной воспроизводит только часть выражения «праздник» или вместо понятия «счастье» воспроизводит «радость»). Подсчитывается общее количество баллов (в норме от 13 до 16 баллов).

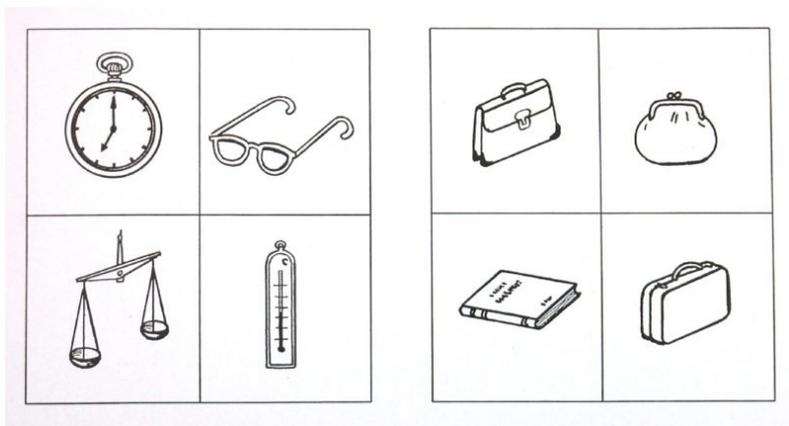
Подробно с правилами формализации образов, оценкой графических особенностей, характере опосредованного запоминания, правилах интерпретации и написания заключения по методике «пиктограммы» можно ознакомиться в монографии Б.Г. Херсонского «Клиническая психодиагностика мышления».

Методики исследования мышления

Существует большое количество методик исследования мышления, которые могут быть использованы для патопсихологической диагностики. Ниже приведены самые распространенные из них. Для написания студенческого патопсихологического заключения необходимо провести не менее 6 методик, охватывающих различные стороны мыслительной деятельности больного, а также содержать как вербальный, так и невербальный стимульный материал.

А) Исключение предметов. Методика предназначена для исследования мышления больных, умения строить обобщения и их логической обоснованности, строгости и четкости формулировок. Методика основана на процессах синтеза и анализа. Для проведения методики необходимы наборы карточек, на каждой из которых нарисовано по четыре предмета (рис. 5).

Рис. 5. Примеры карточек методики «исключение предметов»
(Л.Н. Собчик)



Больному предоставляются карточки, заранее разложенные в порядке возрастающей сложности. Инструкцию демонстрируют на примере одной, самой легкой карточки: «Вот здесь на каждой карточке изображены 4 предмета. Три из них между собой сходны, их можно назвать одним названием, а четвертый к ним не подходит. Вы должны назвать предмет, который не подходит (или который надо исключить), и сказать, как можно назвать остальные три, объяснить своё решение». Далее экспериментатор разбирает с больным первую карточку, вместе с ним дает обозначение трем обобщаемым предметам и объяснение тому, почему следует исключить четвертый предмет.

В протокол записывается предмет (рисунок), который больной считает нужным исключить, а в соседнем столбце — объяснение больного и название остальных трех (табл. 7).

Анализ ошибок:

Психически здоровые люди с высоким образовательным уровнем способны справиться с большинством проб без использования подсказок. При этом опора при решении задач осуществляется на основе существенных абстрактных или категориальных признаков. Существенными

являются признаки, позволяющие отнести каждый из предметов (понятий) к единому целому (группе, роду, виду) в определенной общей системе представлений (например, обувь, животные, транспортные средства и т.д.). Люди с низким образовательным уровнем способны справиться с большинством проб, но при этом, решая сложные задачи, могут испытывать затруднения, опираться на функциональные признаки (объединение предметов по использованию их в деятельности — «ими едят», «на них сидят» и т.д.). Как правило, они активно используют подсказки со стороны экспериментатора и способны образовывать более высокий уровень обобщения (категориальный)

Табл. 7. Форма протокола к методике «исключение предметов»

Название карточки	Исключенный предмет	Объяснение больного	Комментарии
Нога - обувь			
Шуруп - инструменты			
Перо — колюще-режущие инструменты			
....			

Интерпретация ошибок при выполнении методики:

– невозможность решить простые задачи — встречается крайне редко, когда больной не усваивает инструкции в связи с глубокой степенью слабоумия или расстройством сознания;

– невозможность решить задачи средней трудности или при правильном решении, невозможность объяснить и мотивировать свое решение, неспособность сформулировать общее понятие для обозначения трех предметов — указывают на интеллектуальное снижение;

– опора на конкретные, внешние, случайные и конкретно-ситуационные признаки, при недоступности обобщения на уровне категорий, с наличием затруднений в выполнении задания трактуется как снижение уровня обобщения;

– использование для решения личностно-значимых (эгоцентрических) признаков в ответ на аффективно-значимый материал со своеобразным обоснованием своего отличного от нормативного решения, с опорой на свои убеждения и опыт («у меня это было так», «мне так по кайфу»); такие решения указывают на искажение процесса обобщения и указывают на наличие личностной аномалии;

– использование латентных признаков предметов — в качестве опорных признаков при обобщении тех, которые не имеют отношения к разделяемому социальному опыту (неявных, скрытых); тех свойств, которые выступают как альтернатива «нормальному» выбору. Обычно такие ответы воспринимаются исследователем как странные или «оригинальные» (например, в пробе «инструменты — крепеж» исключается пила — «три остальных инструмента имеют форму буквы Т или Г, а пила ни на что не похожа»). Использование латентных признаков указывают на искажение процесса обобщения у больных шизофренией, шизоаффективных расстройствах, шизоидном расстройстве личности и др.;

– наличие нарушений мотивационного компонента в виде резонерства (склонности к рассуждательству со своеобразной аффективной захваченностью). Например, в пробе с изображением пуговицы, крючка, пряжки и катушки больной исключает «катушку» мотивируя свой ответ следующим образом: «все остальное характеризуется застежками, пуговицей и ремнем можно себя застегнуть, привести свою одежду в форму, а катушка нужна, чтобы это все сделать, без катушки не пришьешь ни пуговицу, ни пряжку, тогда человек будет на распашку, душа вся наружу»;

– нарушение мотивационного компонента в виде разноплановости (суждения при решении задач протекают в разных плоскостях). Например, в пробе с изображением ботинка, сапога, туфли и ноги больной

говорит: «два вида рассуждений ведут к ноге, с одной стороны нога — это органическая сущность, а все остальное не органическое, с другой стороны это все обувь, а нога — это часть тела»;

– нарушения мотивационного компонента в виде соскальзывания (немотивированный переход от одного суждения к другому). Например, больной решая типовую задачу, неожиданно начинает рассуждать о своих родственниках: «здесь лишняя кровать, остальное все мебель, но вот знаете у меня с мамой не очень хорошие отношения еще потому что у нее со своей мамой, то есть моей бабушкой не очень хорошие отношения...» и т.д.

Б) Исключение понятий. Методика представляет собой вербальный вариант предметного исключения. Заранее заготавливаются карточки с написанным текстом. Больной может читать слова самостоятельно или их может произносить вслух патопсихолог. Инструкция, регистрация ответов и анализ ошибок производится аналогично пробе «исключение предметов» (табл. 8).

Примеры рядов слов:

1. Василий, Фёдор, Иванов, Семен, Порфирий
2. Смелый, храбрый, отважный, злой, решительный
3. Дряхлый, старый, изношенный, маленький, ветхий
4. Глубокий, высокий, светлый, низкий, мелкий
5. Молоко, сливки, сыр, сало, сметана
6. Дом, сарай, изба, хижина, здание
7. Береза, сосна, дерево, дуб, ель
8. Ненавидеть, негодовать, презирать, возмущаться, наказывать
9. Гнездо, нора, муравейник, курятник, берлога
10. Минута, секунда, час, вечер, сутки
11. Грабеж, кража, поджог, землетрясение, нападение

12. Бабочка, бочка, очки, бокал
13. Самолет, гвоздь, пчела, вентилятор
14. Яблоко, книга, шуба, роза
15. Лист, почка, кора, дерево, сук

Табл. 8. Форма протокола к методике «исключение понятий»

№ пробы	Исключенное понятие	Объяснение больного	Комментарии
1			
2			
3			
....			

Анализ ошибок: аналогичен пробе «исключение предметов».

В) Сравнение понятий. Методика применяется для исследования процессов анализа и синтеза. Экспериментатор заготавливает из имеющегося набора 8-10 пар слов. Набор слов должен содержать не только простые и сложные пары для сравнения, но и так же «несравнимые» понятия или сенсibilированные пробы, провоцирующие у душевнобольных использование латентных признаков (например, проба «кошка-яблоко»). Больного просят сказать, «чем похожи и чем отличаются» предъявляемые понятия. Все ответы записываются полностью (табл. 9). Экспериментатор должен настаивать на том, чтобы сначала больной называл сходства, а потом различия. Если больному не сразу понятна задача, то проводится обучение и первую пару слов экспериментатор разбирает совместно с больным. Предлагая первую несравнимую пару, патопсихолог внимательно наблюдает за реакцией больного. В случае если больной растерян, выражает удивление или просто молчит, затрудняясь, ему

необходимо дать пояснение, что в задании встречаются такие пары слов, которые сравнивать нельзя, так как они относятся к разным категориям. Иногда психически здоровые люди для объединения несравнимых пар используют крупные категории, которые включают в себя разного рода предметы и явления — например, «это все использует человек», «живое» и т.д. Экспериментатор записывает ответ, но потом дает пояснения, что эти пары слов сравнивать нельзя. Больные шизофренией сравнивая несравнимые пары производят опору на латентные (необычные, скрытые) признаки. Такие ответы, как правило, не поддаются коррекции. Например, в пробе «кошка-яблоко» больной указывает следующее сходство — «не имеют острых углов». В целом анализ ошибок при выполнении методики аналогичен пробе «исключение предметов».

Примеры пар слов для сравнения:

- | | |
|------------------------|-----------------------|
| 1. Утро — вечер | 16. Ворона — воробей |
| 2. Корова — лошадь | 17. Волк — луна |
| 3. Летчик — танкист | 18. Молоко — вода |
| 4. Лыжи — коньки | 19. Ветер — соль |
| 5. Трамвай — автобус | 20. Золото — серебро |
| 6. Озеро — река | 21. Сани — телега |
| 7. Река — птица | 22. Очки — деньги |
| 8. Дождь — снег | 23. Воробей — курица |
| 9. Поезд — самолет | 24. Кошка — яблоко |
| 10. Ось — оса | 25. Вечер — утро |
| 11. Обман — ошибка | 26. Дуб — береза |
| 12. стакан — петух | 27. Голод — жажда |
| 13. Птица — самолет | 28. Сказка — песня |
| 14. Ботинок — карандаш | 29. Корзина — сова |
| 15. Яблоко — вишня | 30. Картина — портрет |

Табл. 9. Форма протокола к методике «сравнение понятий»

Пары слов	Сходство	Различие	Примечание
Утро-вечер			
Корова-лошадь			
....			

Г) Определение понятий. Методика направлена на исследование словесно-логического мышления, способность выделить объект из ряда других посредством указания на общий и отличительный признак. Испытуемому предъявляется список слов и предлагается инструкция: «Я хочу, чтобы Вы объяснили значение некоторых слов. Что такое...?». Слова необходимо произносить четко и громко. Так же нужно удостовериться в том, что испытуемый услышал его правильно. Ответы тщательно фиксируются в протоколе (табл. 10), которые в последующем оцениваются экспериментатором. Иногда испытуемые дают обедненные ответы, которые трудно оценить и понять знает ли больной значение слова или нет. В этих случаях можно дать дополнительную инструкцию: «скажите мне подробнее об этом» или «объясните более полно» и т.д.

Примеры понятий для предъявления:

- | | |
|------------------|---------------------|
| 1. Часы это — | 11. Спокойный это — |
| 2. Замок это — | 12. Ремонт это — |
| 3. Река это — | 13. Катакомбы это — |
| 4. Счастье это — | 14. Приговор это — |
| 5. Хлеб это — | 15. Жалость это — |
| 6. Болезнь это — | 16. Пародия это — |
| 7. Деньги это — | 17. Плагиат это — |
| 8. Завтрак это — | 18. Периметр это — |
| 9. Смелый это — | 19. Тирада это — |
| 10. Здание это — | |

Табл. 10. Форма протокола к методике «определение понятий»

Понятие	Латентное время ответа, с	Пояснение	Примечание
часы			
замок			
...			

Анализ ошибок:

Достаточно хорошими ответами, указывающими на высокий уровень развития мышления и культуры, хорошее чувство меры и адекватность при определении необходимого и достаточного для раскрытия смысла слова, являются ответы с точным и развернутым определением с указанием видовой принадлежности и указанием основного отличительного признака («часы — это прибор для измерения времени в пределах суток»), либо дается близкий синоним («хронометр»).

Интерпретация ошибок при выполнении методики:

– ответы, которые содержат неполное, но правильное определение, или содержат описание только отдельных признаков («часы для измерения времени»), или испытуемый показывает понимание на примере («вот у меня на руке есть, я посмотрел и знаю который час»), расцениваются как правильные, но указывающие нам на невысокий культурный уровень испытуемого, склонность к конкретности суждений;

– очевидно неправильными ответами являются ответы по типу пустых вербализаций, которые даже после дополнительного опроса не обнаруживают действительного понимания слова («это время»), а также ответы исключительно бедные по содержанию или неопределенные даже после дополнительного опроса, которые указывают на грубые нарушения познавательной деятельности.

Д) Выделение существенных признаков. Применяется для исследования логичности суждений больного, умение сохранять устойчивость способа рассуждения при решении ряда однотипных задач. Для проведения нужны бланки с напечатанным текстом. Образовательный уровень больных должен быть не менее 5 классов. Инструкция: «Вы видите здесь ряд слов, а рядом с каждым словом в круглых скобках написано пять слов, характеризующие первое (показываете на бланке). Из этих пяти слов вы должны выбрать два — только два, не больше и не меньше, — два слова, обозначающих неотъемлемые признаки вот этого, написанного крупным шрифтом предмета (показать на бланке), т.е. то, без чего он не может быть. Вот, например, сад. Все те слова, которые рядом с ним в скобках написаны, имеют какое-то отношение к саду — и земля, и забор, и садовник, и собака, и растения. Все это в саду бывает. Но без чего сад не может быть садом? Без земли и без растений. Без садовника или без забора сад будет, хотя, может и плохой; без растений и без земли сада не бывает». Совместно решается и вторая задача, а затем больной решает и объясняет свое решение самостоятельно. Все ответы больного записываются (табл. 11).

Примеры ряда слов:

1. **Сад** (растения, садовник, собака, забор, земля)
2. **Река** (берег, рыба, рыболов, тина, вода)
3. **Город** (автомобиль, здание, толпа, улица, велосипед)
4. **Сарай** (сеновал, лошади, крыша, скот, стены)
5. **Куб** (углы, чертеж, сторона, камень, дерево)
6. **Деление** (класс, делимое, карандаш, делитель, бумага)
7. **Чтение** (глаза, книга, картинка, печать, слово)
8. **Игра** (карты, игроки, штрафы, наказания, правила)
9. **Война** (самолет, пушки, сражения, ружья, солдаты)
10. **Кольцо** (диаметр, алмаз, проба, округлость, золото)

11. Газета (правда, происшествие, кроссворд, бумага, редактор)
12. Книга (рисунки, рассказ, бумага, оглавление, текст)
13. Землетрясение (пожар, смерть, колебания почвы, шум, наводнение)
14. Библиотека (столы, книги, читальный зал, гардероб, читатели)
15. Лес (почва, грибы, охотник, деревья, волк)
16. Спорт (медаль, оркестр, состязания, победа, стадион)
17. Больница (помещение, уколы, врач, градусник, больные)
18. Пение (звон, искусство, голос, аплодисменты, мелодия)
19. Любовь (розы, чувства, человек, свидание, свадьба)

Табл. 11. Форма протокола к методике «выделение существенных признаков»

Проба	Ответы больного	Объяснение больного и вопросы исследователя
Сад		
Река		
...		

Анализ ошибок:

- использование случайных, легкомысленных, бездумных ассоциаций. Например, на слово «игра» многие без раздумья отвечают «карты», хотя это не является обязательным признаком для игры. В данном случае экспериментатор должен обратить на это внимание и задать корректирующие вопросы. Если больной в каждой следующей задаче продолжает использовать случайные ассоциации, это указывает на некритичность и снижение целенаправленности мышления;

- неумение выделить самые существенные признаки выявляет слабость абстрагирования;

- путанные рассуждения указывают на наличие расстройства мышления в виде резонерства, аморфность и расплывчатость мышления.

Е) Простые аналогии. Методика направлена на исследование способности больного к обучению, способности выстраивать логические связи и сохранять способ рассуждения при решении длинного ряда разнообразных задач. Для проведения необходимо подготовить бланк с задачами. Задание пригодно для больных с образовательным уровнем не ниже 7 класса. Инструкция дается в форме совместного решения первых трех задач: «Посмотрите, здесь написано два слова — сверху лошадь, снизу жеребенок. Какая между ними связь? Жеребенок — детеныш лошади. А здесь, справа, то же сверху, одно слово — «корова», а внизу пять слов на выбор. Из них нужно выбрать только одно слово, которое так же будет относиться к слову «корова», как жеребенок к лошади, т.е. чтобы оно обозначало детеныша коровы. Это будет... теленок. Значит нужно раньше установить, как связаны между собою слова, написанные слева, вот здесь (указать на бланке), и затем установить такую связь справа (указать на бланке)». Вторая пара слов разбирается аналогичным образом. Обязательно нужно добиться того, чтобы больной усвоил инструкцию. Ответы больного и все корректирующие замечания тщательно записываются (табл. 12). Для исследования способности к логическим рассуждениям так же можно использовать методику «сложные аналогии», которая подходит для больных с высоким образовательным уровнем.

Пример простых аналогий:

Лошадь
Жеребенок

Корова
Пастбище, рога, молоко, теленок, бык

Тонкий
Толстый

Безобразный
Красивый, жирный, грязный, урод, веселый

<u>Свинец</u> Тяжелый	<u>Пух</u> Трудный, перина, перья, легкий, куриный
<u>Ложка</u> Каша	<u>Вилка</u> Масло, нож, тарелка, мясо, посуда
<u>Яйцо</u> Скорлупа	<u>Картофель</u> Курица, огород, капуста, суп, шелуха
<u>Коньки</u> Зима	<u>Лодка</u> Лед, каток, весело, лето, река
<u>Ухо</u> Слышать	<u>Зубы</u> Видеть, лечить, рот, щетка, жевать
<u>Собака</u> Шерсть	<u>Щука</u> Овца, ловкость, рыба, удочки, чешуя
<u>Пробка</u> Плавать	<u>Камень</u> Пловец, тонуть, гранит, возить, каменщик
<u>Чай</u> Сахар	<u>Суп</u> Вода, тарелка, крупа, соль, ложка
<u>Дерево</u> Сук	<u>Рука</u> Топор, перчатка, нога, работа, палец
<u>Дождь</u> Зонтик	<u>Мороз</u> Палка, холод, сани, зима, шуба
<u>Школа</u> Обучение	<u>Больница</u> Доктор, ученик, учреждение, лечение, больной

Песня
Глухой

Картина
Хромой, слепой, художник, рисунок, больной

Нож
Сталь

Стол
Вилка, дерево, стул, пища, скатерть

Табл. 12. Форма протокола к методике «простые аналогии»

Проба	Ответы больного	Объяснение больного и вопросы исследователя
Лошадь-жеребенок		
Тонкий-толстый		
...		

Анализ ошибок:

– неспособность усвоить инструкцию к 3-4 заданию обнаруживает снижение обучаемости вследствие затрудненных интеллектуальных процессов;

– при правильном выполнении задания периодические сбои с опорой на случайные, близкие по конкретной ассоциации связи (например, к слову «зубы» подбирается «щетка», так как «зубы мы часто чистим») — такой способ выполнения указывает на неустойчивость процесса мышления, соскальзывание суждений на путь случайных, облегченных суждений;

– расплывчатые суждения с обилием ассоциаций, которыми больной с трудом оперирует, затрудняясь выделить главное — такие ответы указывают на непоследовательность мышления, снижение целенаправленности.

Ж) Классификация предметов. Метод предметной классификации является одним из основных методов исследования мышления в патопсихологии. Применяется для исследования процессов категоризации, обобщения и абстрагирования, способности строить умозаключения, критичности больных, особенности памяти и внимания, личностных характеристик. Для проведения методики необходимо иметь набор карточек (68 шт.), на которых изображены разнообразные предметы и живые существа: посуда, транспортные средства, животные, насекомые, растения, грибы, люди и т.д (рис. 6).

Рис. 6. Пример карточек методики «классификация предметов»
(Л.Н.Собчик)



Методика применяется у детей и взрослых любого образовательного уровня. Инструкция предьявляется в несколько этапов. Первый этап называется «глухой», когда больному дают заранее перемешанные

карточки кверху рисунками и говорят: «Разложите эти карточки на столе — что к чему подходит». Сверху кладут рисунки наиболее классифицируемые. Если больной задает вопросы, то нужно отвечать уклончиво: «Начните работать и сами увидите, как надо». Все высказывания и реакции больного записываются в протокол. На втором этапе, после того как больной разложит первые 15-20 карточек, необходимо дать положительную оценку, в случае правильного выполнения задания: «правильно, вы положили вместе мебель, так и надо объединять карточки по сортам, группам: так, чтобы в одной группе лежали предметы одного сорта, чтобы их можно было назвать одним названием», или сделать критическое замечание, если больной раскладывает карточки неправильно: «Нет, это не имеет значения, что одежда висит в шкафу, класть надо вместе предметы одного сорта, так чтобы их можно было назвать одним названием: мебель нужно положить с мебелью, одежду с одеждой». Третий этап самый продолжительный, экспериментатор периодически спрашивает больного, почему он положил те или иные карточки вместе и как он может назвать эту группу. Когда больной соберет основные группы: мебель, посуда, одежда, транспорт, люди, фрукты, птицы, овощи, животные, измерительные приборы, насекомые, учебные пособия, - можно переходить к третьему этапу исследования. Больному говорят: «Первую часть работы вы выполнили хорошо. Теперь нужно сделать вторую часть работы. Раньше вы соединяли в группы карточки с карточкой, а теперь нужно соединить группу с группой так, чтобы групп стало как можно меньше, но чтобы группе можно было дать какое-либо название». В процессе работы допустимы объяснения по поводу изображенных рисунков. Например, трудности может вызвать карточка с изображением чернильницы, так как не все знают, как она выглядит. Все действия испытуемого и высказывания экспериментатора тщательно записываются (табл. 13).

**Табл. 13. Форма протокола к методике
«классификация предметов»**

Этап	Действия испытуемого	Выделенная группа*	Высказывания и объяснения испытуемого	Высказывания и замечания экспериментатора
Первый этап				
Второй этап				
Третий этап				

Примечание: *здесь записывается название группы, которое сформулировал сам исследуемый (например, «ёмкости, в которых находится жидкость» вместо «посуда»).

Анализ ошибок:

Интеллектуально сохранные испытуемые способны без труда установить такие группы как домашние животные, звери, мебель, посуда, одежда, фрукты, овощи и т.д. Если испытуемый способен объединить и назвать более сложные группы: измерительные приборы, школьные принадлежности, люди, мы можем сделать вывод о том, что испытуемому доступны более сложные обобщения, чего не встречается при нарушениях интеллекта. Так же психически здоровые люди могут использовать при объединении функциональный уровень, обобщение по типу использования в деятельности человека (например, испытуемый группу посуды называет следующим образом: «с помощью них человек готовит»). Как правило, такого рода обобщения используют люди с низким культурным уровнем. Если испытуемый с низким образовательным уровнем сразу начинает правильно обобщать, давать правильные названия категориям — это можно расценить как признак быстрой ориентировки в новом

материале, хорошей сообразительности. Успешное выполнение третьего этапа свидетельствует о доступности сложных обобщений.

Интерпретация ошибок при выполнении методики:

– объединение карточек на основании конкретно-ситуационных признаков (например, объединение бабочки и цветка, так как «бабочка садится на цветок» или объединение моряка и парохода, так как «моряк плавает на пароходе») свидетельствует о склонности больного к конкретным суждениям;

– установление дробных, чрезмерно детализированных группировок, вплоть до образования групп, состоящих из одной карточки: «животные дикие лесные, животные дикие степные, африканские животные, животные домашние рогатые и т.д.». Такие больные могут испытывать затруднения при отнесении карточек в ту или иную группу. На предложение укрупнить группу, объединив все карточки в группу животные, как правило, принимаются неохотно, больной находит возражения. Подобный способ выполнения заданий следует расценивать как склонность к детализации;

– наличие одноименных групп, которые ничем не отличаются от ранее образованных (например, группа «людей» образована в одном месте и при дальнейшей работе выделяется еще одна группа «людей»). При указании на наличие одноименной группы больной, как правило, изменяет свое решение и объединяет новую группу с ранее образованной. Такой способ выполнения заданий свидетельствует о рассеянности, забывчивости больных, о сужении объема их внимания (не видят того, что лежит у них перед глазами);

– образование чрезвычайно обобщенных групп и одновременно чрезмерно детализированных (например, при раскладывании карточек выделяется одна общая группа «живые существа», куда относит животных, птиц, людей и выделяются более мелкие группы: «измерительные приборы, инструменты, транспортные средства, посуда» и т.д.) свидетельствует о непоследовательности мышления;

– объединение групп по случайным, несущественным или скрытым признакам предметов наряду с образованием групп по существенным признакам (например, большой образует группы мебель, транспорт, люди, измерительные приборы, инструменты и одновременно объединяет в одну группу «то что может находиться на столе» чернильницу, книги, глобус, ножницы и сантиметр; разделение карточек по принципу «цветные» и «не цветные»). Часто такие решения сопровождаются причудливостью рассуждений, резонерством. Такой способ выполнения заданий свидетельствует о искажении процесса обобщения мышления, его разноплановости;

– правильное объединение карточек в группу при невозможности дать общее понятие (например, большой правильно объединил карточки с изображением стакана, ковша, тарелки, чашки и кастрюли, но при этом не дает никакого названия) свидетельствует об интеллектуальном снижении;

– правильное объединение карточек в группы с образованием причудливого,agrammaticкого названия, использование неологизмов (например, группу, в которой находится разного рода посуда, обозначает как «в них находится пустота и можно чем-то наполнить», группу с транспортом — «неживой организм», группу школьных принадлежностей — «настольная надобность») свидетельствуют об аморфности, расплывчатости мышления, ослаблении категориального строя;

– правильное объединение карточек в группы с образованием сложных, претенциозных названий, которые направлены на привлечение внимания (например, группа, состоящая из посуды, называется «принадлежность культурного быта для принятия пищи») свидетельствуют о невысоком образовательном уровне и склонности испытуемого к демонстративности и эгоцентричности;

– объединение карточек в группы с использованием индивидуально-значимых признаков, индивидуальных пристрастий, опыта испытуемого, объединение по типу «нравится — не нравится» (например, «это все есть у меня в саду» или «я занимаюсь шитьем, а это все нужно для

шитья») свидетельствует об искажении процесса обобщения, эгоцентричности мышления;

– если у больных с высшим образованием при успешном выполнении первого и второго этапов, имеются затруднения с выполнением третьего, это является признаком некоторого интеллектуального снижения и снижения уровня обобщения мышления, конкретности мышления, затруднении процессов абстрагирования;

– кроме того, с помощью методики можно оценить некоторые личностные параметры: повышенный уровень тревожности и неуверенности, что проявляется в характере взаимодействия со стимульным материалом, осторожное раскладывание карточек, поиск поддержки у экспериментатора, простое переспрашивание — «Правильно ли я делаю?»; ригидность и стеничность личностных свойств, которая проявляется в следовании своим установкам, решения таких испытуемых, как правило не корректируются; возбудимые черты характера при свободном обращении со стимульным материалом, принятии импульсивных решений; повышенный уровень внушаемости, в тех случаях, когда испытуемый, без критического осмысления, изменяет свои верные решения на неправильные в ответ на замечания экспериментатора и т.д.

3) Толкование половиц и метафор. Проба направлена на исследование способности к абстрагированию, сохранности абстрактно-логического мышления, способности к целенаправленному суждению, а так же позволяет судить о кругозоре больного и уровне его интеллектуального развития. Для проведения методики необходимо заранее заготовить бланк с общеизвестными и малоизвестными половицами и метафорами (примерный список приведен ниже). Больному предъявляется бланк и экспериментатор предлагает пояснить переносный (скрытый) смысл выражений. Сначала следует предъявлять пословицы и метафоры, которые часто употребляют в быту и являются общеизвестными (Например, «Яблоко от яблони недалеко падает», «Куй железо пока горячо», «золотые

руки», «светлая голова» и др.), затем предъявляются более сложные и редко используемые пословицы и метафоры (например, «У семи нянь дитя без глаза», «Ахиллесова пята»). Пояснения больного и реакции во время выполнения задания тщательно записываются (табл. 14).

Примерный перечень пословиц:

Яблоко от яблони недалеко падает
Куй железо пока горячо
Шила в мешке не утаишь
За деревьями не видно леса
Один в поле не воин
Одного поля ягоды
Цыплят по осени считают
Нечего на зеркало пенять, коли рожа крива
Не красна изба углами, а красна пирогами
Взялся за гуж, не говори, что не дюж
Не в свои сани не садись
Не все то золото, что блестит
Семь раз отмерь, один раз отрежь
У семи нянь дитя без глаза
Конь о четырех ногах и то спотыкается

Примерный перечень метафор:

Золотые руки
Светлая голова
Железный характер
Ядовитый человек
Глухая ночь
Белая ворона

Волчий аппетит
Каменное сердце
Зубастый парень
Ахиллесова пята

Табл. 14. Форма протокола к методике «толкование пословиц и метафор»

Пословица\метафора	Пояснение	Примечание
Яблоко от яблони недалеко падает.		
....		

Анализ ошибок:

В норме психически здоровый человек способен пояснить условный смысл пословицы с использованием отвлеченного, лаконичного примера, который отражает скрытое содержание (например, пословицу «Яблоко от яблони недалеко падает» поясняет следующим образом — «дети похожи поступками и характером на своих родителей» или «какие родители, такие и их дети по менталитету»). Люди с высоким образовательным уровнем и широким кругозором способны объяснить пословицу или метафору с использованием равнозначной по содержанию, аналогичной пословицей или метафорой (например, аналогичной пословицей, передающей переносный смысл, для выражения «Яблоко от яблони недалеко падает» является пословица «От осинки не родятся апельсинки»). Оба варианта объяснения свидетельствуют о высоком уровне абстрагирования, способности отвлечься от конкретного значения. Конечно, для оценки правильности и достаточности объяснения экспериментатор должен вначале самостоятельно узнать их значение. Правильным пояснением пословицы так же будет являться объяснение с приведением конкретного примера (в частности, пословицу «Яблоко от яблони недалеко падает»

поясняет так — «например, отец всю жизнь воровал и сидел в тюрьме, и сын так же всю жизнь ворует и сидит в тюрьме»). Такое пояснение будет свидетельствовать о невысоком кругозоре, склонности к конкретным суждениям, невысоком образовательном уровне, без нарушенной способности к абстрагированию и отвлечению.

Интерпретация ошибок при выполнении методики:

– буквальное толкование пословиц или метафор — в данном случае больной воспроизводит первый план пословицы, исходя из конкретного значения предметов (например, больной пословицу «Яблоко от яблони недалеко падает» поясняет так — «ну...яблоко упало и рядом лежит»; «золотые руки» - «на руках золотых колец много»; «светлая голова» - «седой» и т.д.). Пояснение на буквальном уровне указывает на нарушение способности к абстрагированию и снижение интеллекта.

– простое механическое повторение пословицы или метафоры за экспериментатором (эхолалия), пустые вербализации, неспособность дать хоть какое-то пояснение указывают на грубые нарушения познавательной деятельности вследствие распада или недоразвития интеллекта, а так же психотического состояния пациента. Как правило, ответы такого уровня будут наблюдаться и при проведении других проб, сопровождаться нарушением усвоения инструкции к заданиям, крайне низким уровнем продуктивности в исследовании.

– многословные, витиеватые, гиперабстрактные пояснения указывают на нарушения целенаправленности суждений, резонерство и разноплановость мышления (например, пословица «Яблоко от яблони недалеко падает» поясняется следующим образом — «человек не может сделать невозможное, яблоко не сможет далеко упасть, так как привязана гравитацией с яблоней»; «Шило в мешке не утаишь» — «острое проткнет мешок, вещь способная вылезти из мешка через собственную остроту»);

– правильное, но излишне детализированное пояснение, указывает на обстоятельность мышления (например, «Яблоко от яблони недалеко падает» — «Скажем так: яблоко не сможет родить грушу, по своим качествам

все яблоки будут похожи. Так и люди, если в семье родители определенного склада характера, ума, сообразительности, поведения, привычек, то и дети будут похожи на своих родителей. Есть много похожих половиц, которые показывают родство детей и родителей. . .»; «каменное сердце» - «это человек имеющий сердце, которое достаточно грубое по отношению к окружающим. Может и подлость совершить, и равнодушным быть. Если что-то случится, то человек не будет переживать, сочувствовать. . .»).

– правильное объяснение с использованием примеров из собственной жизни указывают на эгоцентричность мышления (например, «Яблоко от яблони недалеко падает» — «это как у нас в семье, я похожа на свою мать и внешне и по характеру, такая же импульсивная»).

И) Установление последовательности событий. Методика направлена на выявление сообразительности больных, умение понимать связь событий и строить последовательные умозаключения. Дополнительным параметром является выявление чувства юмора больного и умение видеть забавную сторону событий. Для проведения данной пробы необходимо заранее заготовить серии сюжетных картинок, на которых изображены этапы какого-либо события. В качестве стимульного материала можно использовать сюжетные картины из субтеста «последовательные картинки» теста Д.Векслера (Рис. 7).

**Рис. 7. Примеры последовательных картин
(диагностика уровня развития интеллекта Д. Векслер,
взрослый вариант)**

Серия 1.



В настоящем пособии инструкция к субтесту приводится с некоторыми изменениями для удобства применения и интерпретации. Каждая серия содержит от 3 до 6 карточек. Начинать следует с предъявления простых сюжетов, состоящих из трех карточек. Перед испытуемым раскладываются карточки одного сюжета в порядке номеров и сообщается инструкция: «Сейчас я буду раскладывать карточки, на которых изображено событие. Вам необходимо определить какое это событие: с чего все началось, что произошло дальше и чем все закончилось. Разложите картинки по порядку и составите рассказ». Если больной успешно справляется с заданием, можно переходить к более сложным сюжетам. В случае затруднения, необходимо провести обучение — сообщить больному содержание сюжета, показать первую картинку, затем вторую и третью с перечислением тех событий, которые там изображены. Затем предъявить следующий простой сюжет и предложить больному самостоятельно определить сюжет и аналогичным образом разложить картинки. В дальнейшем если больной неверно раскладывает сюжеты, ему задают вопросы, цель которых помочь больному установить противоречие в его рассуждениях, выявить допущенные ошибки. Если больной с третьей попытки не усваивает инструкции и выполняет задание с ошибками, следует прекратить исследование. Вопросы экспериментатора и действия больного записываются (табл. 15). Анализ ответов испытуемого качественный.

Табл. 15. Форма протокола к методике «последовательные картинки»

Наименование серии (шифр карточек)	Раскладка больного	Объяснение больного	Примечания
Гнездо (X-W-Y)			
...			

Анализ ошибок:

Психически здоровые люди способны правильно усвоить инструкцию с первого предъявления и построить сюжет, состоящий из 5 картинок, составить рассказ по ним с перечислением основных событий. Как правило, испытуемые с высоким уровнем интеллекта и высоким уровнем ориентации в социальных ситуациях легко справляются со всеми предложенными сериями и выстраивают развернутый, грамматически связанный рассказ по сюжету.

Интерпретация ошибок при выполнении методики:

– неспособность усвоить инструкцию и справиться с простым сюжетом из 3 карточек, наблюдается у больных с грубым нарушением интеллекта;

– затруднение усвоения инструкции, способности справиться с легкими сериями и выраженные затруднения с сериями средней степени сложности указывают на интеллектуальное снижение, затрудненность осмысления;

– формирование произвольного, вымышленного порядка, построенное сюжета противоречащего порядку содержания сюжета, неспособность считаться с критическими замечаниями и возражениями указывают на некритичность мышления при глубоких нарушениях интеллекта;

– при верном расположении карточек больной выстраивает обедненный рассказ, в целом верный, но с пропуском некоторых событий, может указывать на интеллектуальное недоразвитие или невнимательность;

– бедная речь, с односложными предложениями, с нарушениями согласования слов в предложении, неверном произношении и употреблении слов, указывает на интеллектуальное снижение;

– детализированная речь с застреванием на отдельном событии сюжета указывает на обстоятельность мышления.

К) Объяснение сюжетных картин. Проба применяется для исследования особенностей восприятия, мышления и речи больных, умение выделять существенное из деталей, а также для исследования эмоционального отклика, который вызывает у больного сюжет той или

иной картинке. Для проведения пробы необходимо заранее заготовить набор разнообразных сюжетных картинок. Желательно, чтобы они были простые и сложные по сюжету, веселые красочные и печальные, мрачные, реалистичные и более сложные по оформлению. Для этой цели пригодны репродукции художников (рис. 8).

Рис. 8. Пример сюжетной картины (Репин И.Е. «Не ждали»)



Больному следует показать картинку (начиная с простых) и попросить рассказать, что на ней изображено. При фиксации результатов необходимо замерять латентное время ответа (время с момента предъявления сюжетной картинке и началом рассказа больного) и подробно записать рассказ. Для этих целей допускается использование диктофона, если получено разрешение больного.

Анализ ошибок:

Анализ носит качественный характер. Большинство психически здоровых людей правильно определяют основной сюжет картин и строят

простой рассказ с перечислением основных событий. Лица с высоким интеллектом способны выстроить развернутый рассказ с детальным перечислением событий, обнаруживают богатый активный словарный запас, зачастую могут использовать литературные, высокопарные высказывания. Речь грамматически правильно оформлена, интонационно окрашена.

Интерпретация ошибок при выполнении методики:

– неверное определение сюжета, возраста, пола героев, изображенных предметов, привнесение лишних деталей, героев в картинку, а не в рассказ, указывают на нарушение восприятия или вследствие грубого снижения интеллекта, или вследствие выраженной психической дезорганизации;

– опущение существенных деталей, приводящие к неверному восприятию сюжета, указывает на сужение объема восприятия;

– нарушение темпа речевого высказывания: замедление или ускорение;

– снижение уровня продуктивности (менее 10-15 слов в рассказе), в сочетании со снижением темпа, наличием пауз, односложных высказываний может наблюдаться у депрессивных больных при правильном понимании смысла картинки;

– снижение уровня продуктивности у больных с нарушениями интеллекта в сочетании с неправильными высказываниями, нелепыми суждениями, аграмматизмами, стилистическими ошибками, смещением понятий и терминов;

– увеличение продуктивности с привнесением в рассказ многочисленных деталей, новых героев в рассказ, повышенное фантазирование, сопровождающийся аффективной захваченностью, ускорением речи, повышением громкости может указывать на маниакальное состояние больного;

– построение детализированного рассказа с перечислением всех изображенных на картинке предметов и деталей, затрудненным переходом к описанию существенного в сюжете указывает на обстоятельность мышления;

– бредовое толкование сюжета с проекцией психопатологических переживаний, использованием неологизмов, символов выстраивают больные шизофренией.

Методики исследования ассоциативной сферы

В патопсихологическом эксперименте исследование ассоциативной сферы является более тонким инструментом для выявления признаков расстройств мышления. Выполнение проб не требует целенаправленного решения задач, а создает условия для естественного течения мыслительного процесса. Для написания студенческого патопсихологического заключения необходимо использовать не менее одной пробы.

А) Называние 60 слов (свободные ассоциации). Методика направлена на исследование ассоциативной сферы больного (продуктивность и характер ассоциаций), а также на исследование объема активного словарного запаса и характера речи. Для проведения пробы необходимо подготовить лист бумаги, ручку для фиксации ответов и секундомер. Испытуемому сообщается скрытая инструкция: «Давайте проверим скорость вашей речи. Назовите, пожалуйста, 60 каких угодно слов — все равно каких, только как можно скорее. Старайтесь не называть того, что видите перед собой. Начинайте!». Все слова какие называет больной нужно стараться записать. Если больной говорит очень быстро, в крайнем случае, можно оставлять пропущенное место в протоке с пометкой. Не стоит предлагать больному говорить медленнее, так как это нарушает естественный ход ассоциативного процесса больного, - лучше пропустить ряд слов. В случае, если больной называет слова с длительными паузами, пока больной молчит, необходимо ставить в ряду слов точки. Количество поставленных точек даст представление о длительности пауз (например, «машина.....водитель.....руль, колесо... дом и т.д.). Если больной нарушает инструкции и начинает произносить

предложения или отвлекается, нужно его остановить и напомнить инструкцию, при этом сделать в протокол запись. Для удобства фиксации результатов исследования можно пользоваться диктофоном (при полученном разрешении от больного).

Анализ ошибок:

Анализ результатов качественный. Для психически здоровых людей задание не вызывает трудности и по времени занимает примерно одну минуту. Слова называются обычно «гнездами», по 4-7 слов из какой-либо области смежных представлений, а затем происходит понятный (по смыслу связанный) переход к следующему «гнезду». Например: «тигр, волк, лось, медведь, шкура, мех, шуба, пальто, костюм, плащ». В этом ряду следует перечисление зверей, а затем после перехода «шкура-мех» - следующее «гнездо»: виды одежды.

Интерпретация ошибок при выполнении методики:

– бедность словарного запаса и представлений проявляется в снижении продуктивности, невозможности выполнить задание в полном объеме;

– увеличение слов в «гнездах» признаки инертности ассоциативного процесса;

– снижение темпа ассоциативного процесса — выполнение задания превышает нормативные значения (более 1 минуты), часто сопровождается увеличением элементов «гнезда» с застреванием на одной области представлений; при грубых нарушениях больной может затрачивать на выполнение задания до 10 минут;

– ускорение темпа ассоциативного процесса — быстрое выполнение задания с внезапными переходами от одного содержания представлений к другому и элементами разорванности, сопровождающиеся ассоциациями по созвучию.

Б) Ответные ассоциации. Методика используется для исследования скорости образования ассоциаций и их характера. Для проведения исследования заранее нужно подговорить слова — существительные,

не имеющие между собой никакой связи (30-40 слов) и секундомер для фиксации латентного времени ответа (табл. 16). Вместо секундомера можно в протоколе ставить точки, которые дадут представление о затраченном времени больного на формирование ответа. Больному предлагается на каждое услышанное слово отвечать любым, пришедшим в голову, не раздумывая, как можно быстрее словом. Слова зачитываются громко и четко по одному, последовательно.

Примерный перечень слов-стимулов:

Трава	Часы
Ящик	Усы
Клюква	Ножницы
Тигр	Звонок
Скамья	Календарь
Гребенка	Машина
Самовар	Город
Солома	Чашка
Книга	Ночь
Булавка	Пирог
Огонь	Сапог
Зонтик	Кот
Собака	Ягода
Медведь	

Табл. 16. Форма протокола к методике «ответные ассоциации»

Слова	Время (с)	Ответ	Оценка реакции
Чернила			
...			

Характеристику ответных речевых реакций можно производить согласно классификации А. Г. Иванова-Смоленского (1928), различающего:

I. Низшие или примитивные словесные реакции:

- 1) междометные («гм», «ну», «он», «ай» и др.);
- 2) эхολалические, буквально воспроизводящие слово-раздражитель;
- 3) созвучные — тождественные или близкие по звучанию слову-раздражителю своими первыми или последними буквами («булавка — лавка»);
- 4) экстрасигнальные, не имеющие отношения к слову-раздражителю, а являющиеся реакцией на другие раздражения, поступающие из внешней среды (например, больной, находясь в палате, называет предмет, который в ней находится);
- 5) отказные («не знаю», «нечего сказать», «слов нет» и т. д.);
- 6) вопросительные («какой?», «кто?», «почему?»);
- 7) персеверирующие, когда один и тот же ответ появляется на несколько раздражителей подряд.

II. Высшие словесные реакции:

- 1) индивидуально-конкретные (например, «город — Москва», «чашка — голубая»);
- 2) обшечонкретные («город — деревня», «чашка — блюдец»);
- 3) абстрактные («город — культура», «чашка — посуда»).

III. Атактические реакции — соответствуют диссоциативному мышлению и не имеют смысловой связи со словом стимулом («еда-крот»).

В норме при проведении эксперимента должно наблюдаться до 98-100% высших словесных реакций, низшие и атактические реакции должны отсутствовать. Низшие словесные реакции в виде междометий, эхολалий, персевераций встречаются при органических заболеваниях головного мозга и интеллектуальном недоразвитии. У больных шизофренией чаще наблюдаются атактические и созвучные реакции, свидетельствующие о нарушении ассоциативного процесса.

Методики исследования эмоций

Исследование эмоциональной сферы психически больных наиболее сложный раздел патопсихологического эксперимента. Оценка эмоций производится по трем направлениям: 1) оценка экспрессивного компонента — выражение эмоций во внешнем поведении человека (мимические, пантомимические (поза), двигательные, звуковые и речевые реакции) и физиологических проявлений (покраснение, побледнение лица, потливость, частота дыхания и т.д.); 2) оценка субъективного компонента — любое испытываемое субъектом эмоционально окрашенное состояние и явление действительности, непосредственно представленное в его сознании и выступающее как событие его собственной жизни (реальными событиями или воспоминаниями эпизодов предшествующей жизни); 3) оценка импрессивного компонента — способность к восприятию, распознаванию и осознанию эмоций другого человека и эмоциогенных стимулов. После проведения исследования анализируются полученные данные и формулируется обобщенный вывод о состоянии эмоциональной сферы больного.

А) Исследование экспрессивного компонента. Специальных методик, позволяющих оценить экспрессивный компонент эмоционального реагирования в настоящий момент не разработано. При оценке используется преимущественно метод наблюдения и опора на собственный опыт с использованием интуиции и эмпатии. Ниже приведена примерная схема, по которой следует производить оценку.

Схема оценки экспрессивного компонента эмоциональной сферы:

1. Мимика и жестикуляция:

— лоб — расслаблен, напряжен, сморщен; брови нахмурены, подняты, опущены;

— глаза — открыты широко, глядят вверх, вниз, в сторону, на собеседника, закрыты, приоткрыты наполовину, часто моргают, мышцы глаз напряжены или расслаблены;

– нос\щеки\скулы — расслаблены, напряжены, сморщены, ноздри раздуты, щеки румяные, бледные опущенные;

– голова — посажена прямо, наклонена вперед, назад, в сторону, кивает, качает;

– шея — расслаблена, напряжена, красная, бледная, видно биение пульса, глотательные движения;

– плечи — расслаблены, напряжены, приведены, прямые, сдвинуты вперед, придавлены вниз, двигаются в такт дыханию;

– руки и ладони — напряжены, расслаблены, кулаки сжаты, ладони открыты, спокойны или двигаются;

– верхняя часть тела — расслаблена, напряжена, в какой позиции находится;

– дыхание — ровное, неровное, быстрое или медленное, грудное или диафрагмальное, нижнее;

– нижняя часть тела — расслаблена или напряжена, стоит или сидит, ноги скрещены, ноги широко расставлены, ступни или ноги совершают движения, быстрота движений и другие паттерны;

– жесты — плавные, прерывистые, напряженные, расслабленные, ограниченные, широкие, медленные, быстрые, суетливость рук (перебирание пальцев, раскручивание авторучки, дотрагивание до частей тела и одежды, стряхивание ворсинок), активная, избыточная или скованная, недостаточная жестикуляция при разговоре.

2. Целостная оценка позы и движений: свободная, скованная, напряженная, неестественная, сгорбленная, горделивая, уверенная, непринужденная, расслабленная, заинтересованная, активная, пассивная, частая смена позы, ерзанье, вставание с места, дистанционность, гармоничная, дисгармоничная поза, открытая и закрытая поза, растерянная, печальная, недоумения, отмечаются явления эхопраксии (повторение позы), совершение стереотипных движений (раскачивания, подпрыгивание, размахивание руками), закрывание лица руками при плаче, подпрыгивание при выражении радости, явления пассивной

подчиняемости, совершение импульсивных действий, ситуационное соответствие\несоответствие.

3. Звуковые и речевые средства экспрессии:

– звуковые средства — смех и плач, вздох, кашель;
– темп речи — замедление темпа речи, ускорение темпа речи, средний темп речи, торопливая, стремительная, напористая речь, вялая, растянутая речь, нарушение темпо-ритмической стороны речи (заикание), скандированная речь, неожиданные спазмы;

– интонационное оформление речи — монотонная, тихая, низкая спонтанная активность, невыразительность, недостаточная эмоциональная окраска речевых высказываний, недостаточная модуляция голоса, увеличение громкости, эмоциональная, страстная, напористая, патетическая, импульсивная речь;

– дикция — четкое произношение звуков в соответствии с фонетическими нормами языка, выразительная, смазанная, нечеткая;

– голос — тихий, громкий, низкий, высокий, благозвучный, «детский», хрипота, сиплость, гнусавость и т.д.;

– вербальное выражение эмоций — свободное использование вербальных средств для выражения эмоционального состояния, лексическое богатство, образность сравнений (эмотивность) («леденеет душа», «камень на душе», «выжигающая боль», «лучезарное настроение» и т.д.), неспособность описать свои эмоции и эмоции других людей (алекситимия), соответствие/не соответствие мимического, пантомимического компонента эмоций описанию (например, больной который плачет, описывает свое состояние, как «состояние радости и счастья»);

4. Физиологические проявления эмоций: снижение\увеличение дыхания, потливость, покраснение\побледнение кожных покровов, «гусиная» кожа, изменение диаметра зрачка, изменение секреции слюны, расстройство пищеварения, дрожание губ, тремор конечностей, расслабление\напряжение мышц.

Б) Исследование субъективного компонента. Оценка субъективного компонента основана на внутреннем переживании больного своих эмоций с определенным знаком, модальностью и степенью осознанности. Исследование осуществляется с помощью расспроса. Следует задать вопросы о том, какое в настоящее время настроение больного, колеблется ли оно в течение суток. Так же следует поинтересоваться, что в настоящий момент радует больного, а что огорчает, часто ли испытывает такие эмоции как раздражение, обиду, гнев, радость, страх, тревогу, удовольствие и т.д. Какова длительность переживаний и как больной осуществляет контроль, особенного гнева. Во время беседы и сбора анамнестических сведений, затрагивая эмоционально-значимые события жизни больного необходимо задать вопрос — «Что вы при этом чувствовали? Как вы чувствуете себя в настоящее время?». Так же для исследования субъективного компонента эмоций следует использовать методики, основанные на самооценке: опросники и самооценочные шкалы. Ниже приведены некоторые из них, которые целесообразно использовать в психиатрическом стационаре.

В) Опросник САН: самочувствие, активность, настроение (В.А. Доскин, Н.А. Лаврентьева, В.Б. Шарай и М.П. Мирошников, 1973г). Методика используется для оперативной оценки психоэмоционального состояния здоровых и больных лиц на момент обследования. Предназначена для психодиагностического обследования взрослых лиц (в возрасте от 14-18 до 60-65 лет) без каких-либо ограничений по половым, социальным, профессиональным, образовательным и т. п. признакам. Заранее необходимо приготовить бланк - карту (таблицу), которая содержит 30 пар противоположных характеристик, отражающих исследуемые особенности психоэмоционального состояния (самочувствие, активность, настроение) (табл. 17). Каждое состояние представлено 10 парами слов. На бланке обследования между полярными характеристиками располагается рейтинговая шкала. Испытуемому предлагают соотнести свое

состояние с определенной оценкой на шкале (отметить степень выраженности той или иной характеристики своего состояния). При обработке результатов обследования оценки пересчитываются в «сырые» баллы от 1 до 7. Количественный результат представляет собой сумму первичных баллов по отдельным категориям (или их среднее арифметическое значение). Больному предъявляется инструкция: «Вам предлагается описать свое состояние, которое Вы испытываете в настоящий момент, с помощью таблицы, состоящей из 30 полярных признаков. Вы должны в каждой паре выбрать ту характеристику, которая наиболее точно описывает Ваше состояние, и отметить цифру, которая соответствует степени (силе) выраженности данной характеристики».

Обработка и интерпретация результатов

При подсчете крайняя степень выраженности негативного полюса пары оценивается в один балл, а крайняя степень выраженности позитивного полюса пары – в семь баллов. При этом нужно учитывать, что полюса шкал постоянно меняются, но положительные состояния всегда получают высокие баллы, а отрицательные – низкие. Полученные баллы группируются в соответствии с ключом в три категории, и подсчитывается количество баллов по каждой из них.

Самочувствие — сумма баллов по шкалам №: 1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26;

Активность — сумма баллов по шкалам №: 3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28;

Настроение — сумма баллов по шкалам №: 5, 6, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30.

Полученные результаты по каждой категории делятся на 10. Средний балл шкалы равен 4. Оценки, превышающие 4 балла, говорят о благоприятном состоянии испытуемого, оценки ниже четырех свидетельствуют об обратном.

Нормальные оценки состояния лежат в диапазоне 5-5,5 баллов. Следует учесть, что при анализе функционального состояния важны

не только значения отдельных его показателей, но и их соотношение. В частности, у отдохнувшего человека оценки самочувствия, активности, настроения обычно примерно равны, а по мере нарастания усталости соотношение между ними изменяется за счет относительного снижения самочувствия и активности по сравнению с настроением.

Табл. 17. Типовая карта методики САН

1	Самочувствие хорошее	3 2 1 0 1 2 3	Самочувствие плохое
2	Чувствую себя сильным	3 2 1 0 1 2 3	Чувствую себя слабым
3	Пассивный	3 2 1 0 1 2 3	Активный
4	Малоподвижный	3 2 1 0 1 2 3	Подвижный
5	Веселый	3 2 1 0 1 2 3	Грустный
6	Хорошее настроение	3 2 1 0 1 2 3	Плохое настроение
7	Работоспособный	3 2 1 0 1 2 3	Разбитый
8	Полный сил	3 2 1 0 1 2 3	Обессиленный
9	Медлительный	3 2 1 0 1 2 3	Быстрый
10	Бездеятельный	3 2 1 0 1 2 3	Деятельный
11	Счастливый	3 2 1 0 1 2 3	Несчастный
12	Жизнерадостный	3 2 1 0 1 2 3	Мрачный
13	Напряженный	3 2 1 0 1 2 3	Расслабленный
14	Здоровый	3 2 1 0 1 2 3	Больной
15	Безучастный	3 2 1 0 1 2 3	Увлеченный
16	Равнодушный	3 2 1 0 1 2 3	Взволнованный
17	Восторженный	3 2 1 0 1 2 3	Унылый
18	Радостный	3 2 1 0 1 2 3	Печальный
19	Отдохнувший	3 2 1 0 1 2 3	Усталый

20	Свежий	3 2 1 0 1 2 3	Изнуренный
21	Сонливый	3 2 1 0 1 2 3	Возбужденный
22	Желание отдохнуть	3 2 1 0 1 2 3	Желание работать
23	Спокойный	3 2 1 0 1 2 3	Озабоченный
24	Оптимистичный	3 2 1 0 1 2 3	Пессимистичный
25	Выносливый	3 2 1 0 1 2 3	Легко утомляемый
26	Бодрый	3 2 1 0 1 2 3	Вялый
27	Соображать трудно	3 2 1 0 1 2 3	Соображать легко
28	Рассеянный	3 2 1 0 1 2 3	Внимательный
29	Полный надежд	3 2 1 0 1 2 3	Разочарованный
30	Довольный	3 2 1 0 1 2 3	Недовольный

Г) Оценка депрессивного состояния (ОДС) (И.Г. Беспалько, 2004г).

Методика предназначена для психологической диагностики слабоструктурированных депрессивных состояний и предварительной квалификации депрессии с точки зрения её нозологической специфики: психогенной (невротической) или эндогенной. В соответствии с этим опросник содержит две шкалы. Результаты, получаемые с помощью опросника депрессивных состояний (ОДС) позволяют, таким образом, не только определить наличие депрессивного фона настроения в клинически малой степени выраженности или неопределённости, но и оценить принадлежность синдрома к определённому классу депрессий - невротических или психотических. Данные, получаемые с помощью методики ОДС, носят предварительный характер и их необходимо соотносить с данными других психодиагностических методик. Для проведения методики заранее необходимо подготовить текст опросника и бланки для регистрации ответов. Количество вопросов в мужском и женском вариантах отличаются (мужской вариант — 97, женский — 94). Инструкция исследуемому: «Вам предлагается ряд вопросов, касающихся Вашего самочувствия, переживаний и поведения.

Внимательно прочитайте каждый вопрос и ответьте на него «да» или «нет», поставив значок (крестик, птичку и т.д.) в соответствующем месте бланка - над или под номером вопроса. Отвечайте по возможности в полном соответствии с Вашим самочувствием *на протяжении последнего времени*. Не раздумывайте долго. Если возникают колебания с ответом - выбирайте тот вариант, который бывает чаще. Будьте искренни, опросник не предполагает выделение «плохих» или «хороших» ответов». В диагностической процедуре используются две шкалы - шкала (Д-N) и шкала (МДП-Д - неврозы). Их особенности заключаются в следующем:

Шкала 1 (Д-N). Решается задача разграничения депрессивных состояний от психической нормы.

Шкала 2 (МДП-Д - неврозы). Позволяет отнести депрессию, диагностируемую первой шкалой или к уровню «мягких» депрессий, близких к невротическому спектру, или к «большой» депрессии.

Обработка и интерпретация результатов.

Ответы испытуемых соотносятся с ключом. За каждое совпадение начисляется один балл. Количество «сырых баллов» суммируется по каждой из шкал отдельно и переводится в стандартизированные Т-баллы по таблице.

Правила диагностики:

Шкала 1 (Д-N)

В Т-оценках — депрессия присутствует при $T=70$ и выше.

В предварительных, «сырых» R-оценках — депрессия присутствует: у мужчин — от 22 баллов и выше, у женщин — от 28 баллов и выше.

Шкала 2 (МДП-Д)

В Т-оценках:

T меньше 40 баллов - невротический спектр депрессии.

T в пределах от 40 до 60 баллов - область диагностической неопределённости.

T выше 60 баллов - большая депрессия.

В сырых (R) оценках:

Мужчины: до 20 баллов включительно - невротический спектр депрессии;

21-29 баллов - неопределённый результат;

30 баллов и выше - большая депрессия.

Женщины: до 15 баллов включительно - невротический, мягкий спектр депрессии;

16-24 баллов - неопределенный результат;

25 баллов и выше - большая депрессия.

Ключи к шкалам ОДС - 2

Шкала Д-N (мужской вариант)

Да	6, 11, 12, 15, 16, 20, 21, 24, 28, 30, 36, 39, 44, 54, 56, 59, 61, 63, 64, 66, 68, 69, 70, 71, 74, 75, 78, 81, 82, 84, 87, 91, 93, 94, 95, 96
Нет	1, 2, 3, 4, 5, 9, 14, 22, 23, 25, 26, 27, 32, 33, 34, 35, 45, 49, 53, 55, 60, 72, 90

Шкала Д-N (женский вариант)

Да	9, 14, 15, 18, 19, 22, 23, 28, 32, 34, 39, 43, 47, 57, 59, 61, 63, 64, 65, 67, 69, 70, 71, 72, 74, 75, 77, 79, 81, 82, 84, 88, 90, 91, 92, 93
Нет	1, 2, 5, 6, 7, 12, 17, 25, 26, 29, 30, 31, 35, 36, 37, 38, 48, 52, 55, 58, 62, 73, 87

Шкала МДП-Д, неврозы (мужской вариант)

Да	7, 18, 24, 28, 31, 37, 38, 42, 46, 50, 61, 65, 76, 83, 84, 88, 92, 93, 97
Нет	5, 8, 10, 13, 16, 17, 19, 23, 29, 40, 41, 43, 47, 48, 51, 52, 57, 58, 62, 66, 67, 73, 77, 79, 80, 85, 86, 89

Шкала МДП–Д, неврозы (женский вариант)

Да	4, 20, 24, 29, 32, 40, 42, 45, 49, 66, 74, 76, 80, 89, 90
Нет	3, 8, 9, 10, 11, 13, 16, 19, 21, 26, 27, 31, 33, 41, 44, 46, 50, 51, 53, 54, 56, 60, 68, 78, 83, 84, 85, 86

**Перевод первичных (сырых) оценок (R)
в стандартизированные T-оценки (шкала Д-Н)**

R	T-баллы	
	Муж	Жен
0	37	33
1	38	34
2	40	35
3	42	37
4	43	38
5	45	39
6	46	41
7	48	42
8	49	43
9	51	45
10	52	46
11	54	47
12	55	49
13	57	50
14	58	51
15	60	53
16	61	54

17	63	55
18	65	57
19	66	58
20	68	59
21	69	61
22	71	62
23	72	63
24	74	65
25	75	66
26	77	67
27	78	69
28	80	70
29	81	71
30	83	73
31	85	74
32	86	75
33	88	77
34	89	78
35	91	79

36	92	81
37	94	82
38	95	83
39	97	85
40	98	86
41	100	87
42	102	89
43	103	90
44	105	91
45	106	93

46	108	94
47	109	95
48	111	97
49	112	98
50	114	99
51	115	101
52	117	102
53	118	103
54	120	105
55	122	106

**Перевод сырых оценок (R) в стандартизованные T — оценки
(шкала МДП — Д, неврозы)**

R	T-баллы	
	Муж	Жен
0		
1		
2		
3		
4		
5		13
6		15
7		18
8		20
9		23
10	13	25
11	15	28

12	18	30
13	20	33
14	23	35
15	25	38
16	28	40
17	30	43
18	33	45
19	35	47
20	38	50
21	40	53
22	43	55
23	45	58
24	47	60
25	50	63

26	53	65
27	55	68
28	58	70
29	60	73
30	63	75
31	65	78
32	68	80
33	70	83

34	73	85
35	75	88
36	78	90
37	80	
38	83	
39	85	
40	88	
41	90	

ОПРОСНИК ОДС-2

(мужской вариант)

1. Аппетит у меня хороший.
2. Обычно по утрам я просыпаюсь свежим и отдохнувшим.
3. Моя повседневная жизнь заполнена делами, которые мне интересны.
4. Сейчас я примерно так же работоспособен, как и всегда.
5. Запоры бывают у меня очень редко.
6. У меня бывают приступы тошноты и рвоты.
7. Считаю, что если я попал в беду, то лучше всего мне помалкивать.
8. Временами в меня вселяется злой дух.
9. Я редко беспокоюсь о своем здоровье.
10. Бывает, у меня появляется желание ломать и крушить все вокруг.
11. Бывало, что я целыми днями или даже неделями ничего не мог делать, потому что никак не мог заставить себя взяться за работу.
12. Сон у меня прерывистый и беспокойный.
13. Сейчас я могу судить о вещах лучше, чем когда бы то ни было.
14. Состояние моего здоровья примерно такое же, как у большинства моих знакомых.
15. Я вел неправильный образ жизни.

16. В различных частях своего тела я часто чувствую жжение, покалывание, «ползание мурашек» или онемение.

17. Иногда я так настаиваю на своем, что люди теряют терпение.

18. Я бы хотел быть таким же счастливым, какими мне кажутся другие.

19. Несколько раз в неделю меня беспокоят неприятные ощущения в верхней части живота (под ложечкой).

20. Большую часть времени настроение у меня подавленное.

21. У меня мало уверенности в себе.

22. Я охотно принимаю участие во всех собраниях и других общественных мероприятиях.

23. Моя речь сейчас такая же, как всегда (не быстрее, не медленнее, нет ни хрипоты, ни невнятности).

24. Временами я бываю совершенно уверен в своей никчёмности.

25. Обычно я засыпаю спокойно, и меня не тревожат никакие мысли.

26. Последние несколько лет большую часть времени я чувствую себя хорошо.

27. Сейчас мой вес постоянен (я не полнею и не худею).

28. Я стал хуже понимать содержание прочитанного.

29. Мне бывает очень досадно, если мне приходится признать, что меня ловко провели.

30. С моим рассудком творится что-то неладное.

31. Приступы головокружения бывают у меня очень редко (или не бывают совсем).

32. Мне кажется, что с памятью у меня все в порядке.

33. Я боюсь сойти с ума.

34. Руки у меня такие же ловкие и проворные, как и прежде.

35. Я могу долго читать, и глаза мои не устают.

36. Большую часть времени я испытываю общую слабость.

37. Голова у меня болит очень редко.

38. Я мечтаю очень редко.

39. Думаю, что я человек обреченный.
40. Я люблю поухаживать за женщинами.
41. Охота мне нравится.
42. Я редко задыхаюсь, и у меня не бывает сильных сердцебиений.
43. Случалось, что я препятствовал людям в каком-либо деле не потому, что это было для меня действительно важно, а просто из принципа.
44. Я часто предаюсь грустным размышлениям.
45. Думаю, что нервы у меня такие же, как и у большинства окружающих (не хуже).
46. У меня редко что-либо болит (или никогда ничего не болит).
47. Иногда безо всякой причины или даже когда дела идут плохо, я чувствую себя радостно-возбужденным и счастливым.
48. Мне нравится бывать в компаниях, где все подшучивают друг над другом.
49. Принимаясь за какое-нибудь дело, я обычно рассчитываю на успех.
50. Самое трудное для меня в любом деле - это начало.
51. Моя внешность меня, в общем, устраивает.
52. Раз в неделю или чаще я бываю очень возбужденным и взволнованным.
53. Плохое настроение у меня быстро проходит, потому что всегда находится что-нибудь интересное, что меня отвлекает.
54. Бываю, что я замечал, что незнакомые люди смотрят на меня критически.
55. У меня редко звенит или гудит в ушах.
56. Работа стоит мне большого напряжения.
57. Иногда совершенно безо всякой причины у меня вдруг наступает период необычайной веселости.
58. Некоторые вещи настолько меня волнуют, что мне даже говорить о них трудно.
59. Даже среди людей я обычно чувствую себя одиноким.

60. Мне кажется, что я завожу друзей с такой же легкостью, как и другие.
61. Определенно, судьба несправедлива ко мне.
62. Думаю, что почти каждый может солгать, чтобы избежать неприятностей.
63. Я впечатлительнее большинства других людей.
64. Мне трудно сосредоточиться на какой-либо задаче или работе.
65. Я очень редко вижу сны.
66. Мне трудно сосредоточиться на чем-либо одном.
67. Я легко теряю терпение с людьми.
68. Я почти всегда о чем-нибудь или о ком-нибудь тревожусь.
69. Мне труднее сосредоточиться, чем другим.
70. Я склонен все принимать близко к сердцу.
71. Временами мне кажется, что моя голова работает медленнее, чем обычно.
72. Приступы плохого настроения бывают у меня очень редко.
73. Мне часто говорят, что я вспыльчив.
74. Часто даже когда все складывается для меня хорошо, я чувствую, что мне все безразлично.
75. Иногда у меня бывает чувство, что передо мной нагромоздилось столько трудностей, что одолеть их просто невозможно.
76. Мне определенно доставило бы удовольствие провести мошенника его же способом.
77. Когда я слышу об успехах близкого знакомого, я начинаю чувствовать, что я — неудачник.
78. Временами мне кажется, что я ни на что не годен.
79. Я часто вижу сны.
80. Меня весьма беспокоят возможные несчастья.
81. Часто я и сам огорчаюсь, что я такой раздражительный и ворчливый.
82. По возможности, я стараюсь избегать большого скопления людей.
83. Если меня постигает неудача или я попадаю в беду, я всегда обращаюсь за помощью.

84. Я понимаю людей, которые полностью отдаются своим горестям и заботам.

85. Должен признаться, что временами я волнуюсь из-за пустяков.

86. Бывали периоды, когда я чувствовал себя настолько полным энергии, что, казалось, мог бы обходиться без сна по несколько суток.

87. Я человек нервный и легко возбудимый.

88. В моем доме всегда было все самое необходимое (достаточно еды, одежды и т.д.).

89. Как правило, я решительно отстаиваю свои взгляды.

90. Я краснею очень редко.

91. Будущее кажется мне безнадежным.

92. Члены моей семьи и мои близкие родственники ладят друг с другом.

93. Я почти всегда ощущаю сухость во рту.

94. Большую часть времени я чувствую себя усталым.

95. Иногда я чувствую, что близок к нервному срыву.

96. Меня очень раздражает, что я забываю, куда кладу вещи.

97. Если я хочу что-то сделать, но окружающие считают, что этого делать не стоит, я готов отказаться от своих намерений.

ОПРОСНИК ОДС-2

(женский вариант)

1. Аппетит у меня хороший.

2. Обычно по утрам я просыпаюсь свежей и отдохнувшей.

3. Я легко просыпаюсь от шума.

4. Обычно мои руки и ноги достаточно теплые.

5. Моя повседневная жизнь заполнена делами, которые мне интересны.

6. Сейчас я примерно так же работоспособна, как и всегда.

7. Запоры бывают у меня очень редко.

8. Временами у меня бывают приступы смеха или плача, с которыми я никак не могу справиться.

9. У меня бывают приступы тошноты и рвоты.
10. Временами в меня вселяется злой дух.
11. Два-три раза в неделю по ночам меня мучают кошмары.
12. Я редко беспокоюсь о своем здоровье.
13. Бывает, у меня появляется желание ломать и крушить все вокруг.
14. Бывало, что я целыми днями или даже неделями ничего не могла делать, потому что никак не могла заставить себя взяться за работу.
15. Сон у меня прерывистый и беспокойный.
16. Сейчас я могу судить о вещах лучше, чем когда бы то ни было.
17. Состояние моего здоровья примерно такое же, как у большинства моих знакомых.
18. Я вела неправильный образ жизни.
19. В различных частях своего тела я часто чувствую жжение, покалывание, «ползание мурашек» или онемение.
20. Я бы хотела быть такой же счастливой, какими мне кажутся другие.
21. Несколько раз в неделю меня беспокоят неприятные ощущения в верхней части живота (под ложечкой).
22. Большую часть времени настроение у меня подавленное.
23. У меня мало уверенности в себе.
24. Я считаю, что большинство людей способно солгать, чтобы продвинуться по службе.
25. Я охотно принимаю участие во всех собраниях и других общественных мероприятиях.
26. Моя речь сейчас такая же, как всегда (не быстрее, не медленнее, нет ни хрипоты, ни невнятности).
27. Мне кажется, что по сравнению с большинством окружающих я достаточно способная и сообразительная.
28. Временами я бываю совершенно уверена в своей никчемности.
29. Обычно я засыпаю спокойно, и меня не тревожат никакие мысли.
30. Последние несколько лет большую часть времени я чувствую себя хорошо.

31. Сейчас мой вес постоянен (я не полнею и не худею).
32. Я стала хуже понимать содержание прочитанного.
33. Мое темя бывает очень чувствительным к прикосновениям.
34. С моим рассудком творится что-то неладное.
35. Мне кажется, что с памятью у меня все в порядке.
36. Я боюсь сойти с ума.
37. Руки у меня такие же ловкие и проворные, как и прежде.
38. Я могу долго читать, и глаза мои не устают.
39. Большую часть времени я испытываю общую слабость.
40. Голова у меня болит очень редко.
41. Иногда, когда я смущена, я сильно потею, и это меня раздражает.
42. Я мечтаю очень редко.
43. Думаю, что я человек обреченный.
44. Я люблю пококетничать с мужчинами.
45. Я редко задыхаюсь, и у меня не бывает сильных сердцебиений.
46. Случалось, что я препятствовала людям в каком-либо деле не потому, что это было для меня действительно важно, а просто из принципа.
47. Я часто предаюсь грустным размышлениям.
48. Думаю, что нервы у меня такие же, как и у большинства окружающих (не хуже).
49. У меня редко что-либо болит (или никогда ничего не болит).
50. Иногда безо всякой причины или даже когда дела идут плохо, я чувствую себя радостно-возбужденной и счастливой.
51. Мне нравится бывать в компаниях, где все подшучивают друг над другом.
52. Принимаясь за какое-нибудь дело, я обычно рассчитываю на успех.
53. Я очень легко потею даже в прохладные дни.
54. Раз в неделю или чаще я бываю очень возбужденной и взволнованной.
55. Плохое настроение у меня быстро проходит, потому что всегда находится что-нибудь интересное, что меня отвлекает.

56. Я спокойно выхожу из дому, не беспокоясь о том, заперла ли я дверь, окна, выключила ли свет и т.п.

57. Бывало, что я замечала, что незнакомые люди смотрят на меня критически.

58. У меня редко звенит или гудит в ушах.

59. Работа стоит мне большого напряжения.

60. Некоторые вещи настолько меня волнуют, что мне даже говорить о них трудно.

61. Даже среди людей я обычно чувствую себя одинокой.

62. Мне кажется, что я завожу друзей с такой же легкостью, как и другие.

63. Определенно, судьба несправедлива ко мне.

64. Я впечатлительнее большинства других людей.

65. Мне трудно сосредоточиться на какой-либо задаче или работе.

66. Я очень редко вижу сны.

67. Мне трудно сосредоточиться на чем-либо одном.

68. Я легко теряю терпение с людьми.

69. Я почти всегда о чем-нибудь или о ком-нибудь тревожусь.

70. Мне труднее сосредоточиться, чем другим.

71. Я склонна все принимать близко к сердцу.

72. Временами мне кажется, что моя голова работает медленнее, чем обычно.

73. Приступы плохого настроения бывают у меня очень редко.

74. Часто даже когда все складывается для меня хорошо, я чувствую, что мне все безразлично.

75. Иногда у меня бывает чувство, что передо мной нагромодилось столько трудностей, что одолеть их просто невозможно.

76. Меня довольно трудно вывести из себя.

77. Временами мне кажется, что я ни на что не годен.

78. Я часто вижу сны.

79. Часто я и сама огорчаюсь, что я такая раздражительная и ворчливая.

80. Все, что связано с сексом, вызывает у меня отвращение.
81. Но возможности, я стараюсь избегать большого скопления людей.
82. Я понимаю людей, которые полностью отдаются своим горестям и заботам.
83. Должна признаться, что временами я волнуюсь из-за пустяков.
84. Я человек нервный и легко возбудимый.
85. У меня есть свой особый воображаемый мир, о котором я никому не рассказываю.
86. Как правило, я решительно отстаиваю свои взгляды.
87. Я краснею очень редко.
88. Будущее кажется мне безнадежным.
89. Люди довольно легко могут изменить мое мнение, даже если до этого оно казалось мне окончательным.
90. Я почти всегда ощущаю сухость во рту.
91. Большую часть времени я чувствую себя усталой.
92. Иногда я чувствую, что близка к нервному срыву.
93. Меня очень раздражает, что я забываю, куда кладу вещи.

Фамилия, Имя, Отчество _____ Дата рождения _____
 Пол _____ Образование _____ Дата заполнения _____

Регистрационный бланк опросника ОДС -2

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

Да															
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Нет															

Да															
	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
Нет															

Да															
	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
Нет															

Да															
	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75
Нет															

Да															
	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90
Нет															

Да							
	91	92	93	94	95	96	97
Нет							

Шкалы	R	T

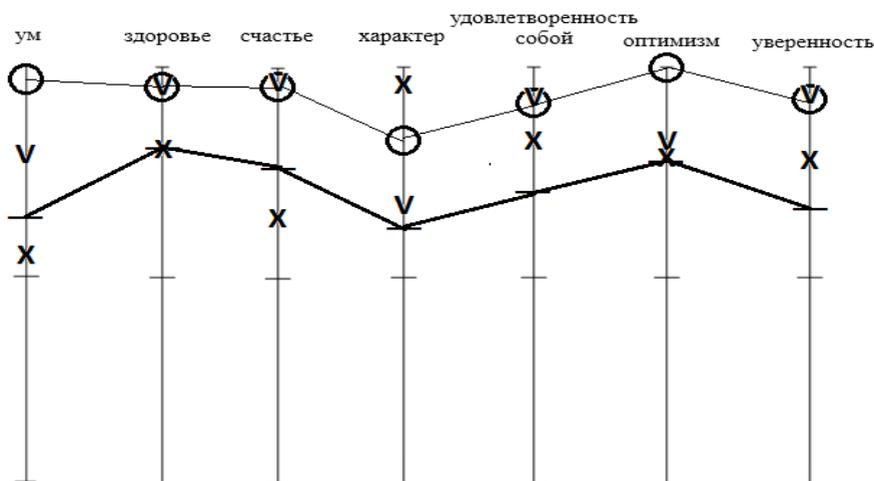
Д) Исследование уровня самооценки по Дембо-Рубинштейн (Т. Дембо, модификация С.Я. Рубинштейн, 1970-е гг.). Методика предназначена для исследования самооценки и защитных механизмов личности. В данном пособии изложены основные принципы проведения

методики и ее диагностические возможности. С расширенным вариантом интерпретации можно ознакомиться в книге «Клиническая психодиагностика личности» (П.В. Яньшин, 2020г). Проведение методики достаточно простое, но в то же время требует сосредоточенности, подготовленности, умения слушать пациента и одновременно думать о том, какой следующий вопрос нужно задать. Методику целесообразно проводить после клинико-психологической беседы, когда имеется достаточный набор сведений о состоянии больного и его проблемах. Для исследования понадобится лист бумаги и карандаш. Инструкция задается в свободной форме и определяет переход от предварительной беседы к обследованию: «Попробуем поговорить с помощью карандаша и бумаги». Рисуются шкала, которая имеет два полюса и середину (обязательно отмечаются на шкале). Называем первую шкалу, к примеру, «здоровье» и говорим: «...Представим себе такую условность: на верхнем полюсе находится самый здоровый человек в мире, внизу — самый больной человек... а между ними — все остальные люди, в том числе и мы с вами». Далее следует просьба к испытуемому «перечеркнуть» шкалу в том месте, «где он сейчас находится» (как он сам это понимает или чувствует), затем отметить кружком то место, «где бы он мечтал оказаться» и, наконец, галочкой — «то, чего он реально сможет достичь, объективно оценивая свои возможности». В дальнейшей беседе в непринужденной форме выясняется субъективное содержание полюсов очередной шкалы. Легче всего сделать это, задав вопросы о «человеке, помещенном на полюс»: как еще можно охарактеризовать его? Например, «Что делает человека на верхнем (нижнем) полюсе самым здоровым (больным) и т.д. на свете?» Под видом выяснения и уточнения этих характеристик вы исследуете представление о здоровье и болезни, уме, характере и т.п. самого испытуемого. В дальнейшем будет видно, что у разных людей эти представления могут сильно отличаться. Вы поймете, когда эти характеристики продуманы и «выстраданы» самим испытуемым, а когда они просто бездумно «присвоены» им как формальные знания о ценностях. Необходимо замечать, насколько значимы обсуждаемые темы для

испытуемого, насколько формально или заинтересованно он участвует в их обсуждении. Это не только индикатор возможного неблагополучия в затронутой сфере, но и показатель зрелости отношения к самому себе.

По окончании основного опроса можно ввести еще одну инструкцию, которая улучшает ваше представление о самосознании испытуемого: «Отметьте крестиком по всем шкалам, каким (какой) вас сейчас считают другие». Количество шкал не ограничивается и, как правило, формируются из беседы с больным. Рекомендуется время от времени просить испытуемого самого придумать шкалу, которая отражала бы его проблему или поясняла бы его состояние. К обязательными шкалами, по которым больной должен оценить себя, относят: «ум», «здоровье», «характер», «счастье», «удовлетворенность собой» и «оптимизм». Протокол должен принять следующий вид (рис.9):

Рис. 9. Пример протокола методики «исследования уровня самооценки по Дембо-Рубинштейн»



Примечания: - - актуальная самооценка; ○ - идеальная самооценка; v — оценка своих возможностей; x — предполагаемая оценка окружающих.

Диагностика состояния самооценки производится по нескольким параметрам:

1) высота самооценки (фон настроения) — актуальная самооценка, идеальная самооценка, оценка своих возможностей, удовлетворенность собой и уровень оптимизма;

2) устойчивость самооценки (эмоциональная устойчивость);

3) степень реалистичности и/или адекватности самооценки (при ее повышении);

4) степень критичности, требовательности к себе (при понижении самооценки);

5) степень удовлетворенности собой (по прямым и косвенным индикаторам);

6) уровень оптимизма (по прямым и косвенным индикаторам);

7) интегрированность осознанного и неосознаваемого уровней самооценки;

8) противоречивость/непротиворечивость показателей самооценки;

9) зрелость/незрелость отношения к ценностям;

10) наличие и характер компенсаторных механизмов, участвующих в формировании «Я-концепции»;

11) характер и содержание проблем и их компенсаций.

Данные полученные в результате исследования должны соотноситься с актуальным состоянием больного и данными других психометрических тестов. В норме у психического здорового испытуемого уровень актуальной самооценки должен располагаться чуть выше середины каждой из шкал, быть равномерной (без резкого увеличения и без выраженных западений); уровень идеальной самооценки должен располагаться в верхней трети шкал, но не на полюсах; оценка своих возможностей должна располагаться между актуальной и идеальной самооценкой.

При различных психических нарушениях мы можем видеть отклонения самооценки следующего характера:

– устойчиво повышенная актуальная самооценка в сочетании со снижением ее адекватности и нарушением критичности, расположение идеальной самооценки на верхних полюсах шкал и переоценкой своих возможностей наблюдается при маниакальных состояниях;

– устойчиво пониженная актуальная самооценка в сочетании с высоким уровнем требовательности, критичности, понижением уровня идеальной самооценки и совпадением отметок актуальной самооценки и оценки своих возможностей наблюдается при депрессивных состояниях;

– выраженно неустойчивая самооценка в сочетании с противоречивостью оценок, нарушением степени адекватности может наблюдаться при шизофрении.

Е) Исследование импрессивного компонента эмоций. Восприятие эмоций другого человека основаны на механизме декодирования экспрессивной информации. Человек должен обладать способностью дифференцировать паттерны лицевой экспрессии, а также идентифицировать их как сигналы определенных эмоциональных состояний. У больных с психическими расстройствами способность распознавать лицевую экспрессию значительно снижено, что в свою очередь влияет на способность понимать значение высказываний собеседника и адаптироваться. Для данных целей можно использовать субтест «группы экспрессии» теста «Социального интеллекта» Дж. Гилфорда и М. Салливена (адаптация Е.С. Михайлова, 1996г).

Субтест направлен на измерение способности понимать намерения, чувства и эмоциональные состояния по невербальным проявлениям (жестам, позам, выражению лица). Для проведения методики необходимо заранее приготовить бланки с изображениями. У вас должно быть достаточно времени, не следует проводить исследование в спешке или шумной обстановке. После предъявления инструкции проводится обучение с демонстрацией выполнения и параллельным объяснением решения. Необходимо убедиться, что больной понял суть задания.

Инструкция:

Вы будете иметь дело с картинками, на которых изображены позы, жесты, мимика, то есть выразительные движения, отражающие состояние человека.

Для объяснения сути задания рассмотрим пример. В этом примере три картинки, расположенные слева, иллюстрируют одно и то же состояние человека, одни и те же мысли, чувства, намерения.



Одна из четырех картинок справа выражает такое же состояние, такие же мысли, чувства или намерения. Необходимо найти эту картинку.

Правильным ответом будет рисунок N 2, выражающий такое же состояние (напряжения или нервозности), что и рисунки слева. Поэтому на Бланке ответов цифра 2 обведена кружком.

Рисунки N 1, 3, 4 не подходят, так как отражают другие состояния (радости и благополучия).

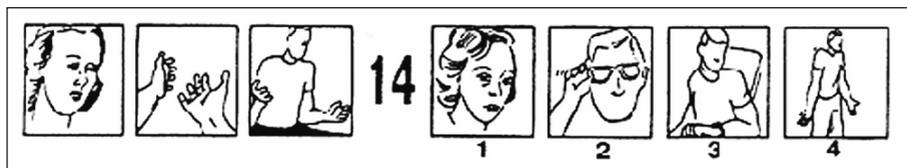
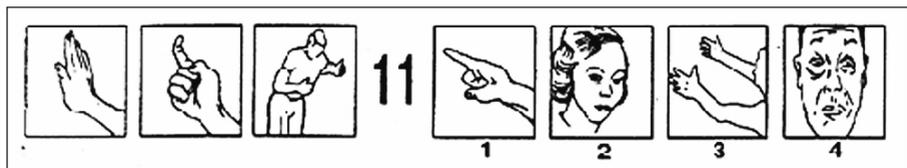
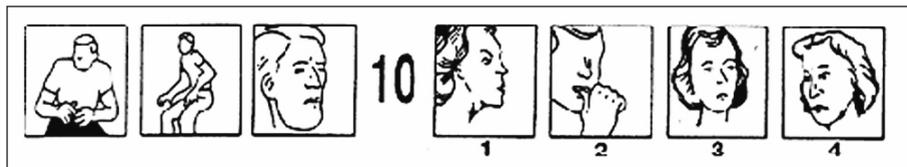
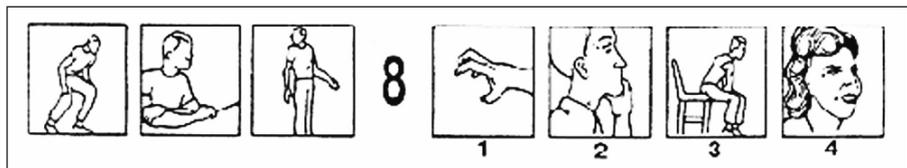
Итак, в каждом задании субтеста среди четырех рисунков справа Вы должны выбрать тот, который подходит к группе из трех рисунков слева, потому что отражает сходное состояние человека. Номер выбранного рисунка обводится кружком на Бланке ответов.

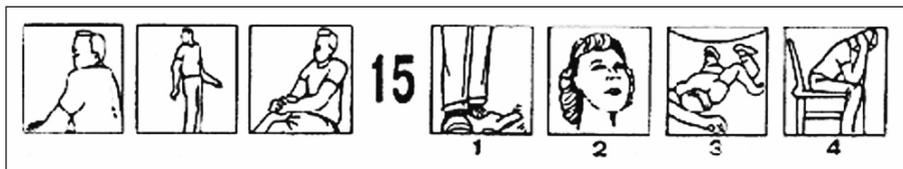
На выполнение субтеста отводится 7 минут. За минуту до окончания работы Вы будете предупреждены. Работайте, по возможности, быстрее. Не тратьте много времени на одно задание. Если затрудняетесь с ответом, переходите к следующему пункту. К трудным заданиям можно будет вернуться в конце, если хватит времени. В затруднительных случаях давайте ответ, даже если не совсем уверены в его правильности.

Если у Вас есть вопросы, задайте их сейчас.

Задания к субтесту:

			1					1	2	3	4
			2					1	2	3	4
			3					1	2	3	4
			4					1	2	3	4
			5					1	2	3	4
			6					1	2	3	4
			7					1	2	3	4





Правильные ответы:

№ задания	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Правильный ответ	1	4	3	3	2	1	2	2	1	4	1	1	2	4	4

Интерпретация:

0-2 правильных ответа — низкие способности (плохо владеют языком телодвижений, взглядов и жестов, который раньше осваивается в онтогенезе и вызывает больше доверия, чем вербальный язык. В общении такие люди в большей степени ориентируются на вербальное содержание сообщений. И они могут ошибаться в понимании смысла слов собеседника потому, что не учитывают (или неправильно учитывают) сопровождающие их невербальные реакции);

3-5 — способности развиты ниже среднего;

6-9 — средние способности;

10-12 — выше среднего;

12-15 — высокие способности (способны правильно оценивать состояния, чувства, намерения людей по их невербальным проявлениям, мимике, позам, жестам).

Методики исследования мотивации и воли

Для изучения мотивационной активности и структуры волевой регуляции деятельности используются опрос, наблюдение и экспериментально-психологические методы исследования. При опросе обращают внимание и регистрируют индивидуальную иерархию потребностей,

выделяют доминирующие, автономизированные и исключенные потребности, устойчивость интересов. Во время проведения эксперимента определяют устойчивость и интенсивность волевого процесса при решении однотипных задач, соответствие мотивации поставленным задачам. Интенсивность и устойчивость волевого процесса отражается на темпе выполнения и продуктивности. Для исследования индивидуальной иерархии потребностей можно использовать следующие представленные методики.

А) Методика изучения ценностных ориентации М. Рокича (1973), адаптация на русском языке А. Гоштаутас, А. А. Семенов и В. А. Ядов (1979г).

Методика предназначена для исследования ценностей (терминальные - как цель индивидуального существования, и инструментальные - как способ действия) и основана на приеме прямого ранжирования списков ценностей. Для проведения методики необходимо подготовить карточки на основе двух списков по 18 ценностей - терминальных и инструментальных - с краткой расшифровкой содержания каждой. Важно, чтобы их размеры позволяли испытуемому без труда охватывать взглядом одновременно все 18 карточек. При этом эстетичность или неряшливость размещения текста на карточках могут влиять на выбор ценностей. Учет этих соображений и размеров шрифта определяет оптимальные размеры карточек (приблизительно 100x30 мм при использовании стандартного машинописного шрифта или 60x15 мм). Испытуемому вначале предъявляется набор терминальных, а затем набор инструментальных ценностей. Стандартная инструкция испытуемому: «Сейчас Вам будет предъявлен набор из 18 карточек с обозначениями ценностей. Ваша задача - разложить их по порядку значимости для Вас как принципов, которыми Вы руководствуетесь в Вашей жизни. Каждая ценность написана на отдельной карточке. Внимательно изучите карточки и выберите ту, которая для Вас наиболее значима. Поместите ее

на первое место. Затем выберите вторую по значимости ценность и поместите ее вслед за первой. Затем проделайте то же со всеми оставшимися карточками. Наименее важная останется последней и займет 18-е место. Работайте не спеша, вдумчиво. Если в процессе работы Вы измените свое мнение, то можете исправить свои ответы, поменяв карточки местами. Конечный результат должен отражать Вашу истинную позицию». Ранжирование обоих наборов занимает, как правило, от 10 до 20 минут. С заданием справляются даже малообразованные люди и дети, начиная с 11 лет.

Список А (терминальные ценности):

- **активная деятельная жизнь** (полнота и эмоциональная насыщенность жизни);
- **жизненная мудрость** (зрелость суждений и здравый смысл, достигаемые жизненным опытом);
- **здоровье** (физическое и психическое);
- **интересная работа**;
- **красота природы и искусства** (переживание прекрасного в природе и в искусстве);
- **любовь** (духовная и физическая близость с любимым человеком);
- **материально обеспеченная жизнь** (отсутствие материальных затруднений);
- **наличие хороших и верных друзей**;
- **общественное призвание** (уважение окружающих, коллектива, товарищей по работе);
- **познание** (возможность расширения своего образования, кругозора, общей культуры, интеллектуальное развитие);
- **продуктивная жизнь** (максимально полное использование своих возможностей, сил и способностей);
- **развитие** (работа над собой, постоянное физическое и духовное совершенствование);

- **развлечения** (приятное, необременительное времяпрепровождение, отсутствие обязанностей);
- **свобода** (самостоятельность, независимость в суждениях и поступках);
- **счастливая семейная жизнь**;
- **счастье других** (благополучие, развитие и совершенствование других людей, всего народа, человечества в целом);
- **творчество** (возможность творческой деятельности);
- **уверенность в себе** (внутренняя гармония, свобода от внутренних противоречий, сомнений).

Список Б (инструментальные ценности):

- **аккуратность** (чистоплотность, умение содержать в порядке вещи, порядок в делах);
 - **воспитанность** (хорошие манеры);
- **высокие запросы** (высокие требования к жизни и высокие притязания);
- **жизнерадостность** (чувство юмора);
- **исполнительность** (дисциплинированность);
- **независимость** (способность действовать самостоятельно, решительно);
 - **непримиримость к недостаткам в себе и других**;
 - **образованность** (широта знаний, высокая общая культура);
 - **ответственность** (чувство долга, умение держать свое слово);
 - **рационализм** (умение здраво и логично мыслить, принимать обдуманные, рациональные решения);
 - **самоконтроль** (сдержанность, самодисциплина);
 - **смелость в отстаиваниях своего мнения, взглядов**;
 - **твердая воля** (умение настоять на своем, не отступать перед трудностями);
 - **терпимость** (к взглядам и мнениям других, умение прощать другим их ошибки и заблуждения);

- **широта взглядов** (умение понять чужую точку зрения, уважать иные вкусы, обычаи, привычки);
- **честность** (правдивость, искренность);
- **эффективность в делах** (трудолюбие, продуктивность в работе);
- **чуткость** (заботливость).

Обработка и интерпретация

Обработка результатов тестирования по данной методике носит качественный характер. Анализируя иерархию ценностей, следует обратить внимание на их группировку испытуемым в содержательные блоки по разным основаниям. Так, например, выделяются «конкретные» и «абстрактные» ценности, ценности профессиональной самореализации и личной жизни и т.д. Инструментальные ценности могут группироваться в этические ценности, ценности общения, ценности дела; индивидуалистические и конформистские ценности, альтруистические ценности; ценности самоутверждения и ценности принятия других и т.д. Это далеко не все возможности субъективного структурирования системы ценностных ориентаций. Нужно попытаться уловить индивидуальную закономерность. Если не удастся выявить ни одной закономерности, можно предположить несформированность у испытуемого системы ценностей или даже неискренность ответов.

Б) Цветовой тест М. Люшера (1961г). Метод направлен на исследование актуального состояния больного: фон настроения, общую психическую активность, побудительную силу мотивационной сферы, напряженность потребностей. В психиатрическом стационаре целесообразно применять сокращенный вариант методики (восьмицветовой ряд). Для этого нужно заранее подготовить белый лист бумаги А4 и цветные карточки размером 2,5 на 5 см, с обратной стороны обозначив карточки номерами: 0 — серый, 1 — темно-синий, 2 — сине-зеленый, 3 — оранжево-красный, 4 — светло-желтый, 5 — фиолетовый, 6 — коричневый,

7 — черный (1,2,3,4 — основные цвета, 6,7,0 — дополнительные цвета). Процедура обследования не занимает много времени, удобна в применении и не зависит от интеллектуального уровня исследуемого. Перед больным раскладываются карточки цветной стороной верх на белом листе бумаги на расстоянии 2 см друг от друга. Освещение должно быть равномерным и достаточно ярким (лучше проводить исследование при дневном освещении). Испытуемому предлагается выбрать самый приятный цвет, не соотнося его ни с любимым цветом одежды, ни с предпочитаемым тоном обивки мебели, а только сообразуясь тем, насколько этот цвет предпочитаем в сравнении с другими при данном выборе и в данный момент. Выбранная карточка убирается со стола и переворачивается лицом вниз. При этом психолог записывает номер каждого выбранного цветового эталона. Запись идет слева на право. Каждый раз испытуемому следует предложить выбрать наиболее приятный цвет из оставшихся, пока цвета не будут отобраны. Через 2-5 минут, предварительно перемешав их, цветовые таблицы нужно снова разложить перед испытуемым в другом порядке и полностью повторить процедуру выбора, сказав при этом, что исследование не направлено на изучение памяти и что он волен выбирать заново нравящиеся ему цвета так, как ему это будет удобно.

Запись должна принять следующий вид:

1-ый выбор: 2 5 6 7 1 4 3 0

2-ой выбор: 3 1 5 8 0 2 4 6

Качественный и количественный анализ следует проводить по следующей схеме:

1) Определение функциональных пар. Цветовой выбор разбивается на функциональные пары, в зависимости от занимаемого положения цветов в выборе с использованием правил группировки. Подробно с правилами можно ознакомиться в практическом руководстве Собчик Л.Н. «МЦВ — метод цветových выборов. Модифицированный восьмицветовой тест Люшера» (2001г). Определение функциональных пар позволяет

оценить субъективное отношение к выбранным цветам и базисным психологическим потребностям:

– функциональные пары со знаком «+» — выявляют явное предпочтение (цвет на первой позиции — «основной способ действия», цвет на второй позиции — «цель», к которой стремиться испытуемый);

– функциональные пары со знаком «X» — просто «предпочтение» указывает на «истинное положение вещей» (ситуацию) и «образ действия», вытекающий из данной ситуации;

– функциональные пары со знаками «=» — «безразличие», указывает на не востребовавшие на данный момент резервы, индифферентную зону, бездействующие свойство личности;

– функциональные пары со знаком «-» — «неприятие» (антипатия), как правило, соответствуют 7 и 8 позиции, указывают на «подавленные потребности».

2) Определение цветов означающих «неприятие» или «тревогу» (A-anxiety) и компенсации (C-compensation). Если какой-либо из основных цветов (1,2,3 или 4) занимает 6,7 или 8 позицию, то он вместе с цветами, расположенными справа от него, означают «тревогу», все они обозначаются знаком «-» и буквой А и вскрывают основной источник стресса. При этом, цвет, находящийся на первом месте, следует рассматривать как компенсацию и пометить буквой С.

3) Определение интенсивности тревоги. Интенсивность тревоги или компенсации выражается суммой знаков «!». При этом знак «!» соответствует наличию на 3-ей позиции одного из дополнительных цветов (0,6,7) или на 6-ой позиции одного из основных (1,2,3,4) цветов; знак «!!» ставится тогда, когда дополнительный цвет находится на 2-ой позиции или на 7-ой — один из основных цветов; знак «!!!» ставится тогда, когда дополнительный цвет располагается на 1-ой позиции или основной на 8-ой позиции. Напряженность тревоги оценивается суммой знаков «!» каждого ряда в отдельности, числовое выражение баллов от 0 до 12.

4) Качественный анализ цветового выбора. Качественный анализ или интерпретация строится в соответствии с символическим значением цвета и их сочетанием (значение функциональных пар), которое определяется с помощью специальных таблиц. Преобладающие потребности:

– синий цвет — потребность в глубокой привязанности как инструмент достижения внешней защиты, эмоционального комфорта, покоя;

– зеленый цвет — потребность в отстаивании собственной позиции, оборонительность, агрессивность защитного характера;

– красный — потребность в достижении, обладании, лидировании, наступательная агрессивность «завоевателя», целенаправленность, высокая поисковая активность;

– желтый — потребность в эмоциональной вовлеченности и защищенности в социальном плане, яркость переживаний и общение — как необходимый процесс;

– фиолетовый — потребность в уходе от реальной действительности, иррациональность притязаний, нереальные требования к жизни, субъективизм, индивидуалистичность, эмоциональная незрелость;

– коричневый — потребность в снижении тревоги, стремление к психологическому и физическому комфорту;

– черный — потребность в независимости через протест, негативизм по отношению к любым авторитетам, давлению извне;

– серый — потребность в успокоении, отдыхе; пассивность.

Индивидуальное сочетание цветов функциональных пар определяется по специальному интерпретатору, особенно на первых этапах освоения методики.

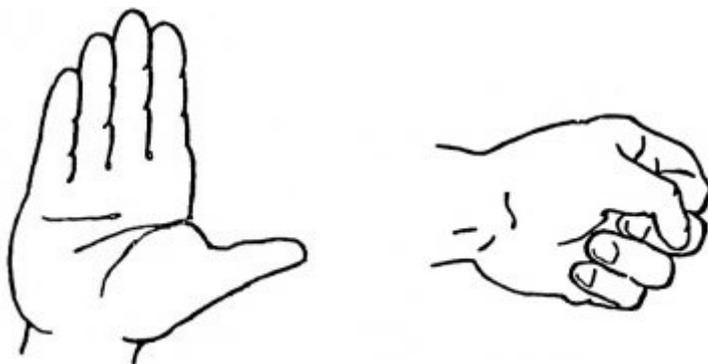
В) Проективная методика исследования личности «Hand-тест» Б. Брайклин, З. Пиотровски и Э. Вагнер (1961г) в адаптации Т.Н. Курбатовой (1995г). В настоящее время «Hand-тест» является одной из самых распространённых проективных методик оценки

и прогнозирования агрессивного поведения. Методика «Hand-тест» была адаптирована для России Т.Н. Курбатовой.

«Hand-тест» является средством глубинного исследования личности и поэтому может быть рекомендован в качестве основного психодиагностического инструмента во всех областях психологической практики для диагностики индивидуальных особенностей, потребностей и мотивов поведения, внутренних конфликтов личности. «Hand-тест» позволяет надёжно прогнозировать и качественно оценивать такое специфическое свойство личности, как склонность к открытому агрессивному поведению.

Стимульный материал представляет собой набор из 10 карточек: 9 со стандартным изображением кистей рук и одной пустой карточки (рис. 10).

Рис. 10. Пример карточек «Hand-тест»



Десять карточек предъявляются больному в определенной последовательности, в конкретной фиксированной позиции со следующей инструкцией: «Что, по Вашему мнению, делает эта рука?». Если исследуемый затрудняется с ответом, ему предлагается следующий вопрос: «Что, как вы думаете, делает человек, которому принадлежит эта рука? Назовите все варианты, которые Вы можете представить». Десятая карта (пустая) предъявляется с инструкцией: «Сначала представьте себе

какую-нибудь руку, а затем опишите те действия, которые она может выполнять». Любые ответы встречаются одобрительной поддержкой. В случае неточного или двусмысленного ответа человека просят пояснить его содержание. При этом следует избегать навязывания каких-либо специфических ответов. Уточняющие вопросы могут быть примерно следующими: «Расскажите об этом немного подробнее», «Опишите подробнее эту ситуацию». Карточку разрешается поворачивать и держать при ответе в любой позиции, выбранной обследуемым. Ответы тщательно фиксируются и отмечается латентное время реакции на предъявляемые карточки стимульного набора (табл. 18).

Табл. 18. Форма протокола к методике «Hand-тест»

№ карты	Латентное время (с)	Ответы	Оцен.кат
I		1. 2.	
II		1. 2.	
....	

Обработка результатов осуществляется по схеме:

1. Подсчитывается общее количество ответов - R (отражают энергетический потенциал, степень активности).

2. Осуществляется формализация ответов через отнесение каждого ответа к одной из 14 категорий. Подсчитывается общее количество ответов каждой категории. Авторами были предложены следующие категории:

– агрессия (Agg) — рука воспринимается как доминирующая и оскорбляющая (ответы данной категории совместно с ответами категории Dig повышают вероятность проявления агрессии в поведении);

– директивность (Dir) — рука воспринимается как руководящая, направляющая, управляющая;

– аффектация (Aff) — рука воспринимается, как выражающая привязанность, любовь, эмоционально-положительное отношение к другим (отражают способность к активной социальной жизни, эмоциональности);

– коммуникация (Com) — рука общается с кем-то, общается с чувством равенства (отражают уровень коммуникационной активности);

– зависимость (Dep) — рука воспринимается, как ищущая помощь и поддержки (отражают потребность в помощи и поддержке со стороны других людей);

– страх (F) — ответы отражают ответный страх перед ударом, агрессией со стороны других;

– эксгибиционизм (Ex) — рука принимает участие в деятельности, связанной с развлечениями, самовыражением, демонстративностью (коррелируют с истероидными чертами личности);

– калечность (Crip) — рука воспринимается как больная, искалеченная, деформированная (отражают чувство физической неадекватности, боязнь собственной немощи, склонность к ипохондрии);

– описание (Des) — ответы описательного характера, при этом какое-либо действие не фиксируется и не подразумевается, описываются физические характеристики руки (отражают эмоциональную амбивалентность, склонность к раздумыванию);

– напряжение (Ten) — ответы, в которых рука затрачивает определенную энергию, но практически ничего не достигает, энергия может прилагаться для того, чтобы поддержать себя (отражают эмоциональную неустойчивость, тревожность, нейротизм);

– активные безличные ответы (Act) — рука воспринимается, как совершающая какое-либо действие, выполнение которого не требует присутствия другого лица;

– пассивные безличные ответы (Pas) — ответы, в которых рука воспринимается как совершающая пассивные действия, не меняет

своего физического положения и не сопротивляется (ответы безличной категории отражают активность человека в физической среде и значение социума в жизни человека);

– галлюцинации (Bas) — ответы галлюцинаторного, невероятного, необычного, страшного, пугающего содержания («божья коровка», «нано-иголки в руке»);

– отказ от ответа (Fail) — человек не может дать ответ на карточку.

4. Подсчитывается процент ответов каждой категории по отношению к общему количеству ответов.

5. Склонность к открытому агрессивному поведению определяется по формуле:

$$I=(\text{Agg}+\text{Dir})-(\text{Aff}+\text{Com}+\text{Dep}) \text{ или } I=(\text{Agg}+\text{Dir})-(\text{Aff}+\text{Com}+\text{Dep}+\text{F})$$

6. Степень личностной дезадаптации отражается формулой:

$$\text{MAL}=\text{Gen}+\text{Crip}+\text{F}$$

7. Тенденция к отходу от реальности отражается формулой:

$$\text{WITH}=\text{Des}+\text{Bas}+\text{Fail}$$

8. Наличие психопатологии отражается формулой (требует клинической верификации):

$$\text{PATH}=\text{MAL}+2\text{WITH}$$

Производится комплексная и последовательная оценка потребностной сферы человека (подробнее можно ознакомиться в методическом руководстве Т.Н. Курбатовой, О.И. Муляра «Проективная методика исследования личности «Hand-тест»», 2001г).

Методики исследования личности

Исследование личности в патопсихологическом исследовании имеет клиническое значение, а именно направлено на выявление аномалий личности (психопатии по отечественной классификации, личностные расстройства по МКБ-10). К психопатиям приближаются акцентуации характера как крайние варианты проявления нормы, в ряде случаев

сопровождающиеся явными проявлениями декомпенсации. Оценка личности, особенности межличностного взаимодействия производится на протяжении всего исследования. Для дифференциации акцентуаций характера и психопатий, определения варианта акцентуации\психопатического паттерна используются опросники, среди которых можно выделить:

1. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ).
2. Сокращенный многофакторный опросник личности (СМОЛ).
3. Индивидуальный типологический диагностический опросник (ИТДО).
4. Патохарактерологический диагностический опросник А.Е. Личко.
5. Многофакторный личностный опросник 16PF Р.Б. Кеттела и др.

Данные обрабатываются и интерпретируются в соответствии с рекомендациями к каждой конкретной методике и сопоставляются с данными наблюдения, клинико-психологической беседы, выявленной установки, данными объективных методик (характеристиками восприятия, внимания, памяти и мышления).

Методики исследования сознания и самосознания

Сознание как высший интегративный психический процесс никогда не являлось предметом патопсихологического исследования как такового и подлежит на сегодняшний день только клинико-психопатологической оценке. Клиническая диагностика нарушений сознания традиционно базируется на феноменологической концепции и критериях К. Ясперса, описанных им более века назад в фундаментальном труде «Общая психопатология» (1911): 1) отрешенность от реального внешнего мира; 2) дезориентированность; 3) утрата связности; 4) расстройство способности примечать и запоминать, впоследствии проявляющиеся амнезией. Для исследования сознания как такового в патопсихологии

не создано — и, пожалуй, в обозримой перспективе не будет создано — специфически экспериментально-психологических методик, в том числе пригодных для применения в условиях психопатологии.

Сходные проблемы имеются и в плане изучения самосознания, единый концептуальный базис для понимания которого как в психопатологии, так и в патопсихологии отсутствует. Самосознание позволяет человеку:

1. Констатировать факт собственного существования, «Я есть» (онтологический аспект);

2. Выделить — причем на глубоком додискурсивном уровне — себя из окружающего мира; проводить границу между собой (включая личность, психическое и биологическое «Я») и внешним миром, в том числе границу между «субъективным внутренним» и «объективным внешним» миром, а также осознавать проницаемость этой границы (аспект границы субъекта);

3. Осознать и отдать себе отчет в наличии конкретных состояний и компонентов этого внутреннего субъективного мира — психического пространства — и самого самосознания как его части (содержательный аспект); данный аспект самосознания в свою очередь можно анализировать через подаспекты целостности, динамичности (историчности), постоянства (идентичности), стабильности и жизненности (витальности) содержания «Я»;

4. В определенной степени произвольно управлять этими внутренними состояниями и компонентами, то есть направлять свои волевые процессы не только вовне, на материальную, культурную, социальную деятельность, но и на интрапсихическую деятельность (рефлексивно-волевой аспект).

Исследование самосознания возможно опосредованно через исследование самооценки (шкала самооценки Т.В. Дембо - С.Я. Рубинштейн). Результаты методик (ответы испытуемого) сопоставляются с данными объективного клинического, психопатологического, экспериментально-психологического, антропометрического

исследования того же больного. Выводы о функциях самосознания делаются на основе расхождений объективных данных с результатами проведения методик. В отличие от структуры личности и когнитивных функций, самосознание как процесс раскрывается не столько в самих самооценках, сколько в их адекватности, сопоставимости с данными объективного наблюдения.

§ 5. Завершающий этап

Завершающий этап включает решение вопроса о достаточности имеющихся данных для написания заключения или их недостаточном объеме, и необходимости проведения дополнительного, либо повторного исследования.

§ 6. Анализ данных и написание патопсихологического заключения

Анализ данных рекомендуется проводить по следующей схеме:

1) Обработка и анализ показателей каждого теста в соответствии с методическими рекомендациями, формулировка короткого вывода (нормативных и отклоняющихся от них показателей, выделение отдельных патопсихологических симптомов);

2) Сопоставление методик, исследующих отдельные познавательные процессы, эмоциональной и мотивационной сфер, личности, сознания и самосознания, формулировка коротких выводов по состоянию каждой из сфер;

3) Сопоставление данных, полученных экспериментальным путем с данными наблюдения, клинико-психологической беседы, имеющимися дополнительными материалами;

4) Формулировка выводов об отсутствии или наличии нарушений, с описанием сохранных и нарушенных звеньев психических процессов.

При наличии нарушений, необходимо выделить ведущие (системообразующие) и второстепенные симптомы. При определении системообразующего фактора ведущее значение имеют нарушения мышления. Выделяется патопсихологический симптомокомплекс и его вариант (приложение 2);

- 5) Определение степени выраженности нарушений (приложение 3);
- 6) Написание патопсихологического заключения.

Структура патопсихологического заключения

Чтобы заключения соответствовали клиническим запросам и могли быть оценены коллегами патопсихологами и другими специалистами, введены определенные правила, унифицирующие порядок написания патопсихологических заключений. Структура должна содержать следующие компоненты:

1) Паспортная часть:

– Фамилия, имя и отчество (для написания студенческого патопсихологического заключения достаточно обозначить инициалы с целью сохранения врачебной тайны);

– Дата рождения и/или возраст исследуемого;

– Дата исследования.

2) Цель исследования:

Указывается цель в соответствии с клинической задачей, поставленной перед патопсихологом (например, *выявление ведущего патопсихологического симптомокомплекса и степени его выраженности*).

4) Используемые методики:

В данном разделе перечисляются все методики, которые использовались для решения поставленных задач.

5) Общее введение:

– включает описание особенностей поведения исследуемого в беседе и эксперименте: характеристика контакта, способность удерживать

границы в беседе и исследовании, описывается отношение к ситуации исследования, особенности обращения к психиатру или психологу (самостоятельно или по настоянию родственников, по направлению врача-психиатра);

– описываются особенности внешнего вида, телосложения, аномалии и модификации тела;

– отражается способность к правильному восприятию событий и собственной личности (сознание и самосознание);

– описываются особенности понимания целей исследования, характеристики мотива участия, устойчивость мотивации в исследовании;

– отражаются жалобы: описание должно быть коротким и отражать отношение исследуемого к собственным жалобам (например, *охотно раскрывает, скрытен, склонен нивелировать психопатологические переживания*);

– описание аспектов внутренней картины болезни, степени участия психологических факторов в формировании болезни;

– описание речи, способности излагать жалобы и сведения о себе: объем словарного запаса, последовательность и глубина суждений, наличие аграмматизмов, интонационные характеристики;

– описание эмоционального реагирования во время беседы и исследования: преобладающий эмоциональный фон, спектр эмоциональных реакций, соответствие внутренним переживаниям и ситуации (адекватность), подвижность, способность к контролю, уровень опосредования и вербализации;

– описание установок и планов;

– изложение биографических сведений, имеющих значение для верификации патопсихологического симптомокомплекса.

б) Описание особенностей деятельности в экспериментальных условиях:

– в данном разделе указывается способность испытуемого к пониманию и усвоению инструкций, особенности их удержания;

– особенности выполнения заданий, реакции испытуемого на успех и неуспех, коррекцию и помощь;

– темп, продуктивность, обучаемость и особенности работоспособности (истощаемость, вработываемость, колебание продуктивности в течение всего исследования);

– поведенческая динамика в эксперименте.

7) Описание предварительных результатов:

Описание производится по отдельным психическим функциям, с указанием особенностей выполнения и примерами. Описание производится по следующим параметрам:

А — когнитивные параметры

– восприятие

– внимание, умственная работоспособность

– память

– процессы мышления и ассоциативный процесс

Б — личностные параметры

– эмоциональная сфера

– мотивационная сфера

– волевая регуляция

Описание когнитивных и личностных параметров может осуществляться двумя способами. Один из них заключается в описании характера выполнения каждой пробы с примерами и последующей квалификацией нарушений или отсутствия таковых (например, *при выполнении заучивания десяти слов мнемодиаграмма принимает следующий вид: 7,9,10, отсроченное воспроизведение — 10 слов, что указывает на сохранность слухоречевой кратковременной памяти*). Второй способ заключается в том, что сначала констатируется наличие нарушения или отсутствие такового, которое затем обосновывается особенностями выполнения соответствующей пробы (например, *выявляется снижение объема слухоречевой кратковременной памяти, снижение динамики формирования следов, их неустойчивость. Мнемодиаграмма при заучивании 10 слов: 2,4,5,6,7, отсроченное воспроизведение — 5 слов*).

8) Заключение (краткое изложение ответа на поставленную задачу).

Заключение должно содержать обобщенные данные по всем сферам личности с выделением ведущих нарушений и сохранных звеньев психических процессов. Оно должно быть лаконичным, логично построенным, написанным понятным для врача (другого специалиста или пациента) языком и содержать четкий ответ на поставленную задачу (пример заключений в приложении 4).

Окончательный вывод, характеризующий основную гипотезу, может быть нескольких вариантов:

1) Категоричный — данный вывод носит однозначный характер с констатацией какого-либо патопсихологического симптомокомплекса (например, *«исследуемый обнаруживает в эксперименте составляющие шизофренического патопсихологического симптомокомплекса»*), с указанием глубины нарушений. Его вариантом, является заключение, в котором констатируется отсутствие нарушений познавательных и эмоционально-волевых процессов;

2) Вероятностный — данное заключение используется тогда, когда больной обнаруживает невыраженные нарушения, и у исследователя нет достаточных данных для констатации того или иного варианта патопсихологического симптомокомплекса (*«выявляемые нарушения могут свидетельствовать о...»*);

3) Альтернативный — во время исследования больной обнаруживает нарушения различного характера, которые могут быть отнесены как к одному варианту патопсихологического симптомокомплекса, так и к другому (например, *«в эксперименте исследуемый обнаруживает как элементы органического патопсихологического симптомокомплекса, так и составляющие личностно-аномального патопсихологического симптомокомплекса»*);

4) Отказ от дачи заключения — данное заключение используется в тех случаях, когда больной непродуктивен в исследовании либо вследствие грубых нарушений познавательных процессов, либо вследствие

нарушенного сознания. В данном случае исследователь подробно описывает поведение больного и дает «отказной» ответ (*«в связи с выраженной непродуктивностью исследуемого в эксперименте ответить на вопрос о характере имеющихся у него нарушений когнитивной, эмоциональной и волевой сферы не представляется возможным»*).

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Беспалько Б.Г. Шкала для экспресс психологической диагностики слабоструктурированных депрессивных расстройств. Пособие для врачей и психологов / Б.Г. Беспалько. — СПб.: Издательский центр СПбНИПНИ им.В.М.Бехтерева, 2004. — 26 с.

2. Выбойщик И.В., Шакурова З.А. Личностный многофакторный опросник Р. Кэттелла: Учебное пособие / И.В. Выбойщик, З.А. Шакурова. — Челябинск: Изд. ЮУрГУ, 2000. — 54 с.

3. Зейгарник Б.В. Психология личности: норма и патология: избранные психологические труды / под. Ред. М.Р. Гинзбурга. — 2-е изд., испр. — М.: издательство психолого-социального института; Воронеж: НПО МОДЕК, 2003. — 416 с.

4. Иванов Н.Я., Личко А.Е. Патохарактерологический диагностический опросник для подростков. Методическое пособие / Н.Я.Иванов, А.Е.Личко. - М.: «Фолиум», 1995. - 53 с.

5. Клиническая психология: учебное пособие / под.общ.ред. Г.П. Котельникова, Г.Н. Носачева. — Самара: Содружество, 2005. — 496 с.

6. Курбатова Т.Н., Муляр О.И. Проективная методика исследования личности «Hand-тест»: руководство по использованию. - СПб.: Иматон, 2011. - 53 с.

7. Медицинская и судебная психология. Курс лекций: учебное пособие / под.ред. Т.Б. Дмитриевой, Ф.С. Сафуанова. — 2-е изд., испр. — М.: Генезис, 2005. — 606 с.

8. Михайлова Е.С. Тест Дж. Гилфорда и М. О'Салливен. Диагностика социального интеллекта. Методическое руководство / Е. С. Михайлова. - СПб: ИМАТОН, 2006. - 56 с.

9. Носачев Г.Н., Гусарова Г.Н., Павлов В.В. Психология и этика общения с пациентом. Психология и этика общения в системе «врач-пациент» / Г.Н. Носачев, Г.Н. Гусарова, В.В. Павлов. — Самара: Перспектива, 2003. — 372 с.

10. Носачев Г.Н., Носачев И.Г. Психология и психопатология познавательной деятельности (основные симптомы и синдромы): учебное пособие / Г.Н. Носачев, И.Г. Носачев. — М.: ФОРУМ: ИНФРА-М, 2016. — 240 с.
11. Носачев Г.Н., Романов Д.В. Основы патопсихологии: учебное пособие для студентов психологических факультетов / Г.Н. Носачев, Д.В. Романов. — 3-е изд., исп. и доп. — Самара: Офорт, 2010. — 345 с.
12. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. — Самара: БАХРАХ-М, 2001 — 672 с.
13. Собчик Л.Н. Диагностика индивидуально-типологических свойств и межличностных отношений. Практическое руководство. — СПб.: Речь, 2003. — 96 с.
14. Собчик Л.Н. Методика «Исключение предметов»: учебно-методическое пособие. — СПб.: Речь, 2002. — 44 с.
15. Собчик Л.Н. Методика «Классификация предметов»: учебно-методическое пособие. — СПб.: Речь, 2002. — 6 с.
16. Собчик Л.Н. МЦВ — метод цветowych выборов. Модифицированный восьмицветовой тест Люшера. Практическое руководство. — СПб.: Речь, 2001. — 112 с.
17. Собчик Л.Н. СМЛ. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности. — СПб.: Речь, 2004. — 224 с.
18. Патопсихология: хрестоматия / сост. Н.Л. Белопольская, 2-е изд., испр. и доп. — М.: Когито-Центр, 2000. — 289 с.
19. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. Практическое руководство. — М.: Артель-Пресс, 2004. — 224 с.
20. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. Приложение (стимульный материал) — М.: Апрель-Пресс, 2004. — 160 с.
21. Учебная история болезни по психиатрии / Г.Н. Носачев, Д.В. Романов, С.Н. Стрельник, В.С. Баранов, И.Г. Носачев. — изд. 5 испр. и дополн. — Самара: СамГМУ, 2016. — 80 с.

22. Херсонский Б.Г. Клиническая психодиагностика мышления. — 2-е изд., стереотипное. — М.: Смысл, 2014. — 287 с.

23. Херсонским Б.Г. Метод пиктограмм в психодиагностике / Б.Г. Херсонский - СПб: Сенсор, 2000. - 128 с.

24. Яньшин П.В. Клиническая психодиагностика личности: учебное пособие для вузов / П.В. Яньшин. — 3-тье изд., перераб. и доп. — М.: Юрайт, 2020 — 327 с.

Рекомендуемый набор психодиагностических методик

Следующий минимальный набор психометрических проб и психодиагностических методик, охватывает основные сферы психической деятельности исследуемого и применяется при высокой квалификации и достаточного опыта работы патопсихолога, а также при ясном клиническом статусе больного:

- а) исследование умственной работоспособности и внимания (таблицы В. Шульте);
- б) исследование памяти (запоминание 10 слов, «пиктограмма», воспроизведение рассказов);
- в) исследование ассоциативной сферы («пиктограмма»);
- г) исследование мыслительной деятельности (исключение предметов, исключение понятий, классификация предметов, сравнение понятий, простые или сложные аналогии, толкование пословиц и метафор);
- д) исследование эмоциональной сферы и личностных особенностей (методика М.Люшера, опросник САН);

При проведении патопсихологического исследования с целью дифференциальной диагностики (шизофрения, органические заболевания головного мозга, неврозы, расстройство личности), при наличии противоречивых данных, стёртой клинической картине, дисгармоничной структуре личности необходимо расширить минимальный набор методик в первую очередь, направленных на исследование мышления.

При определении уровня психического развития испытуемых с интеллектуальной недостаточностью, а также малолетних и несовершеннолетних лиц, лиц пожилого возраста к минимальному набору методик необходимо добавить:

- а) исследование общего уровня развития познавательной деятельности (опрос по общей осведомленности, практической ориентации, ориентации

в социально значимых ситуациях и др. с возможным использованием вопросов теста Д.Векслера; пробы на сформированность основных автоматизированных навыков речи, чтения, письма, счета) — включается в беседу;

б) исследование организации интеллектуальной деятельности, конструктивного праксиса, обучаемости (последовательные картинки, «кубики Кооса», методика «формирование понятий по Выготскому-Сахарову» с введением элементов обучающего эксперимента);

в) определение уровня интеллектуального развития (методика прогрессивных матриц Равена, тест Д. Векслера и др.).

Для исследования индивидуально-психологических особенностей необходимо расширить методики, направленные на изучение личностных особенностей, включая проективные методики (Э.Вагнера и З.Пиотровски), оценочные шкалы (исследование самооценки Т.В. Дембо - С.Я. Рубинштейн), опросники (СМИЛ, ИТДО, ДМО или 16PF Р.Б. Кеттела).

С целью определения эффективности проводимого лечения необходимо проводить повторное патопсихологическое исследование тем же набором методик, которые использовались в первоначальном исследовании, которые позволят оценить изменения в познавательной деятельности испытуемого (как положительных, так и отрицательных).

Классификация патопсихологических симптомокомплексов

1. Психотической дезорганизации

2. Шизофренический

3. Аффективный:

- а) гипотимический вариант
- б) гипертимический вариант

4. Органический:

- а) ригидный вариант
- б) лабильный вариант
- в) мнестический вариант

5. Олигофренический

6. Эпилептический

7. Личностно-аномальный:

- а) возбудимый вариант
- б) торпидный вариант

**Оценка глубины нарушений когнитивных процессов
(Романов Д.В.)**

Показатели процессов мышления	Слабо выраженная степень	Умеренно выраженная степень	Выраженная степень
Общая продуктивность	Не нарушена или незначительно снижена	Снижена не более чем на 50%	Снижена более чем на 50%
Категориальная четкость мышления	Сохранена	Сохранена или может быть ослаблена	Нарушена
Динамический компонент	Нарушения динамики существенно не влияют на продуктивность	Выраженные нарушения динамики ослабляют продуктивность	Выраженные нарушения динамики обуславливают непродуктивность
Целенаправленность мышления	Сохранена	Периодические сбои	Систематические нарушения
Критичность	Возможна коррекция решений	Коррекция решений не осуществляется	Коррекция решений не осуществляется

Примеры заключений по результатам патопсихологического исследования

Пример №1.

Ф.И.О.: У.К.В.

Возраст: 31 год

Дата исследования: 12.02.2020г.

Цель исследования: выявление нарушений познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы, личностных особенностей, ведущего патопсихологического симптомокомплекса и степени выраженности изменений.

Используемые методики: наблюдение, клинико-психологическая беседа, поиск чисел по таблицам В. Шульте, заучивание десяти слов, повторение фраз, исключение предметов, исключение понятий, сравнение понятий, толкование половиц и метафор, методика «пиктограммы» перечень по Б.Г. Херсонскому, методика «Hand-тест», индивидуально-типологический диагностический опросник (взрослый вариант).

Общее введение: На приём пришел самостоятельно в назначенное время. В целом внешне выглядит опрятно, одет по погоде, но при этом одежда не по размеру, превышает параметры тела. Во время индивидуальной работы сидит ссутулившись, опустив плечи. Напряжен и тревожен. В беседу вступает свободно, контакт поддерживает в течение всего исследования. На вопросы отвечает по существу, в плане заданных. Сведения о себе сообщает последовательно, датирует события жизни.

Правильно ориентирован в месте, времени и собственной личности, самостоятельно сообщает свои паспортные данные, биографические сведения. Речь развита соответственно возрасту и полученному образованию. Речь последовательная, логичная, хорошо интонирована. Предъявляет жалобы на «фибромиалгию», «мышечные боли в спине... мигрирующие, периодические, ноющие». Пояснил, что боли появились на «на фоне большого стресса». В начале 2016 года находился в больнице, «выходили камни из почек, их дробили», «сильно перенервничал... я за 31 год ни разу в больнице не был, не знал что это». В последующем появились боли в мышцах, по поводу которых лечился в соматических стационарах безрезультатно. Фиксирован на своих физических ощущениях, заявляет, что устал от постоянных болей, которые продолжаются в течение 6 последних месяцев. С трудом вербализует своё эмоциональное состояние — «настроения нет... иногда очень сильно болит, мысль только одна, скорее бы избавиться от боли», «часто посещают мысли о смерти...отец умер от инфаркта миокарда 4 года назад». Потерял в весе 7 кг за 6 месяцев. Сведения о себе сообщает последовательно, нарушений долговременной памяти не обнаруживает. Рассказал, что родился в полной семье, является единственным ребенком у своих родителей. В семье атмосфера была теплой и доброжелательной. Детского сада не посещал, воспитывался матерью, которая на тот момент не работала. В школу пошел вовремя, был хорошо подготовлен (умел читать и писать). В школе легко адаптировался, имел хороший уровень успеваемости. В общественной жизни школы не участвовал. Занимался спортом «для себя». Окончил 11 классов, после чего поступил в высшее учебное заведение, получил специальность инженер-конструктор. Работал по специальности. В настоящее время проживает с матерью. Своей семьи не имеет. Себя охарактеризовать затрудняется, «был всегда ровным по характеру...ровная успеваемость...ровное отношение с одноклассниками, не дрался, со всеми дружил».

Особенности деятельности в экспериментальных условиях: в эксперименте формируется мотив сотрудничества, инструкции усваивает в полном объеме, следует им. Продуктивность в исследовании высокая, темп работы средний, с легкими признаками неравномерности. Во время исследования при неудачном выполнении задания, указаниях на неточности выполнения излишне оправдывается.

Предварительные результаты:

Нарушений восприятия не выявляется. Правильно узнает и называет реальные и нарисованные предметы.

При исследовании внимания выявляется достаточный его объем, снижена устойчивость и концентрационная способность. Поиск чисел по таблицам В. Шульте выполняет с незначительными колебаниями (49с, 50с, 60с, 40с, 49с).

Объём непосредственного кратковременного запоминания хороший, следы устойчивые, динамика запоминания не нарушена. Мнемограмма: 7,9,9, отсроченное воспроизведение — 8 слов. В условиях интерференции формирование следов устойчивое. Эффективность опосредованного (смыслового) запоминания снижена, преимущественно воспроизводит близкие по значению слова: коэффициент воспроизведения в методике «пиктограммы» равен 50%.

При исследовании мыслительной деятельности обнаруживает сохранный категориальный строй мышления, достаточный уровень обобщения и отвлечения, динамика среднего темпа, мышление целенаправленное. При выполнении проб исследуемый производит опору на существенные родовые и видовые признаки предметов. Так например, при выполнении пробы исключение предметов среди «измерительных приборов» исключает очки, среди «искусственных источников света» исключает солнце и т.д. Правильно устанавливает причинно-следственные связи в сюжетных картинах, строит по ним последовательный рассказ, с перечислением основных событий. Выявляется эгоцентричность

мыслительной деятельности, поясняя условный смысл пословиц и метафор, прибегает к собственному опыту. Например, пословицу «Яблоко от яблони недалеко падает» поясняет так — «Это о детях и родителях... характер своего ребенка равен характеру отца или мамы, я такой же как мать спокойный». Ассоциативный процесс характеризуется конкретностью, склонностью опираться на индивидуальные связи (например, на понятие «тяжелая работа» затрудняется подобрать образ «я всю работу люблю»; «болезнь» изображает человека, пронзенного ножами — «как ножи во всех суставах, мышцах, костях»; «счастье» изображает человека без ножей — «на данном этапе это без ножей и без болей»; «печаль» - «это все что сейчас со мной происходит, сейчас живу так...»). Высокий уровень проекции внутренних переживаний. Рисунки в методике «пиктограммы» малого размера, располагаются на 1/10 стандартного листа, упорядоченные, рисунки плохо прорисованы, снижено качество изображения рисунков. Имеется усиление критической оценки в отношении собственных ответов.

При исследовании эмоционально-волевой сферы выявляется сниженный фон настроения, преобладание тревоги, беспокойства. Эмоциональные реакции соответствуют внутренним переживаниям. Уровень самооценки снижен. Выявляется фиксация на физических ощущениях, сложности в вербализации эмоциональных переживаний (алекситимия).

При исследовании личностных особенностей выявляется преобладание внутренней напряженности, высокого уровня тревожности, неуверенности, чувствительности к неудачам в сочетании с изменчивостью настроения, мотивационной неустойчивостью. В настоящее время выявляется погруженность в мир собственных переживаний и стремление уйти от общения с окружающими. При исследовании проективными методами исследования выявляется высокий уровень дифференцированности внутреннего мира, повышение напряженности и фиксированность на физиологических функциях организма. Выявляется стремление к доминированию, которое уравнивается социально направленными тенденциями.

Заключение: в результате патопсихологического исследования выявляется:

- достаточный уровень работоспособности, легкая неравномерность выполнения заданий;
- восприятие адекватной направленности;
- внимание характеризуется достаточным объемом, снижена устойчивость и концентрационная способность;
- сохранность непосредственного кратковременного запоминания и ослабление эффективности опосредованного запоминания;
- мышление характеризуется достаточным уровнем обобщения и отвлечения, средним темпом, целенаправленностью, усилением критичности мышления; отмечается эгоцентричность и повышенная проекция внутренних переживаний;
- эмоционально-волевая сфера характеризуется снижением фона настроения, преобладанием тревоги, беспокойства, напряженности, обнаруживает сниженный уровень самооценки, фиксация на физических ощущениях, низкий уровень вербализации эмоций, стремление уйти от общения с окружающими.

Исследуемый обнаруживает в эксперименте составляющие гипотимного варианта аффективного патопсихологического симптомокомплекса, умеренной степени выраженности.

Пример №2.

Ф.И.О.: Б.Л.Д.

Возраст: 23 года

Дата исследования: 13.12.2020г.

Цель исследования: определение нарушений познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы, ведущего патопсихологического симптомокомплекса, степени выраженности изменений.

Методики исследования: наблюдение, клинико-психологическая беседа, узнавание реальных объектов, поиск чисел по таблицам В. Шульте, заучивание десяти слов, повторение фраз, методика «пиктограммы» перечень по Б.Г. Херсонскому, классификация предметов, исключение предметов, сравнение понятий, исключение понятий, толкование пословиц и метафор, сокращенный многофакторный опросник личности (СМОЛ).

Общее введение: На прием приехала вместе с мамой, тетей и сестрой. Внешний вид опрятный, одета по погоде. Во время исследования держится напряженно, в руках тремор. Периодически замирает, закрывает глаза при выполнении заданий. Контакт в исследовании поддерживает достаточный, самостоятельно отвечает на вопросы. Правильно ориентирована во времени, месте и собственной личности, самостоятельно сообщает свои паспортные данные. Суждения характеризуются ослаблением целенаправленности, периодически дает противоречивые сведения, высказывает паралогичные суждения. Речевая продукция повышенная, фиксирована на своих внутренних переживаниях, к которым возвращается во время выполнения заданий. На вопрос о причинах обращения

пояснила, что «все началось с того, что не состоялась свадьба, с 20 июня свадьба была назначена, я вышла из этой депрессии, сейчас после удаления зуба мудрости пошли импульсы, судороги в области лица, шеи, скорую вызвали, закололи полностью (демонстрирует предплечья), семь дней в коме пролежала, сказали эпилепсия... читала статьи из Википедии, подумала, что приступы как будто во сне видела будущее, управляла чем-то, реально видела события, дату смерти свою предсказала». Указывает на то, что были «галлюцинации, казалось, что сороки каркают, собаки лают, соседи болтают ночью на улице». Во время рассказа просит дать лист бумаги и карандаш, где изобразила схему семьи — «мы тройняшки, мне кажется, что Роза-сестра моя это тетя Лена, а я - это мама моя по судьбе... я предугадала смерть каждого из них, что будет, телепатик... мне сны яркие снятся, сценарии могу писать, я вижу, как разрывается вселенная» и т.д. Активно жалоб не предъявляет, но при этом говорит, что имеется бессонница, тревога, снятся яркие сны «штучки-дрючки со вселенной», были приступы в самолете, которых не помнит. Отмечает ухудшение памяти. Сведения о себе сообщает коротко, перечисляя основные события. Сообщила, что родилась в полной семье в г. Уральск. Является первой из тройни у своей матери. Росла и завивалась в соответствии с возрастом, посещала детский сад, вовремя пошла в школу. Школу закончила с красным дипломом, всегда была «доброй и отзывчивой». Закончила 9 классов и затем поступила в Республиканский высший технических колледж, получила специальность переводчика. Некоторое время работала по специальности, затем перешла в семейный бизнес. Встречалась с молодым человеком в течение 1,5 лет, планировали свадьбу. Во время подготовки сильно поссорились, «много всего наговорили друг другу, он не захотел мириться». Отмечает, что не сильно из-за этого переживала. Эмоциональный фон нейтральный, эмоциональные реакции сглаженные, экспрессивное выражение эмоций ослаблено.

Особенности деятельности в экспериментальных условиях: усвоение инструкций неравномерное, не зависит от сложности выполняемого задания, периодически требуется направляющая помощь и показ. Уровень работоспособности и темп выполнения неравномерные. Снижена адекватность поведения во время выполнения заданий, например, во время заучивания 10 слов, закрывает глаза, «чтобы лучше сосредоточиться» и сообщает, что «чувствует сейчас как будто кто-то пишет карандашом». Во время выполнения методики В. Шульте несколько раз возвращается к цифрам 20 и 21, поясняя: «я думала, что это дата смерти моей 20-го или 21-го».

Предварительные результаты:

Восприятие характеризуется признаками сужения объема, зачастую не может узнать нарисованный предмет, неверно его определяет.

Объём внимания выражено неустойчивый, ослаблена устойчивость и концентрационная способность. Поиск чисел по методике Шульте выполняет с выраженной неравномерностью (45с, 1мин 10с, 50с, 1мин 5с, 25с).

Объём непосредственного кратковременного и долговременного запоминания сниженный, формирование следов крайне неустойчиво, имеется множество ложных воспроизведений. Мнемограмма: 3,5,5,6,4, отсроченное воспроизведение — 3 слова. В условиях интерференции формирование следов характеризуется резким ослаблением устойчивости. Эффективность опосредованного (смыслового) запоминания низкого уровня: коэффициент воспроизведения в методике «пиктограммы» равен 35,7%.

При исследовании мышления выявляется ослабление категориального строя, непоследовательность мышления, снижение целенаправленности. При выполнении методики исключение предметов опоры приводит на случайные, поверхностные, существенные признаки предметов. Например, среди инструментов исключает «гвоздик — если он у нас бу-

дет просто, он нам ничего не даст, маленький гвоздик», среди застежек исключает катушку — «вообще она нужна, но можно и без нее обойтись, хотя можно и без бляшки обойтись» и т.д. При выполнении методики классификация предметов не могла разделить карточки по группам, длительное время перебирала и перекладывала их, не могла определиться куда какие карточки отнести: в одну группу помещала животных, людей и деревья, затем выделила людей отдельно и отнесла их к посуде и т.д. Большинство пословиц и метафор поясняет правильно, обнаруживая хороший уровень абстрагирования. В методике «пиктограммы» продуктивность снижена, не смогла подобрать ассоциации на такие понятия как «обман» и «справедливость». Периодически подбирает случайные ассоциации — на понятие «счастье» изображает спиральные линии, поясняя «глаза открываем, а у тебя там счастье (изображает круги)», на понятие «победа» произносит «главное не победа, а участие»; на понятие «болезнь» изображает «череп головы и мозг» — «можно больницу нарисовать, либо кашель, либо грипп, надевайте маски, мойте руки». Склонна использовать индивидуальные связи, например, на понятие «тяжелая работа» изображает «тетрадку, она открыта, только в ней пишется вот так, карандаш и палки, переводческое дело, компьютер можно еще нарисовать», на понятие «дружба» изображает «свою семью». Рисунки располагаются хаотически, разного размера, нажим линий неравномерный. Критическая оценка познавательной деятельности нарушена.

При исследовании эмоционального состояния выявляется недостоверные данные, вследствие неверного восприятия утверждений.

Заключение: в результате патопсихологического исследования выявляется неравномерность усвоения инструкций, неравномерность работоспособности, ослабление адекватности поведения в условиях исследования, неравномерный объем внимания, снижение устойчивости и концентрационной способности, выявляется неустойчивость формирования следов памяти, многочисленные ложные воспроизведения, низкий уро-

вень непосредственного и опосредованного запоминания, мышление характеризуется ослаблением категориального строя мышления, непоследовательностью, снижением целенаправленности, нарушением критичности к своему состоянию и качеству выполнения заданий, нарушение выполнения сложной синтетической деятельности. Эмоциональные реакции характеризуются сглаженностью проявлений.

Выявленные нарушения можно квалифицировать в рамках патопсихологического симптомокомплекса психотической дезорганизации.

Учебно-методическое пособие

Романов Дмитрий Валентинович, Стрельник Сергей Николаевич,
Яшихина Анна Александровна

ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПРАКТИКУМ:
СХЕМА ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
И ЗАКЛЮЧЕНИЯ

Подписано в печать 01.10.2021.
Формат 60x84/16. Объем 9,75 печ. л.
Бумага офсетная. Печать офсетная.
Тираж 100 экз.

ООО «АПРЕЛЬ» 443023, г. Самара, ул. Гагарина 159-15

Отпечатано ООО «НОВАЯ СТРАНИЦА»
443022, г. Самара, проспект Кирова, 26