

МВД России

Федеральное государственное казённое учреждение
дополнительного профессионального образования
«Всероссийский институт повышения квалификации сотрудников
Министерства внутренних дел Российской Федерации»

**ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ
ОБСЛЕДОВАНИЕ
В ЦЕНТРАХ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ
МВД РОССИИ**

Учебное пособие

Домодедово
ВИПК МВД России
2019

Авторский коллектив:

Е.Г. Ичитовкина – доцент кафедры психолого-педагогического и медицинского обеспечения деятельности органов внутренних дел центра кадрового, психолого-педагогического и медицинского обеспечения деятельности органов внутренних дел ВИПК МВД России, доктор медицинских наук, подполковник полиции; **Ю.В. Богдасаров** – главный специалист врач-психиатр Центра психофизиологической диагностики ФКУЗ «Центральная медико-санитарная часть МВД России» (г. Москва), подполковник внутренней службы; **А.Г. Соловьев** – заведующий кафедрой психиатрии и клинической психологии Северного государственного медицинского университета (г. Архангельск), доктор медицинских наук, профессор; **М.В. Злоказова** – заведующий кафедрой психиатрии Кировского государственного медицинского университета (г. Киров), доктор медицинских наук, профессор; **Т.Р. Низовцева** – старший преподаватель кафедры психиатрии и клинической психологии Северного государственного медицинского университета (г. Архангельск), кандидат биологических наук.

Рецензенты:

В.К. Шамрей, главный психиатр Министерства обороны Российской Федерации, заведующий кафедрой психиатрии ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова», доктор медицинских наук, профессор; **И.В. Боев**, заведующий кафедрой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии, директор Клиники пограничных состояний ФГБВОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет», доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач Российской Федерации, член-корреспондент Академии военных наук.

П 20

Патопсихологическое обследование в центрах психического здоровья МВД России: учебное пособие / Е.Г. Ичитовкина [и др.]. – Домодедово: ВИПК МВД России, 2019. - 120 с.

ISBN 978-5-9552-0747-6

В учебном пособии представлены теоретические, методологические, практические аспекты и направления патопсихологического обследования сотрудников и пенсионеров органов внутренних дел и других силовых структур, прикрепленных к медико-санитарным частям МВД России для медицинского обслуживания. Рассматриваются предмет, научные основы и актуальные проблемы патопсихологии. Подробно разъяснены задачи, компоненты, принципы построения и порядок проведения патопсихологического исследования. Описана типология нарушений психических процессов, свойств и состояний при разных видах патологии, в том числе донозологических состояниях у сотрудников экстремальных профессий. Пособие сопровождается блоком тестовых заданий.

Издание предназначено для использования при реализации дополнительной профессиональной программы повышения квалификации руководителей центров психофизиологической диагностики медико-санитарных частей МВД России по субъектам Российской Федерации.

ББК 88.7

Оглавление

Общие понятия.....	4
Введение	8
1. Патопсихология: предмет, научные основы, актуальные проблемы	12
2. Патопсихология: цель, основные задачи	15
3. Типология нарушений психических процессов, свойств и состояний при разных видах патологии	19
4. Принципы построения патопсихологического эксперимента	21
5. Порядок проведения патопсихологического исследования	26
6. Патопсихологические изменения в когнитивной сфере личности.....	30
6.1. Патопсихология внимания	30
6.2. Патопсихология памяти	32
6.3. Патопсихология мышления.....	34
6.4. Патопсихология интеллекта.....	40
7. Патопсихология эмоциональной сферы	42
8. Патопсихология личностной сферы	46
9. Особенности донозологических невротических состояний и патохарактерологических реакций у сотрудников экстремальных профессий	49
9.1. Акцентуации характера.....	50
9.2. Аддиктивное поведение	55
10. Патопсихологические симптомы пограничных психических расстройств у сотрудников экстремальных профессий	55
10.1. Расстройства адаптации. Классификация, диагностика	56
10.2. Посттравматическое стрессовое расстройство. Диагностика	58
11. Организация работы медицинских психологов центров психофизиологической диагностики медико-санитарных частей МВД России	72
ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ	109
ЛИТЕРАТУРА.....	116

Общие понятия

Психическое здоровье - отсутствие психического заболевания и психосоциальное благополучие человека, которое позволяет ему реализовать собственный потенциал, помогает противостоять стрессу, продуктивно работать и вносить свой вклад в развитие общества, обеспечивает согласованность всех психических функций личности, чувство психического комфорта, целенаправленно-осмысленную деятельность и поведение адекватное этнокультурным критериям [1].

Общественное здоровье (Public Health) или популяционная медицина (эквивалентный термин) - междисциплинарная область исследовательской и практической деятельности, занимающаяся повышением общего уровня здоровья населения (предупреждением болезней, продлением жизни, улучшением самочувствия) посредством общественных мероприятий или влиянием на систему здравоохранения в целом [47].

Личность – совокупность психических свойств, включающая динамические тенденции, особенности темперамента и аффективности, способности, характер и определяющая направления деятельности, индивидуальные возможности и поведение [40].

Симптом – многозначный признак наличия отклонений в состоянии здоровья, на его основании заболевание не диагностируется [9].

Синдром – совокупность симптомов, находящихся в закономерной причинно-следственной связи.

Медицинская психология (от лат. medicus — врачебный, лечебный) область психологии, которая изучает закономерности функционирования психических процессов в условиях возникновения и течения заболевания, лечения людей и использования психологических методик в терапии заболеваний. Содержание ее может быть разным. Оно включает применение знаний и методов психологии для решения проблем медицины (прежде всего связанных с пациентом и взаимоотношениями «врач - пациент»). В более широком смысле - к ней относят предупреждение болезней (профилактику) и охрану здоровья. В других случаях медицинская психология (поведенческая медицина) исследует психические аспекты соматических расстройств [27].

Психиатрия (от греч. Psyche - душа и iatreia – лечение) отрасль медицины, направленная на выяснение причин психической болезни, на исследование синдромов и симптомов, типичных для того или иного

заболевания, закономерностей их появления и чередования, на анализ критериев прогноза болезни, на лечение и профилактику болезни [22].

Патопсихология (греч. — душа; греч. — знание) – раздел клинической психологии, изучающий закономерности формирования нарушений психической деятельности личности, исходящий из закономерностей развития и структуры психики в норме. Патопсихология рассматривает характер протекания и особенности структуры психических процессов, приводящих к формированию психических и психосоматических симптомов у человека [23].

Психопатология - (греч. psyche душа + pathos страдание, болезнь +logos учение) – раздел психиатрии, занимающийся описанием признаков психического заболевания в динамике, в течение болезни, прослеживает особенности их возникновения и связь с другими, наблюдаемыми в клинике расстройствами психической деятельности [21].

Патопсихологические расстройства часто проявляются в экстремальных условиях, которые изучаются и другими психологическими науками (например, авиационной и космической психологией). В связи с этим был предложен термин — **экстремальная психология**. Патопсихология изучает аномальную личность в нормальных условиях, а экстремальная психология изучает нормальную личность в аномальных условиях [11].

Поведенческая медицина (Behavioral Medicine) - междисциплинарная научно-исследовательская и прикладная область. В своем подходе к проблемам здоровья и болезни ориентируется на биопсихосоциальную модель. Осуществляемый в ее рамках синтез достижений науки о поведении и биомедицинских наук призван помочь успешному решению проблемы здоровья-болезни и использованию этих достижений в профилактике, интервенции и реабилитации [2].

Психология здоровья (Health Psychology) - научный, психологический и педагогический вклад: 1) в профилактику и охрану здоровья; 2) предотвращение и лечение болезней; 3) выявление форм поведения, повышающих риск заболевания; 4) постановку диагноза и выявление причин нарушения здоровья; 5) реабилитацию; 6) совершенствование системы здравоохранения [11].

Основные отличия психиатрии и патопсихологии

	Психиатрия	Патопсихология
	Раздел МЕДИЦИНЫ	Раздел ПСИХОЛОГИИ
Предмет изучения	основные общие закономерности проявления и течения расстройств психической деятельности, патогенеза заболеваний, разрабатывает принципы классификации психических болезней, общие принципы реабилитации нарушенных психических функций	особенности психической деятельности больного, их значение для патогенетической и дифференциальной диагностики болезни, сопоставление с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме
Методы	объективные клинические, инструментальные, лабораторные	экспериментально-психологические, клиничко-описательные, позволяющие дифференцировать, объективировать и квалифицировать разнообразные варианты патологии и нормы
Практические функции	клиническая диагностика и терапия психических расстройств. Опиерирует медицинскими понятиями (этиология, патогенез, симптом, синдром) и использует общепатологические критерии (возникновение болезни, исход болезни).	клиничко-психологическая диагностика: выделение и качественное описание синдрома, диагностика личности человека с целью выявления предрасположенности к различным заболеваниям в связи с личностными чертами и особенностями. Участие в терапии психических нарушений с помощью клиничко-психологических методик

Патопсихологический симптом - совокупность поведенческих, мотивационных, познавательных особенностей психической деятельности лиц с психическим неблагополучием [12].

Психопатологический синдром - это закономерное сочетание симптомов, которые связаны между собой единым патогенезом и соотносятся с определёнными нозологическими формами психических расстройств [2].

Патохарактерологические реакции – психогенно обусловленные отклонения поведения, приводящие к нарушениям социального функционирования личности и сопровождающиеся невротическими симптомами (сна, активности, настроения, соматовегетативной регуляции) [28].

Пограничные психические расстройства – условно объединенная группа не резко выраженных психических нарушений, возникающих и декомпенсирующихся при воздействии стрессогенных факторов,

связанных с исходными личностно-типологическими особенностями, объединяющаяся неспецифическими проявлениями невротического уровня при сохранении критического отношения больного к основным психопатологическим проявлениям [2].

Донозологические расстройства психического здоровья – дисфункциональные психические и поведенческие реакции, не отвечающие в полной мере диагностическим критериям психических и поведенческих расстройств согласно международной классификации болезней 10-й редакции, не имеющие качественных характеристик заболевания [41].

Психосоматические расстройства – «психогенно либо преимущественно психогенно обусловленные нарушения функций внутренних органов или физиологических систем (кровообращения, дыхания, пищеварения, мочеотделения и т.п.)» [2].

Ипохондрия – патологически преувеличенные опасения за здоровье, поиска или уверенность в наличии заболевания при отсутствии объективных признаков болезни [2].

Психоорганический синдром – характеризуется триадой признаков Вальтер-Бюля: ослабление памяти, снижение интеллекта, недержанием аффектов [2].

Психовегетативный синдром – совокупность симптомов, обусловленных механизмом вегетативной регуляции.

Астенический синдром характеризуется наличием «упадка сил». Ощущением переутомления, чрезмерной истощаемостью психических процессов, повышением, затем снижением нервно-психической возбудимости, ослаблением внимания, неустойчивостью настроения, общим снижением психической активности [2].

Психологический синдром - система взаимосвязанных нарушений комплекса психических процессов (симптомов), возникающая в результате нарушения некоторого синдромообразующего фактора или нескольких факторов [34].

ВВЕДЕНИЕ

Перспективными направлениями обеспечения национальной безопасности в сфере здравоохранения и здоровья нации Российская Федерация на среднесрочную перспективу определяет усиление профилактической направленности здравоохранения, ориентацию на сохранение здоровья человека [1]. Решение задач национальной безопасности в сфере здравоохранения и здоровья нации достигается путем формирования национальных программ (проектов) по лечению социально значимых, в том числе психических заболеваний с разработкой единых общероссийских подходов к диагностике, лечению и реабилитации пациентов [5].

Основной задачей государственной политики в области здравоохранения на период до 2020 года является формирование системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки, при этом Минздрав России отмечает, что оказание психиатрической помощи в настоящее время требует серьезной модернизации.

В 2018 году для повышения качества, доступности и эффективности психиатрической помощи в медицинских организациях системы МВД России обоснована необходимость реорганизации ведомственной службы охраны психического здоровья, основные положения реформирования одобрены руководством управления медицинского обеспечения Департамента по материально-техническому и медицинскому обеспечению МВД России и организационно-методической комиссией МВД России.

В проекте Концепции развития психиатрической службы в системе МВД России предусмотрено совершенствование оказания психиатрической помощи в медицинских ведомственных организациях, не только личному составу органов внутренних дел¹, но и иным лицам, обеспечение которых возложено на МВД России в соответствии с законодательством.

Профессиональная деятельность сотрудников органов внутренних дел связана с нередким пребыванием в экстремальных ситуациях, сопряженных с высоким психофизическим напряжением, что может быть причиной раннего развития заболеваний [24]. Психическое здоровье важная составная часть здоровья человека, физическое и психическое здоровье связаны самым тесным образом, и это важнейший элемент общественного здоровья, во многом определяющий экономическое и социальное благополучие нации [11]. Эффективная организация

¹ Далее – ОВД.

психопрофилактических мероприятий, направленных на раннюю диагностику психического неблагополучия у сотрудников ОВД, проведения им своевременных медико-психологических реабилитационных мероприятий выходит за рамки компетенции одних только психиатров и может быть действенной лишь с позиции комплексного подхода с привлечением специалистов в области медицинской психологии [19]. Важным направлением, способствующим улучшению диагностики психических нарушений у личного состава ОВД, является привлечение к проведению медицинских осмотров медицинских психологов, использование патопсихологических методик обследования, позволяющих выявлять донозологические и клинически сформировавшиеся непсихотические психические расстройства, которые наиболее часто приводят к формированию анисоциального и суицидального поведения [45].

В последние годы увеличивается количество лиц экстремальных профессий, нуждающихся в медико-психоневрологической помощи. Необходимо оценивать состояние здоровья у лиц, несущих службу в экстремальных условиях, не только с точки зрения своевременной диагностики заболеваний, но и с позиций более раннего определения формирующейся патологии в рамках существующей нормативно-правовой базы Минздрава России [3].

С учетом того, что в существующей системе профессионального отбора МВД России недостаточно разработаны вопросы, касающиеся выявления лиц с риском формирования психических и поведенческих расстройств¹ и нарушений поведения, необходимо улучшить качество медико-психологического сопровождения и совершенствовать существующие подходы к организации психодиагностических мероприятий, в том числе в рамках проведения ежегодной диспансеризации сотрудников ОВД.

На сегодняшний день в центрах психофизиологической диагностики² имеются должности медицинских психологов, но, к сожалению, приходится констатировать тот факт, что длительное время работа специалистов предусматривала проведение социально-психологических обследований с применением стандартизированных и унифицированных экспериментально-психологических методик. С учетом разделения функций медицинской и кадровой служб МВД России по проведению обследований всем подлежащим контингентам, социальное изучение и психологическое тестирование в настоящее время не входит в основные задачи ЦПД.

В целях повышения эффективности работы по сохранению и укреплению психического здоровья сотрудников целесообразно реформировать

¹ Далее – ППР.

² Далее – ЦПД.

систему оказания психиатрической помощи путем концентрации специалистов психиатрического профиля в едином структурном подразделении медико-санитарной части¹ – центре психического здоровья², создаваемом на базе центра психофизиологической диагностики³. В Концепции развития психиатрической службы МВД России предусмотрен исключительно индивидуальный подход к каждому пациенту, ориентированный на выявление донозологических состояний и нарушений психического здоровья, а патопсихологическое исследование является одним из ключевых диагностических инструментов, дифференцирующих нарушения в психической деятельности лиц, подлежащих медицинскому обслуживанию в МСЧ МВД России.

Целесообразно рассмотреть вопрос об определении категорий лиц из прикрепленного на медицинское обслуживание к МСЧ МВД России, нуждающихся в проведении патопсихологического обследования психологами ЦПЗ:

1. Категории сотрудников ОВД, нуждающихся в проведении патопсихологического обследования:

- состоящие на диспансерном учете у врача-невролога в связи с перенесенными травмами головного мозга и сосудистыми заболеваниями головного мозга;
- состоящие на диспансерном учете у врача-терапевта в связи с выраженной патологией системы кровообращения;
- длительно и часто болеющие;
- обращавшиеся за получением помощи к врачам психиатрам, психотерапевтам в связи с наличием пограничных психических расстройств (в том числе донозологические нарушения);
- лица с подозрением на наличие признаков пагубного употребления алкоголя;
- имеющие факт установленного однократного употребления поверхностно-активных веществ (ПАВ) без назначения врача за последние 5 лет;
- лица, у которых при клиническом обследовании при проведении ежегодной диспансеризации выявляются клинические признаки психических нарушений;
- по направлению участковых терапевтов, врачей узких специальностей поликлиники и госпиталя МСЧ.

¹ Далее - МСЧ.

² Далее – ЦПЗ.

³ Далее – ЦПД.

Категории пенсионеров ОВД, нуждающихся в проведении патопсихологического обследования (в настоящее время оказание медицинской помощи пенсионерам ОВД регламентировано приказом МВД России от 8.11.2006 № 895 [4]). В положении определен порядок прикрепления на медицинское обслуживание пенсионеров ОВД, согласно которому подлежат медицинскому обслуживанию лица, уволенные со службы, с правом на пенсию и имеющие выслугу 20 лет и более по возрасту, болезни, сокращению штатов или по ограниченному состоянию здоровья в звании майора милиции (полиции), майора внутренней службы и выше со стажем службы в органах внутренних дел 20 лет и более (в том числе и в льготном исчислении):

- уволенные на пенсию по выслуге лет, признанных негодными к дальнейшему прохождению службы в связи с наличием психических расстройств;
- уволенные на пенсию по выслуге лет, признанные негодными к дальнейшей службе в связи с последствиями черепно-мозговых травм, и признанные инвалидами по общему заболеванию;
- уволенные на пенсию по выслуге лет с ППР, психосоматическими заболеваниями и без ограничения годности к дальнейшей службе;
- уволенные на пенсию по выслуге лет, имеющие органические нарушения головного мозга, не ограничивающие степень годности к дальнейшей службе.

2. Иные лица, имеющие право на медицинское обслуживание в МСЧ МВД России, нуждающихся в проведении патопсихологического обследования:

- члены семей сотрудников с пограничными психическими расстройствами;
- члены семей погибших сотрудников с пограничными психическими расстройствами.

1. Патопсихология: предмет, научные основы, актуальные проблемы

Предметом исследования патопсихологии является то звено в структуре симптомообразования, которое предшествует психопатологическим образованиям в патогенезе болезни. Патопсихология изучает психические расстройства методами психологии, она исследует психологическую структуру проявлений психической патологии.

Патопсихология относится к числу интенсивно и плодотворно развивающихся областей психологии. Основатель отечественной патопсихологии – Б.В. Зейгарник - ученица К. Левина, всемирно известного немецкого психолога. Ею были разработаны теоретические основы патопсихологии, описаны расстройства психических процессов, сформулированы принципы работы патопсихолога [18, 37].

Клиническая психопатология исследует, выявляет, описывает и систематизирует проявления нарушенных психических функций, патопсихология же вскрывает психологическими методами характер протекания и особенности структуры психических процессов, приводящих к наблюдаемым в клинике расстройствам. Хотя патопсихология получила большее применение в психиатрической клинике, в настоящее время ее методические приемы используются не только в психиатрии. Учет сдвигов в психическом состоянии больного, изменения его работоспособности, его личностных особенностей становятся необходимыми в терапевтических, хирургических клиниках и других областях медицины [38].

Знания по патопсихологии являются важными для психологов любых специальностей и специализаций, так как профессиональное общение психолога с людьми не исключает встречи с психически больным человеком. В этом плане следует подчеркнуть, что на границе между психологией и патопсихологией лежит такая актуальная для социальной практики и в особенности ряда ее областей проблема, как вопрос о норме, то есть нормальном психическом развитии. В патопсихологии в определении нормы и психического здоровья обычно придерживаются положения Всемирной организации здравоохранения, под нормой понимают «... не только отсутствие болезней, но состояние физического, социального и психического благополучия» [11].

Пределы компетенции психолога заметно расширяются при постановке функционального диагноза. Если для дифференциальной диагностики он представляет лишь дополнительную диагностическую информацию, то личностный и социальный аспекты функционального диагноза формулируются им самим. Психолог играет также весомую роль и при

определении клинико-психопатологического аспекта функционального диагноза, поскольку этот аспект основывается во многом на изучении структуры психических и психосоматических расстройств, в оценке которой значимое место принадлежит патопсихологическому исследованию.

Психопатологические (клинические) синдромы по своим особенностям существенно отличаются от патопсихологических. Различие обусловлено различными уровнями функционирования центральной нервной системы. Лурия А.Р. выделяет следующие уровни [30]:

- ✓ патобиологический, характеризующийся нарушениями морфологической структуры тканей мозга, протекания в них биохимических процессов и т. п.;
- ✓ физиологический, заключающийся в изменении течения физиологических процессов;
- ✓ пато- и нейропсихологический, для которого характерно нарушение протекания психических процессов и связанных с ними свойств психики;
- ✓ психопатологический, проявляющийся клиническими синдромами и симптомами психической патологии.

Таблица 2

Отличия психопатологического и патопсихологического синдромов

Психопатологический синдром	Патопсихологический синдром
выявляет закономерности проявлений нарушенных психических процессов	диагностируют нарушенную структуру психических процессов, приводящих к болезни
констатирует наличие в клинической картине тех или иных симптомов или синдромов психической патологии и специфику их течения	раскрывает и анализирует компоненты мозговой деятельности, ее звенья и факторы, выпадение которых является причиной формирования наблюдаемой в клинике симптоматики
отражает опосредованное выражение сложившихся нарушений психической деятельности	отражает непосредственные, присущие этим нарушениям, причинно-следственные связи

Выделение патопсихологических синдромов позволяет медицинскому психологу выявить отклонения в состоянии психического здоровья у сотрудников ОВД и кандидатов на службу в ОВД. Важно дифференцировать особенности возникновения и течения состояний психического неблагополучия у осматриваемого контингента. Определение особенностей патопсихологических синдромов позволяет клиническим

специалистам диагностировать нозологическую структуру болезни. Параклинические психологические методики обследования в медицинской психологии для оценки особенностей функционирования структур центральной нервной системы обширны. Неотъемлемой составляющей деятельности клинического психолога является подбор экспериментально-психологических методик для определенных клинических нарушений психической деятельности с обоснованием необходимости их применения и правильной трактовкой полученных результатов [47].

Таблица 3

Патопсихологические синдромы
(В.М. Блейхер, И.В. Крук и С.Н. Боков [12])

Патопсихологический синдром	Нозологии
шизофренический	эндогенные заболевания
аффективно-эндогенный	биполярное аффективное расстройство, функциональные аффективные психозы позднего возраста
олигофренический	умственная отсталость
экзогенно-органический	экзогенно-органические поражения головного мозга, последствия черепно-мозговой травмы, химические зависимости, сосудистые нарушения
эндогенно-органический	эпилепсия, первичные атрофические процессы в головном мозге
личностно-аномальный	акцентуированные и психопатические личности, психогенные реакции
психогенно-психотический	реактивные психозы
психогенно-невротический	неврозы и невротические реакции

2. Патопсихология: цель, основные задачи

Цель: диагностика особенностей психической деятельности обследуемого лица для выявления особенностей и выраженности нарушений психических функций человека в сопоставлении с течением психических процессов в норме.

Задачи патопсихологического исследования:

1. Выявление нарушений в функционировании психических функций личности и патопсихологических симптомов и синдромов у обследуемых лиц.

2. Динамическое исследование отклонений в состоянии психического здоровья в процессе служебной деятельности, на фоне проводимого лечения и по завершению реабилитационных мероприятий.

Патопсихологи принимают участие:

- в комплексной экспертизе, в том числе при проведении психиатрического освидетельствования у сотрудников органов внутренних дел.

- проведении психотерапии и реабилитации сотрудников органов внутренних дел в качестве ко-терапевтов.

Компоненты патопсихологического исследования:

1. Анализ первичных клинических данных (по медицинским документам: амбулаторная карта, история болезни).

2. Беседа с пациентом (до и во время проведения экспериментального обследования).

3. Наблюдение за обследуемым лицом (до и во время проведения экспериментального обследования)

4. Экспериментально-психологическое обследование (определение структуры и характера нарушенных психических функций и сохраненных психических процессов с точной фиксацией полученных результатов обследования).

5. Сопоставление полученных данных.

6. Формулирование вывода о наличии/отсутствии патопсихологического синдрома (при его наличии – с указанием типа).

Системный и качественный анализ отклонений в функционировании психических процессов личности:

- Оценка восприятия пациентом инструкции.
- Скорость и качество усвоения предоставленной информации во время инструкции по проведению исследования.
- Анализ характера допущенных пациентом ошибок при выполнении заданий.

- Реакция обследуемого лица на оценки и замечания клинического психолога.
- Отношение пациента к ситуации обследования.
- Оценка реакции на свои ошибки.

Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. выделяют следующие **задачи, стоящие перед патопсихологией [12]:**

- *Получение данных для диагностики.* Патопсихологические данные носят вспомогательный характер и их ценность обнаруживается при сопоставлении с результатами клинического наблюдения и в ряде случаев с результатами других лабораторных исследований (например, электроэнцефалографии). Очевидно, что патопсихолог не может ставить перед собой задачу нозологической диагностики в каждом отдельном случае в связи с получаемыми им данными психологического исследования. Нозологический диагноз - это задача клинициста-психиатра, который для решения ее как раз и должен правильно оценивать результаты патопсихологического исследования. В последнем существенную помощь ему призваны оказать используемые в патопсихологических заключениях категории патопсихологических регистр-синдромов. Патопсихологическое исследование зачастую способствует раннему выявлению симптомов психических нарушений и установлению их своеобразия.

- *Исследование динамики психических нарушений в связи с проводимой терапией - оценка эффективности проведения лечебного процесса.* Многократно проводимые в процессе лечения патопсихологические исследования могут быть объективным показателем влияния проводимой терапии и реабилитации. Они характеризуют структуру и особенности наступающих ремиссий и психического дефекта (если речь идет о процессуальных заболеваниях), что имеет известное прогностическое значение и способствует выбору правильной тактики дальнейшего проведения лечебного процесса.

- *Участие в экспертной работе.* Основной задачей практической патопсихологии в случае проведения *экспертизы в рамках ВВК* является получение соответствующего патопсихологического обоснования клинического диагноза с обращением особого внимания на степень выраженности имеющихся клинических проявлений (определение глубины поражения определенных составляющих психической деятельности).

При проведении *экспертизы* медицинскому психологу важно:

- обнаружить признаки заболевания;
- определить глубину нарушений (как далеко зашло в своем формировании имеющееся психическое расстройство);

– определить сохранные психические функции, которые могли бы быть использованы для стимулирования механизмов выздоровления или компенсации расстройства;

– установить данные, облегчающие решение клинических диагностических вопросов;

– установить степень выраженности психических нарушений.

При увольнении на пенсию освидетельствование сотрудников ОВД, страдающих психическими расстройствами, проводится после обследования в амбулаторных или стационарных условиях в специализированной медицинской организации (специализированном отделении медицинской организации), на основании статей 14-20 расписания болезней (приказ МВД России от 2.04.2018 № 190) [2]. Несмотря на относительно низкий удельный вес психических расстройств в структуре увольняемости со службы, среди заболеваний, приводящих к инвалидности, они занимают 5-е место. При этом компенсированные на момент увольнения ППР не являются основанием вынесения ограничения степени годности к службе, а часто вовсе не выносятся в свидетельство о болезни.

- *Участие в реабилитационной работе.* В настоящее время работе по реабилитации ОВД придается первостепенное значение, так как от правильно построенных лечебно-восстановительных и реабилитационных мероприятий зависит успешность служебной деятельности полицейских, их психическое и социальное благополучие.

Реабилитационная работа эффективна только при осуществлении индивидуального подхода к пациенту. Медицинский психолог, участвующий в реабилитационном процессе, должен, прежде всего, диагностировать актуальное состояние познавательной деятельности и эмоционально-личностной сферы пациента, выявив при этом как наиболее пораженные болезнью, так и наиболее сохранные индивидуальные особенности, чтобы в дальнейшем, основываясь на полученных данных, составить реально выполнимый план индивидуального реабилитационного процесса. Помимо этого медицинским психологом должен быть обязательно изучен социальный климат, окружающий пациента в разных сферах его жизни и деятельности, и прежде всего - особенности его взаимоотношений в семье, на службе и т.д. В соответствии с полученными интегративными данными строится соответствующая, психокоррекционная и психопрофилактическая работа, проводимая медицинским психологом в постоянном контакте с лечащими врачами.

- *Исследование недостаточно изученных психических заболеваний, а также структуры психических нарушений при некоторых недостаточно изученных неврологических и соматических заболеваниях.* В данных случаях патопсихологические исследования проводятся с научны-

ми целями. При такой постановке задачи подбираются большие группы больных со сходными клиническими проявлениями заболевания, что позволяет получить достоверные данные. Практическое значение этой задачи патопсихологии заключается в получении новых данных о механизмах развития заболеваний, преимущественном вовлечении в них тех или иных психологических образований, о возможных механизмах компенсации или адаптации к болезни. При научно-исследовательской направленности патопсихологических исследований важное значение приобретает соблюдение динамического принципа, т.е. учета динамики психопатологических образований в связи с течением болезни с последующим сопоставлением полученных патопсихологических феноменов с различными стадиями заболевания.

- *Участие в психотерапии.* В этих случаях роль патопсихологического исследования сводится к получению данных как для диагностики индивидуальных психологических особенностей пациента, так и для социально-психологической диагностики. Это позволяет определить оптимальный объем психотерапевтических вмешательств, выбрать их адекватные формы и место проведения.

Психологическое заключение отвечает на вопросы о том, какова структура дефекта познавательной деятельности у человека, какое отношение или реакция человека на ситуацию, как изменилась структура мотивов, интересов, потребностей в связи с этой ситуацией и как воспринимает и оценивает себя сам человек.

При проведении патопсихологического обследования человека, важно выделять степени нарушения функций психики:

Первая степень – незначительные нарушения, которые могут выражаться в небольшом объеме нарушенных функций, их кратковременности и обратимости. Такие нарушения носят эпизодический характер, ликвидируются при изменении ситуации, которая спровоцировала их возникновение, и не требуют специальных мер коррекции.

Вторая степень – умеренно выраженные, но более стойкие расстройства высших психических функций, нарушения динамики психической деятельности (тугоподвижность, инертность или патологическая лабильность психических процессов), стойкие эмоционально-волевые нарушения (эмоциональная ригидность, повышенная откликаемость на внешние раздражители), выраженные личностные изменения (особенности ценностных ориентаций), мотивационно-личностные нарушения, психический инфантилизм). Такие нарушения требуют специальной коррекции или компенсации и ограничивают реализацию различных категорий жизнедеятельности (по объему и степени сложности).

Третья степень - выраженные стойкие и необратимые расстройства высших психических функций, нарушения динамики психической дея-

тельности (структурные нарушения и снижение уровня мнестико-интеллектуальных процессов, выраженное снижение обучаемости, выраженная истощаемость, сопровождающаяся снижением качества работы), выраженные эмоционально-волевые нарушения, выраженные личностные изменения. Такие нарушения способствуют социальной дезадаптации, так как полностью не могут быть коррегируемы и компенсиремы.

Четвертая степень – значительно выраженные стойкие, необратимые нарушения высших психических функций, невозможность выполнения какой-либо целенаправленной деятельности, выраженные расстройства эмоционально-волевой сферы, полностью дезорганизующие деятельность или делающие невозможным включение больного в деятельность; личностный дефект, обусловленный некритичностью, неадекватной самооценкой, деформацией или несформированностью мотивационной сферы.

3. Типология нарушений психических процессов, свойств и состояний при разных видах патологии

В патопсихологии получили развитие представления о патопсихологических синдромах нарушений познавательной, мотивационно-волевой и личностной сферы при психических заболеваниях (Поляков, Кудрявцев, Блейхер и др.).

По мнению Н.К. Корсаковой, «клинико-психологический синдром» - это закономерно возникающее сочетание симптомов нарушения познавательных процессов или личности, в основе которого лежит вызванная болезненным процессом недостаточность объединяющего их звена в системно-структурном строении психики [25]. Клинико-психологический синдром автор рассматривает в рамках двух подходов - патопсихологического и нейропсихологического. В патопсихологии центральное место занимает поиск общего звена нарушения высших психических функций, лежащего в основе развития отдельных симптомов при реализации таких функций. Например, синдромообразующим радикалом при шизофрении может быть нарушение мотивации, следствием которого являются характерные для этого заболевания изменения (или особенности) мышления, восприятия, памяти и др. Клинико-психологический синдром не отличается от клинико-психопатологического, но имеет иное содержание. «Если клинические (психопатологические) исследования выявляют закономерности проявлений нарушенных психических процессов, то экспериментально-психологические исследования должны ответить на

вопрос: как нарушено течение (то есть структура) самих психических процессов» [22].

Из ряда психопатологических синдромов наибольшее значение в клинике имеют следующие:

- шизофренический, или диссоциативный симптомокомплекс (F20-F29) - складывается из таких личностно-мотивационных расстройств, как изменение структуры иерархии мотивов, нарушение целенаправленности мышления (резонерство, разноплановость и др.); эмоционально-волевых расстройств (уплощение и диссоциация эмоций, парабулии и др.), изменения самооценки и самосознания (аутизм, отчужденность и др.);

- психопатический (личностно-аномальный) симптомокомплекс (F60-F69) - складывается из эмоционально-волевых расстройств, изменения структуры иерархии мотивов, неадекватности уровня притязаний и самооценки, нарушений мышления кататимного типа, нарушений прогнозирования и опоры на прошлый опыт (в клинике - акцентуированные и психопатические личности и обусловленные в значительной мере аномальной почвой психогенные реакции) (F43);

- органические (экзо- и эндогенный) (F00-F09) симптомокомплексы складываются из симптомов снижения интеллекта, распада системы прежних знаний и опыта, нарушений памяти, внимания, операциональной стороны мышления; неустойчивости эмоций; снижения критических способностей (в клинике этому соответствуют экзогенно-органические поражения головного мозга - церебральный атеросклероз (I67.2); последствия черепно-мозговых травм (F06); токсикомании (F13-F19) и другие болезни, а также «эндогенно-органические» расстройства типа истинной эпилепсии (G40), первичных атрофических процессов в головном мозге (G31);

- олигофренический симптомокомплекс (F70-F79) - складывается из неспособности к обучению, формированию понятий, абстрагированию, дефицита общих сведений и знаний, примитивности и конкретности мышления, повышенной внушаемости и эмоциональных расстройств.

Патопсихологический синдром играет существенную роль в качестве звена в нозологической и функциональной диагностике.

Нозологическая специфичность патопсихологических регистр-синдромов существенно возрастает в связи с конкретной задачей, поставленной перед медицинским психологом. Так, разграничение экзогенно- и эндогенно-органических регистр-синдромов очень важно в дифференциальной диагностике истинной и травматической эпилепсии. Разграничение органического и олигофренического регистр-синдромов помогает уточнить природу и диагностику состояний, протекающих с интеллектуально-мнестической недостаточностью.

Введение патопсихологических регистр-синдромов в практику патопсихологических исследований обозначает, в сущности, рубеж диагностически информативных рекомендаций, заключающихся в данных проведенного медицинским психологом исследования, и способствует сближению позиций медицинского психолога и врача-клинициста.

4. Принципы построения патопсихологического эксперимента

Методы патопсихологического исследования в клинике. Диагностическое исследование состоит в том, что больному предлагается выполнить задание или ряд заданий, специально подобранных и имеющих прицельную направленность, а процесс и результаты их выполнения, рассматриваемые с учетом отношения испытуемого к исследованию, его реакций, комментариев, словесного отчета и т. п., используются для заключения о тех или иных характеристиках его психической деятельности.

Такое исследование служит инструментом более тонкого психопатологического анализа, способствующего обнаружению нарушений или уточнению их структуры. Оно позволяет также получить диагностически значимую информацию за счет экспериментальных данных, лежащих вне плоскости психопатологического анализа.

Наконец, оно должно дать представление о ненарушенных сторонах психической деятельности, свойствах личности и системе ее отношений.

Применяемые для этого методы можно разделить на стандартизированные и нестандарттизированные.

Нестандартизированные методы не унифицированы, отличаются «прицельностью», направленностью на определенные виды психической патологии и программируются индивидуально для конкретного испытуемого. Эти методы создаются для изучения конкретных нарушений психической деятельности и могут избирательно применяться для исследования тех или иных особенностей психических процессов в соответствии с поставленной диагностической задачей. Так, метод «формирования искусственных понятий» (Выготский) используется, например, для выявления отличительных особенностей понятийного мышления при различных психических заболеваниях, при шизофрении (F20-F29) и некоторых органических поражениях головного мозга (F00-F09). Метод «классификации предметов» Гольдштейна широко применяется для анализа различных нарушений процессов отвлечения и обобщения. В настоящее время клиническая психология располагает большим количеством таких методов. В нестандарттизированном варианте применяются многие методы исследования познавательных процессов (мышления, восприятия, памяти).

В частности, для исследования нарушений мышления пользуются методами: «классификация», «предметные картинки», «исключение предметов», «исключение понятий», наборами пословиц и др. Расстройства внимания и памяти исследуют с помощью корректурной пробы Анфимова-Бурдона, черно-красных цифровых таблиц Шульте-Горбова. Методы Крепелина, Эббингауза, набора слогов и слов применяют для исследования кратковременной памяти. Нестандартизированными также являются методы «незаконченных предложений», «попарных профилей», тематический апперцепционный тест (ТАТ) и другие для исследования личности.

Основным при таком подходе является принцип моделирования определенных ситуаций, в которых проявляются те или иные виды психической деятельности больного. Заключение патопсихолога строится не только и не столько на оценке конечного результата (эффекта) деятельности больного, сколько на содержательном анализе способов деятельности, особенностей самого процесса выполнения заданий. Это позволяет реализовать важный принцип психологического исследования: одновременное выявление и сопоставление нарушенных и сохранных сторон психической деятельности. При этом должны учитываться как поиски решения самим больным, так и его способность воспользоваться помощью экспериментатора. Задание предъявляется больному для выполнения в регламентированном или свободном режиме и при неопределенности результатов может тут же уточняться путем его видоизменения или введения дополнительных заданий. При таком исследовании ведущим является качественный анализ психической деятельности, основанный прежде всего на личном опыте патопсихолога, к квалификации которого предъявляются высокие требования. Совершенно необходима дифференциация подходов и форм предъявления заданий в зависимости от состояния больного, его интеллектуального и культурного уровня и отношения к исследованию.

О *стандартизированных методах* можно говорить в тех случаях, когда группы соответствующим образом подобранных и структурированных заданий предлагаются в одинаковой форме каждому испытуемому. Предоставляется возможность сопоставления способа и уровня выполнения задания испытуемым и другими лицами. Стандартизированные методы можно также определить как широко понимаемые тесты, причисляя к ним так называемые интеллектуальные тесты и различные методы исследования личности.

Тот или иной набор стандартизированных методов психологического исследования, как и при использовании нестандарттизированных методов, подбирается для каждого испытуемого с учетом поставленной диагностической задачи. Однако способ анализа результатов, полученных по каждому отдельному методу, существенно отличается и основывается в

случае применения стандартизированных методов, главным образом на количественной оценке, которая сопоставляется с оценками, полученными ранее на соответствующей выборке больных с патологией психики и на здоровых испытуемых. Стандартизированные методы, кроме унификации самих заданий, должны быть нормализованы, то есть иметь шкалу оценок (норм), созданную на основе эмпирического предварительного исследования; должны обладать вычисленной степенью устойчивости результатов (надежности) и с достаточной точностью оценивать состояние определенных характеристик психической деятельности (память, внимание и др.) - иметь необходимый коэффициент валидности.

Принципы индивидуализации в выборе методов при использовании стандартизированных их видов не могут применяться столь же гибко, как при нестандартизированных. Этому в известной мере препятствует жесткая запрограммированность таких методов как в отношении типа и последовательности предъявляемых заданий, так и в оценке полученных данных. С другой стороны, такая организация эксперимента заключает в себе и определенные преимущества, обеспечивая возможности сравнения результатов. Стандартизированные методы оказываются более адекватными для решения диагностических задач в условиях дефицита времени, при массовых обследованиях и при необходимости групповой оценки испытуемых. В связи с задачами клинической диагностики тесты должны всегда применяться в комплексе с другими методами. Это дает возможность использовать индивидуальный, клинический контроль, помимо контроля валидности на основе коэффициента, рассчитанного при создании теста. Следует с большей осторожностью относиться как к «нормам», так и к коэффициентам валидности, рассчитанным не на той популяции, к которой принадлежит испытуемый, что часто встречается при использовании зарубежных тестов без их надлежащей адаптации. Более того, хорошо известно, что и сами задания и нормы с течением времени теряют свою адекватность и нуждаются в периодической проверке.

Дифференцированное применение стандартизированных тестов и нестандартизированных методов психологической диагностики может быть эффективным. Это можно пояснить на примере использования так называемых *проективных методов*, как стандартизированных, так и нестандартизированных. Они основаны на предъявлении испытуемому малоструктурированного, перцептивно неоднозначного материала, который интерпретируется испытуемым в аспекте его предыдущего жизненного опыта и ожиданий, с точки зрения актуальной системы отношений, потребностей, ценностных ориентаций. Это позволяет психологу прийти к соответствующим заключениям об особенностях психики больного, его личности и значимых отношениях. В частности, порядок предъявления

заданий и анализа результатов по проективному методу составления испытуемым рассказов по заданным ключевым словам или по рисункам с неопределенным содержанием (по типу ТАТ) могут быть гибко индивидуализированными в зависимости от поставленной диагностической задачи.

Следует учитывать, что практически все нестандартизированные методы могут быть стандартизированы, а большинство субтестов, входящих в стандартизированные методы, можно использовать в нестандартизированном варианте для качественного анализа обнаруживаемых особенностей психической деятельности.

При выборе психологических методов необходимо учитывать следующее.

1. Если целью исследования является дифференциальная диагностика (в зависимости от предполагаемых заболеваний), определение глубины психического дефекта, изучение эффективности терапии, то выбор методов определяется особенностями предполагаемого нарушения. Для многократных исследований в ходе лечения избирают методы, располагающие значительным количеством равных по трудности вариантов заданий.

2. Важно принимать во внимание образование больного, его жизненный опыт, культуральные особенности. Например, не следует давать задания на объяснение пословиц в случае, если русский язык не является родным для испытуемого.

3. Следует учитывать особенности контакта с больным. Так, при обследовании больных с нарушением деятельности слухового анализатора используют задания, рассчитанные на зрительное восприятие.

В процессе исследования методы обычно применяют по возрастающей сложности. Исключение составляет обследование испытуемых, от которых ожидают проявлений псевдодеменции (F68.1), агравации или симуляции. В этих случаях более трудные задания иногда выполняются испытуемыми неверно.

Для проведения исследования патопсихолог должен располагать необходимым «арсеналом» методов с учетом всех рассмотренных выше требований.

Особое внимание необходимо при использовании оригинальных методов или модификаций уже известных. В этих случаях нужна их апробация на статистически достоверной группе обследуемых для подтверждения правильности предположения о направленности этого метода на изучение данной психической функции и надежности полученных результатов.

Зейгарник Б.В., учитывая всю сложность проведения патопсихологического эксперимента в клинике, отмечала, что этот эксперимент направлен не на исследование и измерение отдельных процессов, а на изучение человека, совершающего реальную деятельность, на качественный анализ различных форм распада психики, раскрытие механизмов нарушенной деятельности и возможности ее восстановления. При исследовании познавательных процессов экспериментальные приемы должны показать, как распадаются мыслительные операции больного, сформированные в процессе его жизнедеятельности, в какой форме искажается возможность пользования системой старых, образовавшихся в прежнем опыте связей. Всякий психический процесс обладает известной динамикой и направленностью, поэтому следует так построить экспериментальные исследования, чтобы они отражали сохранность или нарушение этих параметров. Результаты эксперимента должны дать не столько количественную, сколько качественную характеристику распада психики. Они должны быть надежны, статистическая обработка материала производится там, где поставленная задача этого требует и допускает, но количественный анализ не может заменить качественную характеристику экспериментальных данных [18].

Основным принципом построения патопсихологического эксперимента является принцип качественного анализа особенностей протекания психических процессов больного. Вассерман Л.И. отмечал, что важно не только то, какой трудности или какого объема задание больной осмыслил или выполнил, но и то, как он осмыслил, чем были обусловлены его ошибки и затруднения [13]. Анализ ошибок (именно анализ, а не только установление), возникающих у больных в процессе выполнения экспериментальных заданий, представляет наиболее показательный материал для оценки тех или иных особенностей психической деятельности больных. Психологу важно учитывать то, что построение экспериментально-психологического исследования в клинике отличается от обычного психологического эксперимента многообразием, большим количеством применяемых методов. Объясняется это тем, что процесс распада психики не происходит однослойно. Практически не бывает так, чтобы у одного больного нарушились только процессы синтеза и анализа, а у другого страдала бы исключительно целенаправленность личности. При выполнении любого экспериментального задания можно в известной мере судить о различных формах психических нарушений. Однако, несмотря на это, не каждый методический прием позволяет с одинаковой очевидностью, четкостью и достоверностью судить о той или иной форме или степени нарушения.

Вместе с тем патопсихологический эксперимент, выявив структуру измененных форм психической деятельности больного, должен также представить данные о ее сохранных сторонах. Это особенно важно при решении вопросов восстановления нарушенных функций.

5. Порядок проведения патопсихологического исследования

Психологическое исследование складывается из следующих этапов.

1. Изучение медицинских документов, беседа с врачом и конкретизация задачи исследования. Задачи перед патопсихологом ставятся врачом, который должен быть знаком с перечнем основных диагностических вопросов, требующих применения психологических методов. Формулируя задачу, врач сообщает психологу основные клинические данные о больном, существенные для проведения психологического исследования и анализа его результатов. Психолог, знакомясь с историей заболевания, особенностями психического состояния больного, вопросами, которые ставит врач, конкретизирует для себя задачу исследования, выбор методик и порядок их предъявления. Врач должен соответствующим образом объяснить больному цели психологического исследования и содействовать выработке у него положительной мотивации.

2. Проведение патопсихологического исследования. Достоверность результатов в значительной мере зависит от отношения к нему больного и во многом определяется умением психолога установить контакт с больным, найти правильный тон в общении с ним. Лишь после того, как психолог убедится, что необходимый контакт установлен, больной понял цель исследования, можно приступать к проведению эксперимента. Инструкция должна быть четкой и мотивированной. В ходе исследования следует наблюдать за поведением больного и учитывать его при интерпретации результатов.

Поведение во время эксперимента, даже то, как больной принимает задание или инструкцию, может свидетельствовать об его адекватности, уровне активности, эмоционально-волевых ресурсах. Особое внимание уделяется мотивации, смысловой значимости обследования для больного, его отношению и поведению в процессе исследования.

Сообщение врача и психолога о необходимости исследования принимается больным в соответствии с его личностными установками на болезнь. Рассмотрение не только актуализации отношений к эксперименту, но и определяющих их по-разному мотивированных отношений позволяют глубже понять целостную реакцию личности, ее отношение к себе и болезни. По словам С.Я. Рубинштейн, «чем сохраннее личность больного, тем отчетливей связь тех или иных жизненных интересов с его позицией во время исследования» [39].

**Характер поведения пациентов
при проведении патопсихологического обследования
(Н.К. Корсакова , Л.И. Московичюте [25])**

Характер поведения	Описание особенностей
активное	больные с интересом, желанием включаются в обследование, адекватно реагируют на успех и неудачи, охотно интересуются результатами исследования
настороженное	больные вовлекаются в процедуру обследования с оттенком неуверенности, страха, иронии, подозрительности, которые в процессе работы нивелируются; наряду с аккуратностью и исполнительностью отмечается диссоциация между субъективными переживаниями и внешним выразительным компонентом поведения
формально-ответственное	больные выполняют требуемые экспериментатором задания без личной заинтересованности: эмоциональная реакция на качество выполняемого задания отсутствует, результатами исследования не интересуются
пассивное	требуется коррекция и стимуляция больных, отсутствует или отмечается неустойчивая установка на обследование, необходима дополнительная поддержка, мотивация
негативное	больные отказываются от обследования
неадекватное	выполняют задания хаотично, не следуя инструкции

Длительность непрерывного патопсихологического исследования не должна превышать 2 часов, а при повышенной утомляемости больных, особенно пожилого и старческого возраста — 30-40 мин. Обычно в целом психологическое обследование требует в среднем 3,5-4 ч. Поэтому его приходится проводить в течение двух, а иногда трех-четырёх дней.

При повышенной истощаемости общее время обследования может быть сокращено за счет уменьшения числа предъявляемых методов. Так, время исследования интеллектуальной деятельности с помощью стандартизированного набора в ряде случаев может быть сокращено. Еще большие возможности для сокращения времени исследования предоставляют нестандартизированные методы.

Исследование должно проводиться в специально выделенном помещении, предпочтительно в первой половине дня. Психолог должен стремиться к поддержанию у испытуемого равномерного интереса к исследованию, обсуждать с ним его ход и общие результаты, давать необходимые разъяснения. О ходе обследования, особенно если оно затягивается, следует информировать врача.

3. Обработка и анализ данных психологического исследования.

При использовании большинства методов, как стандартизированных, так и нестандартных, вначале производят количественную обработку данных: число и процент правильных и ошибочных ответов в определенные промежутки времени при выполнении различных заданий, оценку написанных рассказов, выполненных рисунков, расшифровку записей. Только после такой предварительной подготовки психолог может приступить к качественному анализу результатов исследования, который предпринимается под углом зрения поставленных вопросов. При этом может оказаться необходимым продолжить эксперимент, изменить его последующий ход, включить дополнительные методы.

Количественная оценка данных, полученных стандартизированными методами, облегчается заранее заданными способами выставления оценок за выполнение отдельных заданий, применением специальных трафаретов для упрощения суммирования оценок при большом их числе, использованием таблиц-матриц для графического представления полученных данных и компьютерных программ. Дальнейший анализ носит преимущественно качественный характер. Следует при этом помнить, что количественные оценки, полученные при использовании как стандартизированных, так и нестандартных методов, являются вероятностными, то есть указывают лишь на большую вероятность наличия у больного снижения, например интеллекта или выраженной тревоги. При окончательном заключении психолог должен учитывать всю сумму разнообразных факторов, включая образование больного, его состояние во время исследования, отношение к исследованию.

4. Описание результатов, заключение по психологическому исследованию, пределы компетенции психолога. Заключение составляется по определенному плану, позволяющему последовательно изложить результаты исследования. Удобно для написания заключения использовать специальный бланк. Два его первых раздела — паспортную часть, содержащую краткие данные о больном и клинический диагноз, и задачу исследования, сформулированную при направлении больного, например уточнение предполагаемого диагноза невроза (F40-F48); определение степени и структуры психического снижения — заполняет врач. Изложение основных результатов исследования начинается с описания поведения больного во время исследования и его отношения к последнему.

Затем в сжатой форме приводят результаты исследования различных психических сфер испытуемого, причем выводы в каждом случае иллюстрируют конкретными примерами. Наряду с качественным анализом выполнения больным различных заданий приводят и количественные характеристики: число правильных и ошибочных решений, итоговые стати-

стические оценки, типы профилей, полученные при использовании стандартизированных методов. Описание полученных данных должно быть подчинено ответу на основной вопрос, поставленный перед психологическим исследованием. Другие данные приводят постольку, поскольку они содержат дополнительную диагностически значимую информацию, полученную психологом и выходящую за рамки первоначально поставленной задачи. В последнем разделе формируется заключение по патопсихологическому исследованию. Оно должно содержать конкретный ответ на поставленные вопросы: особенности личности, наличие характерных изменений мотивационной сферы, нарушения различных сторон мышления. Психолог констатирует, например, равномерное снижение внимания и памяти, преимущественно кратковременной, лабильность волевого усилия, утомляемость. Однако, приходя к заключению о наличии тех или иных расстройств познавательных процессов или личностно-мотивационной сферы, характерных для отдельных заболеваний, *психолог не вправе ставить диагноз, который относится к компетенции лечащего врача, основывающегося на учете всего комплекса данных* изучения анамнеза, объективного статуса больного, динамики болезни и результатов лабораторных исследований, включая данные психологического эксперимента.

Патопсихологическое исследование проводится в индивидуальном порядке. В качестве базовых нужно применять нестандартизированные методы диагностики, стандартизированные опросники используются при необходимости и в качестве вспомогательных. Методики применяются дифференцировано для достижения цели обследования, предположительной нозологической структуры заболевания и характера течения, важно использовать несколько методик отражающих состояние одной сферы психической деятельности.

Пределы компетенции психолога заметно расширяются при постановке функционального диагноза. Если для дифференциальной диагностики он представляет лишь дополнительную диагностическую информацию, то личностный и социальный аспекты функционального диагноза формулируются им самим. Психолог играет также весомую роль и при определении клинко-психопатологического аспекта функционального диагноза, поскольку этот аспект основывается во многом на изучении структуры нервно-психических расстройств, в оценке которой значимое место принадлежит патопсихологическому исследованию.

6. Патопсихологические изменения в когнитивной сфере личности

К когнитивной сфере личности относятся все психические функции, которые отражают рациональное познание (от лат. *cognitio* - знание, познание, изучение, осознание): интеллект, внимание, память, мышление, восприятие, понимание, принятие решений, действия и воздействия.

6.1. Патопсихология внимания

Внимание – это направленность психических процессов и сознания на определенный объект, имеющий для личности устойчивую или ситуативную значимость.

Концентрация внимания - интенсивность сосредоточения на объекте деятельности.

Избирательность внимания - степень помехоустойчивости какого-либо вида деятельности.

Гиперпрозексия - чрезмерная концентрация внимания, проявляющаяся рассеянностью, отвлекаемостью повышенной поглощенностью каким то раздражителем, при этом не замечаются иные основные внешние и внутренние стимулы.

Распределяемость внимания – одновременная равномерная концентрация на несколько важных фокусов.

Устойчивость внимания - продолжительность, с которой выделенные вниманием процессы могут сохранять свой доминирующий характер.

Переключаемость внимания - способность быстро выключиться из одних установок и включиться в другие в соответствии с изменившимися обстоятельствами.

Нарушения внимания являются неспецифичными признаками для различных видов психической патологии.

Нарушения внимания при психических расстройствах: сужение объема, уменьшение глубины, повышенная истощаемость, тугоподвижность, изменения направленности внимания, ослабление распределяемости внимания.

Сужение объема внимания - неспособность удерживать при произвольной целенаправленной деятельности большое количество представлений и свободно оперировать ими (встречается при астенических состояниях разного генеза).

Уменьшение глубины внимания - преобладание пассивного внимания над активным (наблюдается при астенических состояниях).

Повышенная истощаемость внимания - снижение способности к длительному сосредоточению из за повышенной утомляемости.

Тугоподвижность внимания - неспособность к быстрому и частому переключению внимания с одного вида деятельности на другие, инертностью установок, застреваемостью в беседе на какой-либо теме.

В структуре экзогенно-органического синдрома типичны нарушения концентрации и устойчивости внимания, повышенная истощаемость трудности в переключаемости внимания. Похожие расстройства внимания встречаются и при реактивных невротических состояниях. Нарушения внимания типичны для соматических заболеваний, сопровождающихся выраженным болевым синдромом и психосоматическими нарушениями с астеническим синдромом. Наиболее часто расстройства внимания отмечаются у больных с патологией центральной нервной системы, гипертонической болезнью и другими заболеваниями, сопровождающимися общемозговыми явлениями.

Таблица 5

Рекомендуемые методы диагностики при отдельных видах патопсихологии внимания

Патопсихология внимания	Методы диагностики
1	2
Объем внимания	определяется числом объектов, которые воспринимаются человеком одновременно в короткий промежуток времени. Показателями объема внимания является количество объектов, которые человек может воспроизвести после их предъявления, косвенный показатель – скорость работы с таблицей. Применяются: тест Мюнстерберга (буквенный), тест Торндайка (цифровой)
Устойчивость внимания	корректирующая проба, счет по Крепелину (утомляемость, умственная работоспособность), колебания внимания изучаются при помощи «двойных изображений», концентрация внимания – корректирующая проба (Бурдона Анфимова – упор на количество ошибок, сопротивляемость помехам), перепутанные линии (методика Рисса)
Распределение внимания	корректирующий тест с «двойной инструкцией», со слуховой и зрительной инструкциями одновременно; отыскивание недостающих чисел; алфавит-счет
Переключаемость внимания	сложение чисел с переключением (Крепелин), красно-черные таблицы (методика Горбова), цифровые таблицы (два вида цифр: одни отыскиваются по возрастанию, другие по уменьшению), методика Лебединского (называние пар слов, одушевленных и неодушевленных), чередование антонимов и синонимов

6.2. Патопсихология памяти

Память — психическая функция, обеспечивающая фиксацию, сохранение и воспроизведение впечатлений, дает возможность копировать информацию и пользоваться прежним опытом.

Запоминание – это процесс памяти, в результате которого происходит закрепление нового путем связывания его с приобретенным ранее (кратковременное, долговременное, произвольное, произвольное). Характеристики запоминания определяются мотивами, целями, способами деятельности.

Воспроизведение – актуализация закрепленных ранее событий (узнавание, воспроизведение, припоминание).

Воспоминание – воспроизведение образов из прошлого опыта.

Забывание – утрата следов прежних воздействий и возможности их воспроизведения.

Долговременная память способна хранить информацию в течение длительного срока, ее функциональные возможности связаны с особенностями мышления человека и его волевой сферой.

Оперативная память сохраняет информацию в течение срока, который необходим для выполнения заданного действия (длительность от нескольких секунд до нескольких дней).

Кратковременная память сохраняет воспринятую из внешних источников информацию за короткий промежуток времени (около 20 с.). Объем кратковременной памяти это примерно 5-9 единиц информации, диагностируется по количеству воспроизведенной информации, при точном воспроизведении после однократного предъявления. Особенность кратковременной памяти – избирательность, соответствующая актуальным потребностям обследуемого лица.

Основные типы нарушений процессов памяти: расстройства непосредственной памяти, нарушение динамики запоминания, нарушение опосредованного запоминания, нарушение мотивационного компонента мнестической деятельности.

Гипомнезия - ослабление памяти, неравномерное нарушение различных функций памяти, в первую очередь сохранения и воспроизведения информации.

Гипермнезия - патологическое обострение памяти, проявляющееся чрезмерным обилием воспоминаний, которые носят яркий чувственно-образный характер, всплывают с необычайной легкостью и охватывают как события в целом, так и мельчайшие его подробности (гипоманиакальные состояния, начальные стадии алкогольного опьянения).

Амнезия - провал в памяти, выпадение из памяти событий какого-то времени или определенных событий.

Таблица 6

Виды амнезии

Вид амнезии	Характеристики	При какой патологии встречается
Фиксационная амнезия	Утрата способности запоминать и воспроизводить новые сведения ослаблена или отсутствует память на текущие, недавние события при сохранении ее на приобретенные в прошлом знания	Корсаковский синдром, черепно-мозговые травмы, атеросклеротические процессы, интоксикации
Прогрессирующая амнезия	Постепенно нарастающее опустошение памяти	Атрофические процессы при органических поражениях головного мозга
Ретроградная амнезия	Выпадение памяти на события, предшествовавшие состоянию измененного сознания	Органическое поражение головного мозга, гипоксии (например, самоповешение)
Антероградная амнезия	Утрата воспоминаний о событиях, непосредственно следующих за окончанием бессознательного состояния	Органическое поражение головного мозга
Алкогольная амнезия	Выпадение памяти на события, приуроченные к опьянению больных алкоголизмом	Токсические поражения головного мозга
Агнозия	Нарушение узнавания предметов	Органическое поражение головного мозга
Аффектогенная амнезия	Утрата воспоминаний о событиях, происшедших во время бурной эмоциональной реакции	Выявляется по выходе из состояния патологического аффекта, обусловлена сужением сознания

Основные процессы и виды памяти, рекомендуемые методики

Виды памяти	Рекомендуемые методики
Объем кратковременной памяти	Тест зрительной и слуховой памяти Мейли, определение объема кратковременной памяти (метод Джекобса)
Оперативная память	Запоминание 10 рядов из 4 чисел, счет
Непроизвольное запоминание	Методика Зинченко с определением продуктивности непроизвольного запоминания; методика Зинченко на продуктивность произвольного и непроизвольного запоминания
Сравнение объема непосредственного и опосредованного запоминания	Пробы на запоминание (с повторениями): искусственных бессмысловых звукосочетаний; «10 слов»; динамика процесса заучивания – проба 25 слов
Ассоциативная память (опосредованное запоминание)	Методика «Пиктограмма»; шкала памяти Векслера; методика опосредованного запоминания Леонтьева, тест зрительной ретенции Бентона, воспроизведение рассказов
Исследование факторов, влияющих на память	Изучение эмоциональной значимости стимулов, от смысловой организации материала; зависимость запоминания от установки личности
Зрительная память	Запоминание изображений

6.3. Патопсихология мышления

Мышление – процесс опосредованного и обобщенного отражения, установления существующих связей и отношений между предметами и явлениями действительности.

Характеристика основных функций мышления

Функции	Характеристика
1	2
Сравнение	установление сходства и различия между предметами и явлениями или их признаками
Анализ	разделение предметов и явлений на части или свойства, выделение отдельных признаков, свойств
Синтез	соединение частей, признаков, свойств в единое целое, мысленное соединение предметов, явлений, событий в системы

1	2
Абстрагирование	выделение одних признаков и отвлечение от других
Обобщение	объединение предметов или явлений на основе выделения при сравнении общих и существенных для них свойств и признаков
Систематизация	разъединение и последующее объединение предметов, явлений, событий в группы и подгруппы по определенным признакам
Конкретизация	выделение из общего того или иного частного конкретного свойства и признака.

Наглядно-действенное мышление реализуется преимущественно во внешних действиях, а не в словесных формах, которые вплетаются в него лишь в качестве отдельных элементов. Наглядно-действенное мышление, как правило, приковано к конкретной ситуации и в значительной степени опирается на деятельность первой сигнальной системы, хотя его связь со второй сигнальной системой несомненна. Однако ее сигналы - слова - здесь лишь констатируют, а не планируют. Наглядно-действенное мышление, представляя собой и филогенетически, и онтогенетически начальный этап логического мышления, предполагает дальнейшее развитие и переход к мышлению образному.

Конкретно-образное мышление - это «мышление через представление». План решения мыслительной задачи выработан заранее, известно, как приступить к работе, что делать в дальнейшем. Образное мышление имеет непосредственную связь с речью, причем ее грамматические формы выполняют планирующую роль.

Абстрактно-логическое мышление оперирует с понятиями, суждениями, символическими и иными отвлеченными категориями. Абстрактно-логическое мышление является наиболее глубоким и эффективным, но предполагает наличие достаточных знаний и навыков. Абстрактно-логическое мышление свойственно взрослому человеку.

Успешные результаты нашей практической деятельности возможны лишь при участии всех трех видов мышления и при условии достаточно развитых практических навыков. Все это находит свое конкретное выражение в различных соотношениях ощущений, восприятий, представлений, понятий и слов, внешних и внутренних действий, имеющих место в ходе решения поставленной задачи.

Нарушения мышления являются одним из наиболее часто встречающихся симптомов при психических заболеваниях. Клинические варианты расстройств мышления чрезвычайно многообразны. Некоторые из них считаются типичными для той или другой формы болезни. При установлении диагноза заболевания психиатр часто руководствуется наличием того или другого вида нарушений мышления.

Психология мышления — одна из самых разработанных областей психологической науки, она являлась всегда центральной проблемой и именно в этой области психологии яснее всего обнаруживаются различия исходных теоретических позиций исследователей.



Рис. 1. Виды патологии мышления

Особенности мышления каждого отдельного больного далеко не всегда могут быть квалифицированы в пределах одного вида нарушений мышления. Нередко в структуре патологически измененного мышления больных наблюдаются более или менее сложные сочетания разных видов нарушений. Так, например, нарушение процесса обобщения в одних случаях сочетается с нарушением целенаправленности мышления, в других — с различными подвидами нарушений его динамики.

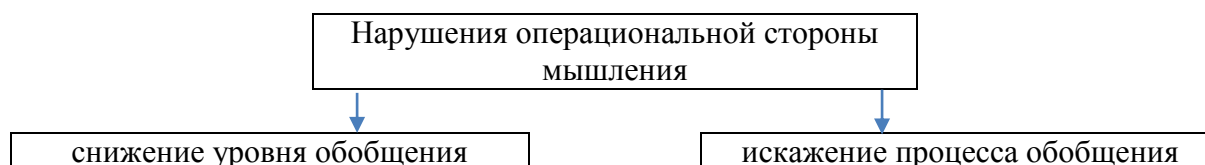
Таблица 9

Виды нарушений мышления в патопсихологии

Нарушения	Характеристика нарушений
Операциональной функции	снижение уровня обобщения, искажение процесса обобщения
Динамики	непоследовательность суждений, лабильность, отвлекаемость, инертность
Личностного компонента мышления	разноплановость, резонерство, нарушение критичности

Нарушение операционной стороны мышления

При некоторых формах патологии психической деятельности у больных теряется возможность использовать систему операций обобщения и отвлечения.



Снижение уровня обобщения состоит в том, что в суждениях больных доминируют непосредственные представления о предметах и явлениях; оперирование общими признаками заменяется установлением глубоко конкретных связей между предметами. При выполнении экспериментального задания подобные больные не в состоянии из всевозможных признаков отобрать те, которые наиболее полно раскрывают понятие. Так, например, в опыте по методу классификации один из подобных больных отказывается объединить в одну группу кошку с собакой, «потому что они враждуют»; другой больной не объединяет лису и жука, потому что «лиса живет в лесу, а жук летает». Частные признаки «живет в лесу», «летает» больше определяют суждения больного, чем общий признак «животные».

Возможность оперирования обобщенными признаками характеризует мышление как деятельность аналитико-синтетическую. Поэтому нарушения типа конкретно-ситуационных сочетаний больше всего обнаруживались при выполнении основных заданий (классификация предметов, объяснение пословиц и т.д.), в которых эта умственная операция четко выступает.

Искажение процесса обобщения является как бы антиподом только что описанного.

Если суждения описанных выше больных не выходят за пределы частных, единичных связей, то у больных, о которых идет речь, «отлет» от конкретных связей выражен в чрезвычайно утрированной форме. Больные в своих суждениях отражают лишь случайную сторону явлений, существенные же отношения между предметами мало принимаются во внимание, предметное содержание вещей и явлений часто не учитывается. Так, выполняя задание на классификацию предметов, они руководствуются чрезмерно общими признаками, неадекватными реальным отношениям между предметами. Например, больной М. объединяет вилку, стол и лопату по принципу «твердости»; гриб, лошадь и карандаш он относит в одну группу по «принципу связи органического с неорганическим».

Нарушение личностного компонента мышления

В клинике психических заболеваний наблюдаются нарушения мышления, обусловленные нарушениями личности.

К ним относятся: разноплановость мышления, нарушение критичности и саморегуляции.

Разноплановость мышления - суждения больных о каком-нибудь явлении протекают в разных плоскостях. Больные могут правильно усваивать инструкцию. Они могут обобщить предлагаемый им материал; актуализируемые ими знания о предметах могут быть адекватными; они сравнивают объекты на основании существенных, упрощенных в прошлом опыте свойств предметов. Вместе с тем больные не выполняют задания в требуемом направлении: их суждения протекают в разных руслах.

Резонерство - это расстройство мышления определяется клиницистами как «склонность к бесплодному мудрствованию», как тенденция к непродуктивным многоречивым рассуждениям.

Нарушение динамики мыслительной деятельности

Лабильность мышления. Характерная особенность этого нарушения заключается в неустойчивости способа выполнения задания. Уровень обобщения, операции сравнения, переноса остаются сохранными, адекватный характер суждений больных не устойчивый.

Остановимся несколько подробнее на способах действия этих больных при выполнении ими задания «классификация предметов».

Больные легко усваивают инструкцию, применяют способ, адекватный условиям решения, начинают раскладывать карточки по обобщенному признаку, но, спустя некоторое время, оставляют правильный путь решения. Достигая в отдельных случаях высокий уровень обобщения, больные эпизодически сбиваются на путь неправильных, случайных сочетаний. Эти колебания носят различный характер.

Нарушение динамики мышления, выразившееся в чередовании адекватных и неадекватных решений, не приводило к грубым нарушениям строения мышления. Оно лишь на какой-то отрезок времени искажало правильный ход суждений больных, и, являлось, очевидно, нарушением умственной работоспособности больных. В некоторых же случаях нарушение динамики мышления носило более стойкий характер, изменяло само строение мышления. Лабильность мышления наблюдается у больных маниакально-депрессивным психозом в маниакальной фазе болезни.

Инертность мышления. Антиподом описанного нарушения является тип нарушений мыслительного процесса, в основе которого лежит инертность связей прошлого опыта. В этих случаях больные не могут менять избранного способа своей работы, изменять ход своих суждений, переключаться с одного вида деятельности на другой.

Подобные нарушения часто встречаются у больных эпилепсией, иногда у больных с отдаленными последствиями тяжелых травм головного мозга, при некоторых формах умственной отсталости.

Такие больные иногда в состоянии работать, но делают это с частыми срывами, теряют прежнюю квалификацию и выполняют работу, не требующую приобретения и использования новых знаний. В психоневрологическую больницу они поступают в связи с декомпенсацией состояния. В историях болезни отмечается, что больные принимают участие в трудовых процессах, читают газеты, проявляют часто интерес к жизни отделения; вместе с тем качество их умственной продукции невысоко, темп работы замедлен.

Экспериментально-психологическое исследование обнаруживает замедленность, тугоподвижность их интеллектуальных процессов. Даже в тех случаях, когда они могут обобщить материал (выделить основной признак в опыте на классификацию предметов, понять условность инструкции), они допускают ошибочные решения, если им необходимо переключиться на новый способ решения задачи. Изменение условий затрудняет их работу.

Навязчивые идеи – это возникающие спонтанно патологические идеи, носящие навязчивый характер, к которым всегда имеется критическое отношение. Пациенты стараются от них избавиться.

Сверхценные идеи основаны на реальных событиях, аффективно заряжены, могут быть скорректированы при хорошей психотерапевтической работе.

Бредовые идеи – это ошибочные идеи в суждениях больного, захватившие его и не поддающиеся коррекции, убежденность, отсутствие критики, невозможность коррекции.

Таблица 10

Методики для исследования уровня и течения мыслительных процессов

Методики	Цель применения
1	2
Классификация предметов	для исследования процессов обобщения и абстрагирования; для анализа последовательности умозаключений, критичности, личностных реакций
Исключение предметов	для исследования анализа и синтеза, умения строить обобщения
Методика Выготского-Сахарова	исследование способности самостоятельно формировать понятие
Выделение существенных признаков	проверка логичности суждений, направленности и устойчивости способа рассуждения при решении однотипных задач

1	2
Простые и сложные аналогии	установление логических связей и отношений между понятиями, умение устойчиво сохранять заданный способ рассуждений
Определение и сравнение понятий	для изучения операций анализа и синтеза
Толкование пословиц, метафор и фраз	понимание переносного смысла, умения вычленять главную мысль во фразе конкретного содержания, дифференцированность целенаправленность суждений
Методика Эббингауза – заполнение пропущенных в тексте слов	для выявления уровня развития речи, продуктивности ассоциаций, критичности больных
Понимание рассказов. Объяснение сюжетных картин	оценка умения выделять существенное, анализа речи, эмоционального фона
Бидструб, Блейхер – установление последовательности событий	оценка умения понимать связь событий, строить последовательные умозаключения
Исследование ассоциаций	называние 60 слов; ответные ассоциации
Метод пиктограмм (Лурия)	выявление нюансов опосредованного запоминания; оценка продуктивности памяти; определение характера мыслительной деятельности; изучение уровня развития образного мышления

6.4. Патопсихология интеллекта

Интеллект – (от лат. intellectus — разумение, понимание, постижение) уровень способности пользоваться мыслительными операциями.

Интеллект – умственная способность, которая включает возможность делать заключения, планировать, решать проблемы, абстрактно мыслить, понимать сложные идеи, быстро обучаться и учиться на основании опыта.



Рис. 2 Уровни структуры интеллекта

По мнению Д. Векслера, **интеллект** – это глобальная способность разумно действовать, рационально мыслить и хорошо справляется с жизненными обстоятельствами [51].

При проведении исследований в центрах психофизиологической диагностики целесообразно использование следующих методик:

- тест Векслера (WAIS - Wechsler Adult Intelligence Scale), разработанный Дэвидом Векслером в 1939 году, предназначенный для тестирования взрослых (от 16 до 64 лет), диагностирует общий интеллект и его составляющие - вербальный и невербальный интеллекты);

- шкала прогрессивных матриц, разработанная в 1936 году Джоном Равеном (совместно с Л. Пенроузом) , предназначена для диагностики уровня интеллектуального развития, оценивает способность к систематизированной, планомерной, методичной интеллектуальной деятельности;

- тест структуры интеллекта Амтхауэра, разработанный западно-германским психологом Р. Амтхауэром в 1953 году, для дифференциации кандидатов на различные виды обучения и деятельности в практике профессионального отбора. Данный тест (Amthauer Intelligens Structur Test, IST) предназначен для измерения уровня интеллектуального развития лиц в возрасте от 13 до 61 года.

Применение вышеперечисленных методик позволяет оптимизировать процессы профориентации и профотбора, взаимодействие руководителя с исполнителем в процессе служебной деятельности.

7. Патопсихология эмоциональной сферы

Эмоции - особый класс психических состояний, которые отражают непосредственное переживание и общее позитивное или негативное отношение человека к окружающему миру, людям и самому себе. Это переживание определяется соответствием свойств и качеств, имеющих у объектов и явлений реальности, специфическим потребностям и нуждам человека. Эмоции всегда выполняют функцию побуждения к активности, поэтому эмоциональную сферу личности иногда называют эмоционально-волевой.

Настроение - устойчивое эмоциональное состояние человека. В связи с тем обстоятельством, что потребностная сфера человека включает, помимо биологических, социальные потребности, эмоции, возникающие на основе относительно стабильных социальных и культурных потребностей, получили название чувств.



Рис. 3 Классификация эмоций

Расстройства эмоциональной сферы - болезненные переживания эмоциональных состояний. Основное нарушение заключается в изменении эмоционального состояния в сторону угнетения или подъема.

Аффект — сильное и короткое проявление эмоции, связанное с неожиданным и резким изменением жизненно важных обстоятельств.

Апатия - безучастность, равнодушие, безразличие к происходящему вокруг.

Гипотимия – это такое состояние, которое характеризуется снижением настроения, подавленностью, ощущением безысходности, что приводит к физическому ощущению упадка сил, хронической усталости, безынициативности, апатии.

Гипотимия (снижение настроения) – подавленность, опечаленность, тоскливость с переживанием потери, безысходности, разочарования, обреченности, ослаблением привязанности к жизни.

Гипертимия (повышение настроения) - приподнятость, веселое, праздничное, жизнерадостное настроение с приливом бодрости, инициативы, оптимизма, ничем не омрачаемого переживания счастья. Отрицательные эмоции отсутствуют или нестойки и мимолетны.

Эйфория («несу хорошее») — веселое настроение с повышенной смешливостью, беспечностью, безметежностью, радостью, переживанием счастья, отсутствием забот.

Дисфория («несу плохое, дурное») - мрачность, озлобленность, враждебность, угрюмое настроение с ворчливостью, брюзжанием, недовольством, неприязненным отношением к окружающим, вспышкам раздражения, гнева, ярости.

Нарушения динамики эмоций связаны с состояниями эмоциональной лабильности или ригидности. Основными расстройствами динамики эмоций являются биполярное аффективное расстройство и циклотимия.

Эмоциональная лабильность - быстрая и частая смена настроения.

Эмоциональная ригидность - замедление эмоциональной реакции, застревание на одной эмоции даже в отсутствие вызвавшего ее раздражителя.

Нарушения в эмоциональной сфере могут выступать как самостоятельные расстройства, как компонент других психических расстройств и как последствия состояний значительной фрустрации.

По содержанию эмоциональные состояния признаются патологическими, когда они не соответствуют обстоятельствам, при которых принято испытывать такие состояния. Например, различают содержательно специфичные (т. е. связанные с определенными обстоятельствами) и неспецифичные эмоции.

Примером служит различие тревоги как общего беспредметного смутного чувства напряжения и беспокойства и страха как эмоционального состояния, возникающего в присутствии или предвосхищении опасного или вредного стимула.

По частоте возникновения, интенсивности и устойчивости (продолжительности) эмоциональные состояния признаются патологическими, когда они не вписываются в принятые культурой временные рамки их допустимого проявления и мешают выполнению различных социальных функций и обязанностей. Расстройства обычно характеризуются чрезмерной частотой возникновения, излишней интенсивностью и значительной продолжительностью отрицательных эмоций при недостаточности положительных эмоциональных состояний.

На признание эмоций патологическими также влияет степень осознанности и реалистичности эмоциональных состояний. Например, тревога может возникать в результате осмысленного прогноза развития ситуации или спонтанно, без видимых причин. Тревога также может быть признана окружающими неоправданной, т. е. не соответствующей реально складывающейся ситуации.

Мотивация как движущая сила человеческого поведения занимает ведущее место в структуре личности. Она включает в себя все виды по-

буждения (потребности, интересы, стремления, влечения, идеалы). В более широком смысле мотивация - это детерминация поведения вообще.

У взрослого человека мотивация является многоуровневой системой, функционирующей на основе иерархических отношений. Для нее характерно доминирование высшего уровня регуляции над низшим, подавление стихийно возникающих импульсивных влечений.

Различают две функции мотивов - *побудительную и смыслообразующую*. Ослабление и искажение этих функций приводят к нарушениям деятельности. При ослаблении смыслообразующей функции мотива, он превращается в «только знаемый». При сужении круга смысловых образований, сохранной остается побудительная сила, что придает смысл меньшему кругу явлений, чем до заболевания. В результате многое из того, что раньше имело для больного личностный смысл, постепенно теряет его.

Неустойчивая внутренняя мотивация приводит к актуализации непосредственного ситуационного влияния. Это так называемая стратегия низшего типа, свойственная детям. Эмоциональное состояние и поведение определяют только что происшедшие или предстоящие вскоре события. Чем дальше события отстоят в прошлом или чем больше они отсрочены в будущем, тем меньше они влияют. Эта тенденция «жить сегодняшним днем», приносить более значимые, но отсроченные цели в жертву ближайшим является характерной чертой психологии алкоголиков.

Трудность вычленения значимых мотивационных факторов делает невозможным планирование долговременной деятельности. Возникающая под влиянием данной ситуации установка на какое-то действие в следующий момент стирается (вытесняется из сознания) другим фактором. Неустойчивость мотивационной сферы приводит к резкому возрастанию роли импульсных желаний. В этом плане человек с доминирующей алкогольной потребностью весьма похож на ребенка: его воля - это его желание, напоминающее аффект.

Импульсивные желания, минуя фазу анализа, непосредственно переходят в действие. Вероятно, значительным повышением их роли, неспособностью к подавлению можно объяснить отмечающуюся в клинической практике малую выносливость боли у алкоголиков, неспособность противостоять стрессу.

Изменение мотивов часто сопровождается различными психическими заболеваниями. Основные характеристики мотивов - опосредованность сознательной целью и иерархичность их построения (подчиненность одних мотивов другим). Иерархия мотивов является относительно устойчивой, что обеспечивает устойчивость всей личности. Один из мотивов является ведущим, именно он придает человеческому поведению определенный смысл. Без ведущего мотива содержание человеческой деятельности

лишается личностного смысла. Патология приводит к изменению мотивационной сферы человека, вызывая смену позиций, интересов, ценностей личности.

Таблица 11

Методики для изучения эмоциональной сферы

Методики	Цель применения
Вариант ТАТ (Киященко)	наличие и выраженность эмоционального отклика
Выбор ценностей	выявление степени общительности, контактности больного, т.е. его готовности раскрыть сферу своих стремлений, интересов и вкусов
Уровень притязаний (Хоппе)	изучение таких личностных особенностей, как: самолюбие, самооценка, уровень притязаний, а также адекватности или неадекватности его формирования в зависимости от успеха или неуспеха
Исследование самооценки (Дембо-Рубинштейн)	диагностика состояния самооценки: высота самооценки, устойчивость самооценки, степень реалистичности самооценки (при ее повышении), степень критичности, требовательности к себе (при понижении самооценки), степень удовлетворенности собой, уровень оптимизма, зрелость отношения к ценностям, характер компенсаторных механизмов, характер и содержание проблем и возможностей их компенсации
Методика Люшера	общий эмоциональный фон и актуальный уровень стресса, коэффициент энергичности (формула Шипоша)
Проективные	<p>Методики структурирования</p> <p>Тест с использованием «клякс» (Х. Зиверта)</p> <p>Тест Роршаха</p> <p>Тест Хольцмана</p> <p>Тест Цуллигера</p> <p>Методики интерпретации</p> <p>Рисованный апперцептивный тест (РАТ)</p> <p>Тест руки (Hand Test)</p> <p>Тест фрустрационных реакций Розенцвейга</p> <p>Тематический апперцептивный тест (ТАТ)</p> <p>Детский апперцептивный тест (САТ)</p> <p>Тест Сонди</p> <p>Рисунок семьи</p> <p>Методики экспрессии</p> <p>Психографический тест Либина</p> <p>Тест Фрилинга</p> <p>Цветовой тест отношений (ЦТО)</p> <p>Тест Люшера</p> <p>Рисунок несуществующего животного</p> <p>Проективный рисунок человека</p> <p>Дом-дерево-человек</p> <p>Методики дополнения</p>

	Метод незаконченных предложений (В.Г. Казачкова) Тест незаконченные предложения Сакса-Леви
Методы исследования тревоги и депрессии	определение уровня тревожности (методика Спилбергера-Ханина) / Психодиагностика-3 / 005 Диагностика состояний / Методика тревожности Спилбергера тест «Шкала реактивной и личностной тревожности» (опросник Спилбергера) Методика определения уровня тревожности - Сайт учителя истории Аюровой Татьяны Ивановны Методика определения уровня тревожности
Агрессия	Методика Басса – Дарки Методика «Агрессивное поведение» (Е.П. Ильин, П.А. Ковалев) Методика «Личностная агрессивность и конфликтность» Тест агрессивности (Опросник Л.Г. Почебут) Диагностика враждебности (по шкале Кука – Медлей) Тест «Самооценка психических состояний» (по Айзенку) Тест склонности к риску Тест фрустрационных реакций Розенцвейга

8. Патопсихология личностной сферы

Методологические основы патопсихологического эксперимента, направленного на исследование личности, заключаются в том, что эксперимент позволяет сформировать особую форму деятельности, в которую включены главные индикаторы деятельностного подхода к личности: мотивированность действий, их целенаправленность, возможность контроля, регуляция и критичность. Результаты патопсихологических исследований личности позволяют выделить следующие ее нарушения:

- нарушение опосредованности и иерархии мотивов;
- формирование патологических потребностей и мотивов;
- нарушение смыслообразования;
- нарушение подконтрольности поведения;
- формирование патологических черт личности.

Существует множество определений личности. В зависимости от того, какого определения личности придерживается психолог, будет строиться патопсихологический эксперимент, подбираться определенные тесты.

Нарушения личности - системные нарушения поведения, прежде всего социального, характерные для тех или иных психических заболеваний и локальных поражений головного мозга. При этом происходят: снижение уровня активности, исчезновение критичности, изменение направ-

ленности и динамики мотивации, нарушение самооценки. Как показывают исследования личностных расстройств, при различных заболеваниях особенно страдает мотивационная сфера: развиваются патологические потребности и мотивы, которые часто связаны с зависимостью от них; происходит перестройка системы мотивов; снижается уровень опосредованности мотивов, позволяющий в норме реализацию отсроченного поведения; нарушается соотношение побудительной и смыслообразующей функций мотивов.

Для исследования нарушений личности психологу необходимо четко представлять, что нужно исследовать в конкретном случае: мотивы, установки, интересы, ценности, конфликты, интерперсональные связи и т.д.

Зейгарник Б.В., описывая нарушения личности, акцентирует внимание на наиболее разработанных в отечественной психологии теоретических понятиях, основанных на деятельностном системном анализе. При этом деятельность исследуется через анализ изменения мотивов. Специально проведенные исследования деятельности больных с патологией психики выявили нарушение структуры иерархии мотивов. При различных психических заболеваниях отмечаются отклонения в формировании адекватного уровня притязаний в сравнении с нормой, формируются различные патологические потребности и мотивы, нарушается смыслообразование, возможность саморегуляции и опосредования поведения, критичность и спонтанность поведения.

Многие авторы рассматривают связь большинства болезней, их возникновение и течение с личностью больного [6, 12, 21, 23, 27]. Они выделяют распад, деградацию личности в результате органического поражения головного мозга; патологическое развитие личности (психопатии); патологические реакции и развитие в форме неврозов. Эндогенные заболевания (МДП и шизофрения) генетически детерминированы, однако особенности личности нередко являются одним из условий развития психоза. В динамике шизофрении, эпилепсии и органических заболеваний наступают изменения личности, характерные для данного заболевания.

Карвасарский Б.Д. выделяет следующие основные задачи исследования личности [21]:

1. Изучение роли личности в происхождении нервно-психических и соматических болезней.
2. Определение значения личностного фактора в патогенезе болезней и формировании клинических картин.
3. Выявление особенностей изменения личности при разных заболеваниях.
4. Разработка эффективных личностно ориентированных методов психопрофилактики, психотерапии и реабилитации.

Наиболее распространенные тесты для исследования личности

Метод исследования уровня притязаний	для исследования личностной сферы больных. Больному предлагают ряд задач, пронумерованных по степени сложности. Испытуемый сам выбирает посильную для себя задачу. Экспериментатор искусственно создает ситуации успеха-неуспеха для больного, при этом анализирует его реакцию в этих ситуациях
Метод Дембо-Рубинштейн	для исследования самооценки. Испытуемый на вертикальных отрезках, символизирующих здоровье, ум, характер, счастье, отмечает, как он оценивает себя по этим показателям. Затем отвечает на вопросы, раскрывающие его представление о содержании понятий «ум», «здоровье» и т.д.
Метод фрустрации Розенцвейга	исследуются характерные для личности реакции в стрессовых ситуациях, что позволяет сделать вывод о степени социальной адаптации
Метод незаконченных предложений	тест относится к группе вербальных проективных методов. Один из вариантов этого теста включает 60 незаконченных предложений, которые испытуемый должен закончить. Эти предложения могут быть разделены на 15 групп, в результате исследуются отношения испытуемого к родителям, лицам противоположного пола, начальству, подчиненным и т.д.
Тематический аперцептивный	тест состоит из 20 сюжетных картин. Испытуемый должен составить рассказ по каждой картине. Можно получить данные о восприятии, воображении, способности осмысливать содержание, об эмоциональной сфере, способности к вербализации, о психотравме и т.д.
Стандартизированный многофакторный метод исследования личности (ММРІ)	для исследования свойств личности, особенностей характера, физического и психического состояния испытуемого. Испытуемый должен отнестись положительно или отрицательно к содержанию предлагаемых в тесте утверждений
Патохарактерологический диагностический опросник	для диагностики психопатий и акцентуаций характера
Тест Люшера	позволяет измерить психофизиологическое состояние человека, его стрессоустойчивость, активность и коммуникативные способности, а также наиболее устойчивые черты личности

9. Особенности донозологических невротических состояний и патохарактерологических реакций у сотрудников экстремальных профессий

Донозологическими являются состояния, при которых возникает напряжение регуляторных систем с мобилизацией функциональных ресурсов организма, возникающие вследствие воздействия неблагоприятных факторов внешней среды [20]. При этом сохраняется уровень адаптации организма в покое, а способность адаптироваться к психическим нагрузкам снижена [15]. К донозологическим в психиатрии относят психические и поведенческие реакции, не отвечающие в полной мере диагностическим критериям психических и поведенческих расстройств, согласно международной классификации болезней 10 пересмотра [32].

Понятие «предболезнь» представляет собой дисфункциональное состояние, дезадаптацию расстройства, которое ещё не получило качественных характеристик болезни [16]. Преболезненное состояние (преморбидное состояние, предболезнь) - это функциональная дезадаптация, которая может трансформироваться в заболевание [48] или длительно протекать как стадия функциональной готовности организма к развитию определенного заболевания.

С позиций Ю.А. Александровского, переход от состояния здоровья к состоянию болезни происходит постепенно и является обратимым состоянием [7]. Одним из проявлений этой скрытой перестройки может быть возникновение нервно-психических расстройств, состояний выходящих за рамки нормы, но при которых невозможно диагностировать какое-либо из известных заболеваний ввиду отсутствия необходимых для этого всех клинических составляющих.

При донозологических невротических реакциях психопатологический синдром не сформирован, в его структуре определяются выраженные психовегетативные дисфункции, что указывает на неспецифичность этих расстройств. Сюда относятся невротические и патохарактерологические реакции, аффективно-шоковые расстройства и аддиктивное поведение.

Стрельникова Ю.Ю. определяла следующие типы адаптационных реакций у сотрудников ОМОН: конструктивно-адаптивные, неустойчиво-адаптивные, пограничные (донозологические) [43].

К пограничным вариантам донозологических состояний относятся акцентуации характера. Леонгард К. (1933) определял их как заостренные черты, которые проявляются при определенных обстоятельствах и являются крайней границей психической нормы. Данные состояния имеют свою

динамику развития в зависимости от внешнего воздействия и ресурсов личности. Личко А.Е. описал преходящие, транзиторные изменения акцентуаций характера в форме острых аффективных реакций [28]: интрапунитивные, экстрапунитивные, иммунитивные, демонстративные реакции.

У сотрудников силовых структур в условиях стресс-факторов экстремального характера происходит заострение имевшихся ранее особенностей характера с формированием акцентуаций, которые характеризуются полиморфностью, мозаичностью, нестойкостью и нечеткостью проявлений [49].

Акцентуации характера зачастую приводят к дисгармоничному существованию, нарушению норм культурной среды, антисоциальным поступкам [34].

При донозологических невротических реакциях психопатологический синдром не сформирован, в его структуре определяются выраженные психовегетативные дисфункции, что указывает на неспецифичность этих расстройств [45]. К ним относится патохарактерологическая симптоматика, транзиторные невротические реакции и различные формы аддикций.

Патохарактерологические реакции - это приобретенные психогенные динамические состояния, клинически проявляющиеся заострением патологических черт личности и нарушениями поведения. Им свойственны: кратковременность, аффективная насыщенность. Психопатологические проявления не имеют стабильного характера течения они фрагментарны, мало систематизированы и имеют транзиторный характер. Часто эпизодические дезадаптивные симптомы имеют четкую динамику и формируются при воздействии стрессовых событий в совокупности с исходными особенностями человека.

9.1. Акцентуации характера

Под воздействием кратковременных и (или) пролонгированных стрессоров правоохранительной деятельности, имевшиеся личностные особенности заостряются, что приводит к формированию выраженных *акцентуаций характера*, которые можно рассматривать в качестве ситуативно-динамических преморбидных форм психологической дезадаптации.

Акцентуация характера рассматривается как чрезмерное усиление отдельных черт характера, при котором наблюдаются не выходящие за пределы нормы отклонения в психологии и поведении человека, граничащие с патологией.

При воздействии стрессовых факторов профессиональной деятельности акцентуированные особенности могут как заостряться, так и иметь иную негативную динамику в рамках условной психической нормы.

Личко А.Е. описаны преходящие, транзиторные изменения акцентуаций характера в форме острых аффективных реакций [28].

1. *Интрапунитивные реакции* представляют собой разрядку напряжения в форме аутоагрессии – нанесение себе повреждений, покушение на самоубийство, причинение себе вреда разными способами. Наиболее часто этот вид реакций встречается при сенситивной и эпилептоидной типах акцентуаций.

2. *Экстрапунитивные реакции* - аффективные срывы в форме агрессии на окружающих – «вымещение злобы» на случайных лицах или попавших под руку предметах. Чаше встречаются при гипертимной, лабильной, эпилептоидной и комбатантной акцентуациях.

3. *Иммунитивная реакция* - бегство из сложной ситуации, без попытки решения возникшей проблемы. Встречается при неустойчивой и шизоидной акцентуациях.

4. *Демонстративные реакции* - демонстративно-шантажное поведение, в том числе возможны аутоагрессивные реакции. Характерны для истероидной акцентуации, но может встречаться и при эпилептоидной и лабильной.

При проведении плановых и внеплановых профилактических осмотров сотрудников органов внутренних дел следует тщательно отнестись к раннему выявлению состояний функциональной дезадаптации, так как они относятся к числу наиболее распространенных, а от сроков их выявления зависит эффективность мер по профилактике девиантных форм поведения, пограничных психических расстройств и психосоматических заболеваний.

Психологические особенности важно оценивать в динамике, сопоставляя данные исходного и текущего обследования и, при наличии негативной динамики, требуется углубленное патопсихологическое обследование исключения нарушений психического здоровья.

Для профилактики различных форм девиантного поведения у сотрудников органов внутренних дел необходимо после проведения динамического анализа личностных особенностей, разрабатывать индивидуальные программы психокоррекции. При выявлении риска возникновения транзиторных аффективных реакций у акцентуированной личности, требуется проведение лично-ориентированных психокоррекционных мероприятий.

Одним из ведущих факторов риска в формировании того или иного вида психологической дезадаптации являются исходные особенности личности. В связи с этим при проведении диагностических, психофизи-

лактических, лечебно-реабилитационных мероприятий целесообразно выделить:

- не выраженные акцентуации характера;
- выраженные акцентуации характера без признаков негативной динамики;
- транзиторные изменения в форме аффективных реакций у личностей с выраженной акцентуацией характера.

Для применения в диагностической практике приводим краткое описание личностных акцентуаций по А.Е. Личко [28] и их влияние на формирование пограничных психических расстройств.

Гипертимный тип акцентуации характера проявляется в устойчивом повышенном настроении, высоком жизненном тоне, избыточной и неукротимой активности, стремлении к общению, многообразию инициатив и начинаний, которые преимущественно носят незавершенный характер. Для людей с гипертимной акцентуацией характера свойственна непереносимость любого однообразия – в обстановке, в труде, в организации жизнедеятельности, в общении, они часто меняют свои интересы и увлечения, склонны к рискованным мероприятиям. Их хорошее настроение, энергичность, активная жизненная позиция и общительность практически не зависят от внешних обстоятельств и окружающей обстановки. Они характеризуются особенностями интрапсихической переработки травматических событий, отсутствием фиксации на негативных переживаниях, что является благоприятным фактором, предупреждающим развитие пограничных психических нарушений при воздействии стресс-факторов правоохранительной службы.

При *циклоидном* типе акцентуации характера отмечается наличие двух фаз - гипертимности и субдепрессии, т.е. чередование повышенного настроения и подавленности. Проявления этих состояний, как правило, выражены не резко, чаще всего непродолжительны (7-14 дней) и могут периодически отсутствовать продолжительное время. Человек, имеющий циклоидную акцентуацию, характеризуется регулярно и многократно повторяющимися изменениями настроения, когда его пониженный фон, описываемый как подавленность, сменяется повышенным жизненным тоном. При воздействии стресс-факторов в служебной деятельности (в совокупности с особенностями мыслительных процессов и уровня интеллекта) может наблюдаться декомпенсация с развитием психопатологических симптомов в структуре расстройств адаптации с депрессивными и тревожными проявлениями и астенический и (или) тревожный тип ПТСР.

При *лабильном* типе отмечается переменчивость настроения, богатая чувственная сфера. Лицам данного типа акцентуации характера свойствен-

ны: заниженная самооценка, склонность к фиксации на малозначимых событиях, тенденция к преувеличению существующих проблем, самообвинению при эмоциональном отвержении со стороны близких людей, утрате близких и разлуке с теми, к кому они привязаны, при воздействии других событий возможно развитие расстройств адаптации и ПТСР с симптомами тревожного и депрессивного спектра.

Астено-невротический тип акцентуации характера проявляется в повышенной утомляемости и раздражительности, склонности к ипохондрии. Раздражение нередко по ничтожному поводу легко изливается на окружающих, порою случайно попавших под горячую руку, и столь же легко сменяется раскаянием и даже слезами. Лица с данной акцентуацией подвержены формированию психопатологических нарушений в виде астенического, соматоформного, тревожного типов ПТСР и расстройств адаптации с преимущественными депрессивными проявлениями и психосоматическими симптомами.

Сенситивный тип. В структуре личности преобладают впечатлительность, чувство собственной неполноценности, робость, застенчивость. Интересы личности лежат преимущественно в интеллектуально-эстетической сфере, ей важно социальное признание. С учетом данного преморбиды при воздействии стресс-факторов боевой обстановки им свойственно формирование всех видов ПТСР, кроме эксплозивного, а также всего спектра аффективных дезадаптивных реакций.

При *психастеническом* типе акцентуации личности люди склонны к глубокому самоанализу, колебаниям в принятии решений, не переносят высоких требований ответственности за себя и других. Им свойственны: повышенная утомляемость (психическая, физическая), впечатлительность, раздражительность. Они аккуратны и рассудительны, характерная черта - самокритичность. При экстремальном внешнем воздействии своеобразие интрапсихической переработки событий способствует развитию широкого спектра психопатологических дезадаптивных реакции. Могут быть все клинические варианты ПТСР (кроме эксплозивного) и нарушения психической адаптации в форме различных по тяжести и степени выраженности тревожно-депрессивных симптомов, тревожно-фобических и ипохондрических нарушений.

Шизоидный тип характеризуется замкнутостью, отгороженностью, недостаточностью интуиции и сопереживания, ограниченностью межличностных коммуникаций. Внутренний мир почти всегда закрыт для других и заполнен фантазиями. Часто выявляется склонность к употреблению алкоголя, что никогда не сопровождается ощущением эйфории и расслабленности. С учетом данных личностных

особенностей именно у данной группы комбатантов может наблюдаться любая из форм расстройств адаптации и типов ПТСР.

При *эпилептоидном* типе акцентуации характера отмечается возбудимость, напряжённость, авторитарность личности, склонность к периодам злобно-тоскливого настроения, раздражения с аффективными взрывами, поиску объектов для снятия злости. У данного типа акцентуантов при формировании пограничных психических расстройств чаще всего формируется взрывной тип ПТСР и расстройств адаптации с преимущественным нарушением поведения.

Истероидный (конверсионный) тип проявляется выраженными эгоцентрическими чертами и жаждой быть в центре внимания, при декомпенсации после воздействия стресс-факторов боевой обстановки склонны к формированию взрывного и соматоформного типов ПТСР, а также пограничных нарушений с конверсионными симптомами в структуре реакций дезадаптации и нарушений поведения.

Неустойчивому типу акцентуации характера присущи напряжённость, раздражительность, требовательность к окружающим. При воздействии травмирующих событий служебной деятельности, возможно формирование взрывного типа ПТСР и нарушение поведения в форме расстройства приспособительных реакций.

При *конформном* типе акцентуации характера наблюдается непереносимость перемен и изменений привычного жизненного стереотипа. Восприятие отличается ригидностью установок и ограниченностью эмоциональных реакций. Характер поведения определяется социальным окружением, на которое они ориентируются при формировании жизненных ценностей. Лица данного типа при воздействии стрессоров чрезвычайного характера имеют повышенный риск возникновения расстройств адаптации и ПТСР в различных клинических вариантах.

Кроме того, выделяют *комбатантную* акцентуацию [42], которая является совокупностью сформировавшихся в результате непосредственного участия в боевых действиях и ранее существовавших личностно-характерологических особенностей. Она выделяется приобретенными в боевой обстановке характерологическими особенностями, которые проявляются своеобразием мировосприятия, подозрительностью, ранимостью, нарушением межличностной коммуникативности. Данный тип личностной акцентуации может являться фоном для формирования расстройств адаптации и ПТСР.

9.2. Аддиктивное поведение

Наряду с невротическими и патохарактерологическими реакциями, существенное место в донозологическом регистре занимает аддиктивное поведение. У лиц опасных профессий на фоне массивных стрессогенных ситуаций учащается алкоголизация, появляется наркотизация и иные формы деструктивного поведения [41]. Это один из типов девиантного (отклоняющегося) поведения с формированием стремления к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксацией внимания на определенных видах деятельности с целью развития интенсивных эмоций.

Аддиктивное поведение является крайне актуальной проблемой и определяется как ситуативное употребление алкоголя и наркотиков без признаков зависимости. С помощью токсического воздействия люди пытаются сохранить ранее присущее им эмоциональное состояние, которое было им свойственно до воздействия стресс-факторов боевого характера [46].

У сотрудников ОВД часто происходит своеобразное бегство в работу с фиксацией на служебной деятельности и формированием ограниченности межличностных контактов. Наличие у сотрудников ОВД девиантного поведения с употреблением наркотиков обозначается как социальный феномен, связанный с умышленным потреблением НС, что включает совокупность опасных для общества противоправных действий, выражающихся в незаконном обороте НС и ПАВ.

10. Патопсихологические симптомы пограничных психических расстройств у сотрудников экстремальных профессий

Пограничные психические расстройства – условно объединенная группа нерезко выраженных психических нарушений, возникающих и декомпенсирующихся при воздействии стрессогенных факторов, связанных с исходными личностно-типологическими особенностями, объединяющаяся неспецифическими проявлениями невротического уровня при сохранении критического отношения больного к основным психопатологическим проявлениям [1].

У сотрудников ОВД при воздействии стрессовых факторов служебного характера наиболее часто из всех ППР формируются расстройства адаптации и посттравматические стрессовые нарушения. Для клиническо-

го психолога важно понимать клинические проявления данных нарушений для более эффективной диагностической работы при патопсихологическом обследовании.

10.1. Расстройства адаптации. Классификация, диагностика

Расстройства адаптации – это болезненные состояния, развивающиеся у некоторых лиц с чрезвычайно низкой стрессоустойчивостью в ответ на стрессовое событие (не выходящее за рамки обычного или повседневного психического стресса) и нарушающие привычное функционирование пациента (могут нарушаться профессиональная деятельность, социальные функции).

Хронические отрицательные эмоциональные переживания, как правило, являются пусковым и ведущим причинным фактором, без влияния которых и расстройство не возникло бы. Каждый из проявляющихся симптомов, сопровождающих РА, может встречаться и при других расстройствах. Однако в проявлении этих симптомов имеется определенная специфичность, что служит основанием для объединения этих состояний в клинической единице.

Следует отметить, что последствия стрессового воздействия могут негативно влиять не только на конкретную личность, но и на ее ближайшее окружение [42].

Проявления расстройств адаптации различны и включают депрессивное настроение, тревогу, беспокойство или их сочетание в различных комбинациях и выраженности, неспособность самостоятельно справляться, планировать или даже продолжать оставаться в настоящей ситуации, а также снижение продуктивности и эффективности повседневной деятельности. Проявления драматического поведения или вспышки агрессии, несмотря на внутреннее чувство склонности индивидуума к ним, регистрируются редко, более вероятно проявление расстройств поведения, например, агрессивного или диссоциального поведения. Диагноз РА определяется соотношениями между следующими ведущими группами сведений:

- а) формой, содержанием и тяжестью симптомов;
- б) анамнестическими данными и личностью;

в) стрессовым событием, ситуацией и жизненным кризисом. Наличие данного фактора должно быть надежно установлено и должны иметься обоснованные (возможно и предположительные доказательства), что расстройство не появилось бы без него. Если конкретный стрессор не выявлен или недостаточен и отстоит по времени более чем на 3 месяца, расстрой-

ство следует рассмотреть в соответствии с имеющимися признаками по другим позициям МКБ-10.

Клиническая форма РА или преобладающие признаки должны быть уточнены в соответствии с критериями по пятому знаку.

F43.20 Кратковременная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации.

Транзиторное мягкое депрессивное состояние, не превышающее 1 месяца по длительности. Депрессивная симптоматика у комбатантов проявляется ощущением «потери радости в жизни», подавленностью, угнетенностью в сочетании с дисфориями и периодическими проявлениями ажитации. Наблюдаются симптомы снижения концентрации внимания (неспособность сосредоточиться, сложности в фиксации внимания на фоне безразличия или апатии), появление не свойственной ранее забывчивости [35].

F43.21 Пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации.

Легкое депрессивное состояние в ответ на длительную подверженность стрессовой ситуации, но продолжающееся не более 2 лет.

F43.22 Смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации.

Отчетливо выраженные тревожные и депрессивные симптомы, но их уровень не больше, чем в смешанном тревожном и депрессивном расстройстве (F41.2) или в другом смешанном тревожном расстройстве (F41.3).

F43.23 Расстройство адаптации с преобладанием нарушения других эмоций.

Обычно симптомы нескольких типов эмоций, таких как тревога, депрессия, беспокойство, напряженность и гнев. Симптомы тревоги и депрессии могут отвечать критериям смешанного тревожного и депрессивного расстройства (F41.2) или другого смешанного тревожного расстройства (F41.3), но они не являются столь преобладающими, чтобы могли быть диагностированы другие более специфические депрессивные или тревожные расстройства. Тревожно-фобические нарушения характеризуются подавленностью, гнетущей напряженностью, не свойственной ранее повышенной чувствительностью к бытовым раздражителям, сверхнастороженностью, подозрительностью, сверхбдительностью.

F43.24 Расстройство адаптации с преобладанием нарушения поведения.

Основным расстройством является нарушение поведения, то есть реакция, приводящая к агрессивному или диссоциальному поведению. Особенности данной патологии у комбатантов является: высокий уровень

агрессии, враждебное отношение к окружающим, склонность к решению обыденных проблем с помощью физической силы, настороженность, подозрительность, ранимость, обидчивость, негативизм, постоянное состояние напряженности, снижение адаптивных возможностей, наличие склонности к невротическим импульсивным реакциям. Данные симптомы не достаточны для постановки диагноза ПТСР, так как в клинической картине превалирует нарушение поведения и отсутствуют типичные для постстрессовых нарушений симптомы.

F43.25 Смешанное расстройство эмоций и поведения, обусловленное расстройством адаптации.

Эмоциональные симптомы и расстройства поведения являются ведущими характеристиками расстройства. Обнаруживаются страхи, выраженная тревога по поводу опасений за состояние своего здоровья (нездоровья) и сомнения в возможности полной социальной реабилитации. Это выражается в обостренном самонаблюдении, гипертрофированной оценкой угрожающих здоровью последствий заболевания (невротические реакции).

При затяжных реакциях на первый план выступают явления ригидной ипохондрии с кропотливой регистрацией малейших признаков телесного неблагополучия, установлением щадящего «предохраняющего» от возможных осложнений или обострений соматической болезни режима (диета, главенство отдыха над работой, исключение любой информации, воспринимаемой как «стрессорная», жесткая регламентация физических нагрузок, приема медикаментов) [69].

Все разновидности расстройств адаптации требуют комплексного лечения и освобождения от служебных обязанностей.

В зависимости от клинической картины заболевания, степени выраженности симптоматики, требуется назначение комплексной терапии психиатром (исключительно по показаниям), проведение психотерапевтических сеансов, описанных ниже.

10.2. Посттравматическое стрессовое расстройство. Диагностика

ПТСР (F43.1) возникает как отставленная реакция на стрессовое событие угрожающего характера, которое может вызвать общий дистресс почти у любого человека. Преморбидные факторы, такие как личностные черты или предшествующие невротическое заболевание могут понизить порог для развития этого синдрома или утяжелить его течение, но они не обязательны для его возникновения [35].

Клиническая картина ПТСР включает своеобразие процессов восприятия, мышления и аффективных проявлений. Негативные мысли порождают негативные эмоции. В свою очередь негативные эмоции порождают негативные мысли, формируется замкнутый круг. Все это влияет на восприятие себя и окружающего мира [71].

При этом важно отметить, что у пациентов, страдающих ПТСР, формируется стереотип мышления, создается внутренняя индивидуальная «реальность». В эту систему включаются все сферы психического процесса.

Клинические симптомы ПТСР характеризуются полиморфизмом, включают эпизоды повторного переживания травмы в виде навязчивых воспоминаний (реминисценций), снов или кошмаров, возникающих на фоне чувства эмоциональной притупленности, отчуждения, отсутствия эмоциональной реакции на окружающее (ангедонии) и избегания ситуаций, напоминающих о травме.

Характерны вспышки страха, паники или агрессии, на фоне сужения сознания, которые провоцируются стимулами, вызывающими неожиданное воспоминание о психической травме. Появляется выраженная вегетативная возбудимость с повышением уровня бодрствования, реакции испуга и нарушения сна.

Ключевыми психопатологическими симптомами являются тревога и депрессия, в части случаев суицидальная настроенность и избыточное употребление алкоголя или наркотиков.

Начало данного расстройства возникает после латентного периода, который может варьировать от нескольких недель до месяцев.

Течение может быть волнообразным, клиническая картина полиморфной.

При отсутствии своевременной адекватной терапии формируются личностные расстройства в форме стойких изменений личности после переживания катастрофы (F 62.0) [42].

Диагностические критерии ПТСР [42].

А. Пострадавший был подвергнут действию травмирующей ситуации, при которой имели место два нижеследующих условия:

1. Пострадавший пережил, был свидетелем или оказался лицом к лицу с событием (событиями), включающими смерть, серьезное повреждение или угрозу повреждения, а также опасность возникновения собственной травмы или травмы других людей.

2. Реакция пострадавшего включала в себя сильный страх, беспомощность, ужас.

В. Травмирующая ситуация постоянно заново переживается одним (или более) из следующих способов:

1. Повторяющиеся и навязчивые воспоминания события (образы, мысли, ощущения).

2. Повторяющиеся размышления о ситуации.

3. Действия или чувства, соответствующие психотравмирующему событию.

4. Сильный психологический дистресс от воздействия внутренних или внешних намеков, имеющих сходство с аспектами травматической ситуации.

5. Психологическая реактивность на воздействие внутренних или внешних намеков, символизирующих травму.

С. Постоянное избегание раздражителей, ассоциирующихся с травмой:

1. Попытки избегать мысли, чувства, разговоры, связанные с травмой.

2. Попытки избегать деятельности, мест или людей, напоминающих обстоятельства травмы.

3. Невозможность вспомнить важные аспекты травмы.

4. Заметное снижение интереса или участия в значимых для личности видах деятельности.

5. Ощущение отчужденности или отстраненности от других.

6. Сужение диапазона аффектов (неспособность испытать чувство любви).

7. Чувство «укороченного будущего» (например, отсутствие ожиданий успехов в карьере, возможности жениться, иметь детей, прожить нормальный отрезок жизни).

Д. Постоянные симптомы повышенного возбуждения (не имевшие места до травмы), представленные двумя или более признаками из перечисленных ниже:

1. Затруднение засыпания и часты пробуждения.

2. Раздражительность или вспышки гнева.

3. Затруднение концентрации.

4. Повышенная сосредоточенность.

5. Повышенная сосредоточенность на новых впечатлениях.

6. Преувеличенная реакция испуга.

Е. Продолжительность симптомов более месяца.

Клинические варианты ПТСР.

Тревожный вариант отличается частым возникновением немотивированной тревоги, не только осознаваемой, но и ощущаемой телесно. Из-за этого отмечаются частые смены настроения, нарушен сон.

Нарушения сна характеризуются: трудностями при засыпании, частыми и ранними пробуждениями, отсутствием ощущения отдыха после ночного сна с вялостью, разбитостью, «тяжестью в голове».

Сновидения боевого содержания представлены мучительными сценами с ощущением угрозы жизни («не мог обороняться», «пули летели мимо», «трупы убитых оживали»), сновидения сопровождаются тревогой, страхом и вегетативными симптомами (сердцебиением, потливостью).

Тревожно-фобические нарушения проявляются в подавленности, гнетущей напряженности, не свойственной ранее повышенной чувствительности к бытовым раздражителям (громкие звуки, запах пороха, бензина), сверхнастороженностью, подозрительностью, сверхбдительностью.

Часто отмечается страх открытых пространств с ощущением угрозы извне (площади, рынки, газоны ассоциируются с «растяжками», страхом подрыва, недостроенные здания – угрозой снайперского огня, смертью, котлованы на стройках с «могилами» и массовой гибелью людей).

Комбатанты с тревожным вариантом ПТСР стремятся к общению, и это облегчает диагностику заболевания.

Астенический вариант характеризуется вялостью, слабостью, апатичностью, навязчивым равнодушием к своей жизни и проблемам окружающих людей.

Собственная несостоятельность мучает, и это еще больше угнетает, что приводит к формированию депрессивной симптоматики с ощущением «потери радости в жизни», подавленностью, угнетенностью.

Сон нарушен иначе, чем при тревожном типе ПТСР: надолго возникает мучительная дремота, иногда весь день трудно подняться с постели.

Наблюдаются когнитивные нарушения в форме снижения концентрации внимания (неспособность сосредоточиться, сложности в фиксации внимания на фоне безразличия или апатии), не свойственная ранее забывчивость.

Больные этого типа согласны лечиться, откликаются на помощь друзей и близких.

Эксплозивный вариант характеризуется постоянной раздражительностью, агрессивным недовольством и мрачным настроением. Комбатанты обидчивы, бывают активно мстительны, потом могут сожалеть о своей несдержанности или, напротив, испытывать недолгое удовлетворение.

Им свойственно враждебное отношение к окружающим, склонность к решению обыденных проблем с помощью физической силы, настороженность, подозрительность, ранимость, обидчивость, негативизм.

На фоне общей напряженности, снижения адаптивных возможностей, наличия склонности к невротическим импульсивным реакциям прослеживается сложность в волевом контроле негативных эмоций в быту. Наблюдаются различные формы дезадаптивного поведения, такие как алкоголизм, наркомания, склонность к совершению асоциальных поступков, актов насилия, а также случаи проявления аутоагрессивного поведения, включая суицидальные действия.

За помощью больные не обращаются, избегают ее. Обычно их начинают лечить после того, как становится ясно, что протестная агрессивность таких людей неадекватна реальности.

Соматоформный вариант проявляется болезненными ощущениями в области сердца, желудочно-кишечном тракте. Ипохондрическая фиксация на этих симптомах и тревожное ожидание их усиления заставляет больных обращаться к врачам общего профиля, что приводит к гиподиагностике и затяжному течению заболевания.

У многих комбатантов психические расстройства могут маскироваться соматическими заболеваниями: кардиопатиями, миокардиодистрофиями, ИБС, гипертонической болезнью, болезнями желудка и 12-перстной кишки, хроническими гастритами, гепатитами, головокружениями, невралгиями, расстройствами сна, головными болями, тошнотой, рвотой, урологическими проявлениями, сексуальными дисфункциями.

Атипичный вариант выражается в появлении обостренных реакций на внешние раздражители, связанные с основным травмирующим фактором, в снижении инициативы, в возможном формировании стойких идей обвинения «виновников трагедии» [50].

В отличие от типичных ПТСР к признакам атипичности относятся отсутствие чувства вины и повторных переживаний острой психогенной травмы. Раздражительность проявляется в ранее несвойственной гневливости, постоянном переживании внутреннего недовольства и ограничений межличностной коммуникативности.

Степени тяжести ПТСР.

Степени тяжести ПТСР выделяются в зависимости от выраженности и частоты клинических проявлений. Различают лёгкую, среднюю и тяжёлую степени.

На степень тяжести оказывают влияние тип, тяжесть и длительность травматического воздействия (острого или хронического), их количество,

длительность переживаний психически травмирующего события, наличие ранней детской травматизации.

Критериями определения степени тяжести расстройства является полиморфизм клинической картины, интенсивность и частота клинических проявлений невротического уровня, личностного уровня, диссоциативных нарушений [42].

Таблица 13

Особенности патопсихологических нарушений при ППР

Психические функции	Патопсихологические нарушения
1	2
Внимание	Не являются специфичными, входят в структуру астенического синдрома в структуре ППР. Снижение концентрации, устойчивости, замедленность переключения, повышенная истощаемость внимания. Клинически расстройства внимания проявляются рассеянностью, невозможностью сосредоточиться на какой-либо деятельности, быстрой утомляемостью
Память	Встречаются нарушения механического запоминания, которые связаны с патологическим эмоциональным состоянием. Может изменяться соотношение непосредственной и опосредованной памяти с нарушением процессов воспроизведения и забывания. Воспоминания у пациентов с ППР носят выраженный негативный эмоциональный оттенок, они фиксируются на негативных событиях, усиливается запоминание невротизирующей реальности
Мышление	Структурные расстройства мышления не являются специфичными для ППР, ассоциативный процесс не нарушается. При невротической депрессии отмечается замедление мышления; могут появляться обсессии — навязчивые мысли, воспоминания
Интеллект	Не нарушен
Эмоциональная сфера	Эмоциональные расстройства являются основными у больных с ППР и представлены широким спектром нарушений: депрессивными проявлениями, астенией, фобическими нарушениями, тревогой
Личностная сфера	Нарушения мотивации - несоответствие между прогнозируемым и реальным результатами, которые становятся дополнительной причиной внутриличностного конфликта и еще одним источником невроза

Причиной возобновления симптомов ПТСР после латентного спокойного периода бывают повторные травматизации. Ими могут стать и негативные отношения окружающих людей, медицинского персонала, со-

циальных работников, семьи, а также могут возникать в результате гиперопеки.

Снижение уровня мотивации достижений, углубление нарушений интрапсихической структуры личности и интровертированность являются значимыми психологическими факторами риска, обуславливающими нарастание личностных расстройств.

Примеры.

Комбатант Н., сотрудник МВД России, ветеран боевых действий, 1976 года рождения.

Диагноз: *Посттравматическое стрессовое расстройство, депрессивный тип, F43.1.*

Анамнез жизни: *родился в г. О. первым ребенком, в семье рабочих. Мама по характеру спокойная, уравновешенная, застенчивая, отец - вспыльчивый, активный, деятельный, упрямый. Со слов Н., внимания детям уделяли мало, постоянно работали и были заняты работой по дому. В детстве рос здоровым ребенком, по характеру был лидером. Стойких привязанностей не имел, любил проводить время во дворе и заниматься активными спортивными играми. В школе учился на «хорошо» и «отлично». Посещал спортивные кружки, увлекался футболом и спортивной борьбой. Пользовался популярностью у сверстников, замечаний по дисциплине в школе не имел. По окончании 10 классов средней школы проходил срочную службу в военно-десантных войсках, демобилизовался в звании сержанта, в должности командира отделения. После возвращения устроился на работу в МВД России, в спецназ. Имел поощрения по службе, быстро продвигался по служебной лестнице. В 2000 году был направлен в СКР, где участвовал в боевых действиях, неоднократно подвергался угрожающим жизни ситуациям. После обстрела в горах Чери-Юрта возникло кратковременное состояние паники, купировалось без медицинской помощи.*

Анамнез заболевания. *Ухудшение состояния - с декабря 2008 года, после исполнения служебно-боевых задач в СКР. Во время служебной командировки участвовал в реальных боевых действиях, неоднократно подвергался угрожающим жизни ситуациям, во время «зачистки» был свидетелем гибели сослуживцев. После возвращения из командировки стал раздражительным, вспыльчивым, нарушился сон, появились сновидения о боевых действиях негативного характера (снились трупы убитых сослуживцев, «стрелял по врагам, но пули летели мимо», «чувствовал, как умирает», просыпался в холодном поту, с ощущением сердцебиения, тревогой), появились сложности в контроле поведения, беспокойство, мрачно-угнетенное настроение.*

При целевом психодиагностическом осмотре после возвращения из СКР, сначала свои проблемы отрицал.

После проведения индивидуально-разъяснительного клинического интервью стал предъявлять жалобы на беспокойство, раздражительность, нарушения сна.

При проведении скрининг-анкетирования отметил, что у него возникают: раздражительность, перепады настроения, нарушения сна, сновидения о боевых действиях, сложности в контроле поведения, конфликтность в семейных

отношениях, внутреннее напряжение, подозрительность, тревога, ощущение несправедливости жизни, непонимания со стороны окружающих, неспособность расслабиться. Возникающее напряжение снимается употреблением крепкого алкоголя не реже одного раза в неделю. В состоянии алкогольного опьянения становится обидчивым и конфликтным, поэтому предпочитает «выпивать» в одиночестве. Круг интересов ограничен общением с сослуживцами, так как «только они его понимают». Отмечал, что: сомневается в верности жены, поэтому в семье были скандалы и ссоры; за время службы изменился, «перестал доверять людям».

Данные экспериментально-психологического обследования: СМИЛ – пик профиля по шкале «тревожность» – 69,1 бал., повышение по шкале «невротического сверхконтроля» – 68,2 бал., «пессимистичность» - 78,4 бал.; МЛО «Адаптивность» – снижение общего адаптационного потенциала; тест Басса-Дарки – наличие потенциала агрессии, высокий уровень негативизма и раздражения; краткий отборочный тест – уровень интеллекта средний, ПТСР Котенева – недостоверность результатов.

Психическое состояние: сознание не помрачено. Ориентирован в месте, времени, личности в полном объеме. Тревожен, напряжен, насторожен, подозрителен, дисфоричен, эмоционально лабилен. Ответы в плане заданного вопроса - краткие, интонации недовольные, раздражительные. Выражение лица - угнетенно-мрачное, злое. Настроение - снижено, вял, пассивен. Мышление - логичное, последовательное, обычного темпа. Идеаторно заторможен. Интеллектуальный уровень соответствует возрасту, образованию. Память не нарушена. При беседе о службе подробно рассказывает о психотравмирующей ситуации, детализирует произошедшее, высказывает недовольство по отношению к руководству, политикам. Стеничен, категоричен. Психопродуктивной симптоматики не выявлено. Употребляет крепкий алкоголь 1–2 раза в неделю, в количестве до 600 гр. В состоянии алкогольного опьянения становится злым, агрессивным «тянет подраться». В постаналкогольном состоянии возникает тошнота, головная боль, «чувство вины», ухудшается настроение. Рвотный рефлекс сохранен, абстинентный синдром не сформирован. Суицидальных и антисоциальных тенденций не выявлено.

Соматический статус: общее состояние удовлетворительное. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 120/70 мм. рт. ст., пульс 76 в минуту. Печень по краю реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный обеих сторон. Отеков нет. Неврологический статус: легкий тремор мышц лица и кистей рук при волнении, очаговой неврологической симптоматики не выявлено. Диагноз: ПТСР, депрессивный тип. F – 43.1.

Проведенные реабилитационные мероприятия в стационарных условиях, в течение 23 дней. Медикаментозное лечение: амитриптилин до 75 мг/сут., седалит мг/сут., реланиум 2,0 мл на ночь; психотерапия: рациональная, семейная, арттерапия.

При проведении арттерапии после возвращения из СКР в рисунке комбатанта Н. (рис. 1а) сюжет – «балерина со сломанной ногой» прослеживалась выраженная депрессивная настроенность, ранимость, тревога, нарушение межличностной коммуникабельности, социальная отгороженность, пессимистичность. После проведения медико-психологической реабилитации сюжет «журавли» (рис. 1б) отмечалась стабильность эмоционального фона, внутренняя уравновешенность, позитивная оценка происходящего.

Остался служить в той же должности, на службе проблем не возникало, повторных обращений к психиатру не было. При психодиагностических обследованиях в ЦПД наличия признаков дезадаптации не выявлялось.



Рис. 1а. Работа комбатанта Н.
после СКР, диагноз: ПТСР,
депрессивный тип



Рис. 1б. Работа комбатанта Н.
после проведения реабилитации,
диагноз: здоров

Комбатант М., сотрудник МВД России, ветеран боевых действий, 1964 года рождения.

Диагноз: Посттравматическое стрессовое расстройство, депрессивный тип, F43.1.

Жалобы на тревогу, беспокойство, утомляемость, стойкие нарушения сна (подолгу не может заснуть из-за тревожных мыслей о своем будущем и состоянии здоровья, сон поверхностный, просыпается в 4-00 утра, с ощущением вялости и тревоги, продолжительность ночного сна - 3-4 часа), боли в области грудной клетки слева на выдохе, колющего характера, заторможенность, рассеянность, невозможность сосредоточиться, ощущение «будто внутри все надувается», снижение массы тела на 6 кг за 2 мес., страх перед «неизвестной болезнью».

Данное состояние связывал с командировкой в СКР, перенапряжением.

Анамнез жизни: родился в г. Н., в семье рабочих, вторым ребенком. Наследственность психопатологически неотягощена. В детстве рос и развивался соответственно возрасту, от сверстников не отставал. По характеру был спокойным, «режимным ребенком», послушным, проблем с поведением не отмечалось. В школу пошел с 7 лет, учился хорошо, без троек. Товарищей среди сверстников было много, но длительных дружеских отношений «как-то не получалось», что связывает с частой сменой места жительства родителей (Краснодарский край, Татарстан).

Окончил 10 классов общеобразовательной школы в 1981 году, поступил в ПТУ по специальности слесарь КИП, окончил обучение с красным дипломом. 1982–1984 гг. – срочная служба в РА, служил в Польше, в боевых действиях во время срочной службы не участвовал. Демобилизовался в звании сержанта. После демобилизации работал на севере в г. Новый Уренгой, по основной специальности до 1987 года. В 1987 году переехал в г. К., работал слесарем на заводе бетонных конструкций, фабрике игрушек.

Служит в МВД с 1993 года по настоящее время. Первый брак 1987–2010 г., от брака двое детей, развод по инициативе жены (с детьми не общается, так как «они не идут на контакт»). Женат второй раз с 2010 года, во втором браке общих детей нет. За время службы 4 раза командировался в СКР.

Анамнез заболевания: при проведении психодиагностического обследования после командировки в СКР в 2007 году был выявлен страх за состояние здоровья. В связи с чем предъявлял вышеперечисленные жалобы.

Психическое состояние: Сознание не помрачено, ориентирован в полном объеме. Гипомимичен, идеаторно и моторно заторможен, внимание рассеяно, ответы краткие, после паузы, эмоционально лабилен, на глазах слезы. Просит о помощи, «устал так жить», настроение снижено. Сообщил что перестал «видеть свет в окне», «нет радости», «нет чувств». Мышление логичное, психопродуктивной симптоматики не выявлено. Память, интеллект в норме, внимание неустойчивое, рассеян, напряжен, астенизирован, ипохондричен. Суицидальных и антисоциальных тенденций не выявлено. Алкоголем не злоупотребляет. При беседе удалось выяснить, что к вечеру появляется состояние страха

за жизнь, беспокойство, вспоминаются психотравмирующие события, связанные с войной.

Соматический статус: Общее состояние удовлетворительное. Правильного телосложения, пониженного питания. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 110/70 мм рт. ст. Пульс 58 в минуту, ритмичный, симметричный. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Отеков нет.

Неврологический статус: легкий тремор мышц лица и кистей рук при волнении, очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

Инструментальные методы обследования: ЭКГ, ЭЭГ, ТКДГ, КТ – без патологии.

Лабораторные исследования: без патологии.

Данные экспериментально-психологического обследования: СМИЛ – пики профиля по шкалам «тревожность» – 84,1 бал., «невротического сверхконтроля» – 88,1 бал., «пессимистичность» – 96,2 бал.; МЛО «Адаптивность» – снижение АС, КО, НПУ; тест Басса-Дарки – высокий уровень негативизма и раздражения; краткий отборочный тест – уровень интеллекта высокий, тест ПТСР Котенева – признание травмирующего события.

Направлен на стационарное лечение и обследование в неврологическое отделение МСЧ УВД с диагнозом: ПТСР, тревожно-депрессивный вариант.

Проведенное лечение: эглонил 2,0 в/м № 10 через день, пароксетин 0,02 утром, феназепам 0,001 мг 3 раза в день, психотерапия: рациональная, семейная.



Рис. 7а. Работа комбатанта М. после командировки в СКР, диагноз: ПТСР



Рис. 7б. Работа комбатанта М. после проведения реабилитации, диагноз: Здоров

Представленная в рисунках динамика отражает изменения в психическом состоянии данного комбатанта. Рисунки выполнены на грунтованном холсте маслом. После возвращения из СКР был нарисован «шаман без головы и горящие змеи» и выбрана цветовая гамма (черный, красный, оранжевый) на рисунке отчетливо прослеживалась эмоциональная нестабильность с выраженным эксплозивно-дисфорическим фоном, агрессивная направленность, страх, тревога, негативизм (рис. 2а). После проведенной реабилитации – сюжет «цветок в пустыне»; цветовая гамма: голубой, белый, зеленый, отмечались: уравновешенность, спокойствие, позитивная настроенность на будущее, отсутствие агрессивности и тревоги (рис. 2б).

При выписке рекомендовано продолжить медикаментозное лечение: пароксетин 0,02 утром в течение 4 мес.

В дальнейшем продолжил служить в той же должности, руководством и психологами подразделения характеризовался положительно.

Комбатант М. сотрудник МВД России, ветеран боевых действий, 1972 года рождения.

Диагноз: Расстройство адаптации, со смешанными нарушениями эмоций и поведения F43.25.

Анамнез жизни: родился в г. Р., от нормально протекавшей беременности и родов. Воспитывался в полной семье. Психические заболевания у близких родственников не зарегистрированы. В детстве рос и развивался соответственно возрасту, от сверстников не отставал, был активным, общительным, жизне-радостным ребенком. Мама по характеру спокойная уравновешенная. В школу пошел с 7 лет, учился хорошо, дисциплинарных замечаний не имел, был лидером среди сверстников, активным, деятельным. Занимался спортом. Окончил 10 классов общеобразовательной школы, затем получил высшее юридическое образование. С 2000 года служит в спецподразделении МВД России, в период с 2000 по 2008 год семь раз командировался в СКР, участвовал во 2-й чеченской войне, в активных боях в г. Аргуне, неоднократно подвергался угрожающим жизни ситуациям.

Анамнез заболевания: после возвращения из 7-й командировки в СКР в 2008 году, во время целевого психодиагностического обследования в ЦПД, были обнаружены признаки посталкогольного соматовегетативного состояния (подъем артериального давления до 140 на 90, тремор рук и мышц лица, инъекции сосудов склер).

Жалоб активно не предъявлял. При беседе сообщил, что накануне употребил 250 гр. водки и 1 литр пива. Отметил, что после командировки возникло «нервное» состояние, которое объяснял ссорами с женой и напряженной командировкой.

Психическое состояние: сознание не помрачено, ориентирован в полном объеме, контактен. Моторно беспокоен, выраженный тремор рук, мышц лица, шеи, внутренняя дрожь. Крайне аффективно неустойчив, категоричен, все проблемы отрицает. Говорит на повышенных тонах. Возбудим, критики к поведе-

нию и состоянию нет. Считает, что тремор и такое состояние было всегда, и «это нормально, жить и работать не мешает». Семейные проблемы отрицает, однако после беседы с женой по телефону сильно нервничает, при этом усиливается тремор, поднимается АД. Тяготеет к обследованию. Мышление абстрактно-логическое, память, интеллект не нарушены, психопродуктивной симптоматики не выявлено. Рвотный рефлекс сохранен, ситуационный контроль потребления снижен, частота употребления алкоголя (со слов) 4 раза в месяц, толерантность до 250 гр. Суицидальных и антисоциальных тенденций не выявлено.

Соматический статус: Общее состояние удовлетворительное. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 140/90 мм. рт. ст. Пульс 96 в минуту, ритмичный, симметричный. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Отеков нет.

Неврологический статус: выраженный тремор мышц лица и кистей рук, очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

Данные экспериментально-психологического обследования: СМИЛ – пик профиля по шкале «тревожность» – 64,1 бал., повышение по шкале «невротического сверхконтроля» – 69,4 бал., «пессимистичность» – 80,2 бал.; МЛЮ «Адаптивность» – снижение общего адаптационного потенциала; тест Басса-Дарки – высокий уровень раздражения; КОТ – уровень интеллекта средний, ПТСР Котенева – недостоверность результатов.

При проведении скрининг-анкетирования отметил, что у него возникают: вспыльчивость, которая проявляется «больше в семье», перепады настроения, конфликтность в семейных отношениях. Возникающее напряжение снимается употреблением крепкого алкоголя не реже четырех раз в месяц.

Был направлен на медико-психологическую реабилитацию в неврологическое отделение МСЧ УВД с диагнозом: расстройство приспособительных реакций с нарушением поведения. Пагубное с вредными последствиями употребление алкоголя? (F 43.24, F 10.1?).

Обследование: данные лабораторных исследований – без патологии.

Инструментальные обследования: ЭКГ, Эхо КС, ТКДС – без патологии, КТГМ – признаков объемного процесса головного мозга не выявлено.

Осмотр кардиолога: синдром ВСД.

Осмтры окулиста, оториноларинголога: органичной патологии не выявлено.

Проведенные реабилитационные мероприятия в стационарных условиях: медикаментозное лечение: эглонил 5%, 2,0 в./м. № 10, анафранил 50 мг в сутки, феназепам – 0,001 на ночь, психотерапия: рациональная, семейная, арттерапия.

При проведении арттерапии после возвращения из СКР в рисунке комбатанта Р. (сюжет – «зимний пейзаж», прослеживались выраженные тревожно-депрессивные симптомы, социальная отгороженность, пессимизм (рис. 3а). После проведенной медико-психологической реабилитации (сюжет – «лето в

лесу») стабилизировался эмоциональный фон, появилась уравновешенность на фоне интравертированности (рис. 3б). Работы выполнены маслом на грунтованном холсте.

После проведенной стационарной реабилитации в течение 25 дней, отмечалась позитивная динамика психического состояния с редуkcией психопатологических симптомов (улучшилось настроение, упорядочилось поведение, стал более коммуникабелен, появилась критика к поведению). Учитывая данные клинического обследования, показатели лабораторных исследований, диагноз: РА с нарушением поведения (F 43.24). Данных за злоупотребление алкоголем с вредными для здоровья последствиями не выявлено.

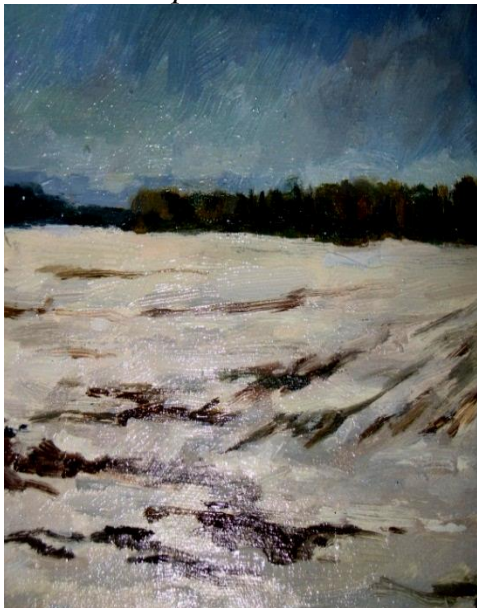


Рис. 3а. Работа комбатанта Р. после командировки в СКР, диагноз: РА



Рис. 3б. Работа комбатанта Р. после реабилитации, диагноз: Здоров

Рекомендовано: продолжить медикаментозное лечение: анафранил 50 мг в сутки в течение трех месяцев.

В дальнейшем продолжил служить в той же должности, руководством и психологами подразделения характеризовался положительно.

11. Организация работы медицинских психологов центров психофизиологической диагностики медико-санитарных частей МВД России

Нагрузка и продолжительность рабочего времени медицинского психолога регламентируется приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 февраля 1995 г. № 27 «О штатных нормативах учреждений, оказывающих психиатрическую помощь», Положением об организации деятельности медицинского психолога, участвующего в оказании психотерапевтической помощи (утв. приказом Минздрава РФ от 16 сентября 2003 г. № 438) и рекомендациями Федерального научно-методического центра по психотерапии и медицинской психологии (утв. приказом Минздрава РФ от 26.11.1996 № 391 «О подготовке медицинских психологов для учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь» на базе Санкт-Петербургского научно-исследовательского института им. Бехтерева).

Нормативы затрат времени медицинского психолога на основные виды работы с пациентами психиатрического профиля.

1. Первичное обследование больного с помощью комплекса психодиагностических методик, включая подготовку к исследованию, оформление результатов и запись в медицинские документы, требует в среднем 3-5 часов; при этом длительность непрерывного медико-психологического исследования не должна превышать 1,5-2 часа, а при повышенной утомляемости больных – не более часа. Поэтому первичное обследование может проводиться в течение 2-3 дней, в особенности, если оно связано со сложными в диагностическом и экспертном плане случаями.

2. Повторные и дополнительные обследования занимают в среднем 1,5-2 часа.

3. В течение рабочей недели, занимаясь только экспериментально-диагностической и экспертной работой, психолог может провести 5-7 первичных или 15-20 повторных обследований больных.

4. При проведении психокоррекционной работы (в виде групповых занятий) нагрузка на рабочий день - занятия с 2 психотерапевтическими группами по 8-10 человек в каждой. Ведение таких групп должно быть еженедельным или 2 раза в неделю. Продолжительность работы с одной группой (с учетом подготовки и записи ней в документации) составляет в среднем 2,5-3 часа.

Нормативы затрат времени психолога с пациентами неврологического профиля.

1. Первичное патопсихологическое обследование пациента, включая оформление результатов и запись в историю болезни, требует в среднем 2,5-3 часа, с учетом быстрой утомляемости больного оно проводится, как правило, в течение 2-3 дней. На первичное исследование психических функций, состояний и личности больного требуется в среднем 3-5 часов; оно также проводится в течение 2-3 дней. Повторное обследование больных требует в среднем 1,5-2 часа.

2. Психолог, занимаясь в течение рабочей недели только экспериментально-диагностической и экспертной работой, в зависимости от задачи исследования, может провести 5-7 первичных или 15-20 повторных обследований с написанием заключения.

Нормативы затрат времени психолога с пациентами соматического профиля.

1. Первичное психодиагностическое обследование больного, включая оформление результатов и написание заключения в историю болезни, требует в среднем 2,5-3 часа, оно может проводиться в течение 2-3 дней. Повторное обследование занимает 1,5-2 часа.

2. При проведении групповой психокоррекции нагрузка на рабочий день - занятия с 2 группами по 8-10 человек в каждой. Такие занятия продолжительностью 2,5-3 часа проводятся 1-2 раза в неделю.

3. Нагрузка при проведении групповой психотерапии измеряется в часах реально затраченного времени.

4. Участие психолога в консультативной, психотерапевтической и психокоррекционной работе должна быть отражена записью в истории болезни, амбулаторных картах.

Подготовка специалистов по специальности «медицинская психология» осуществляется в соответствии с приказом Минздрава РФ от 26 ноября 1996 № 391 «О подготовке медицинских психологов для учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь». По окончании подготовки по специальности «медицинская психология» специалист получает свидетельство (диплом).

ПРИЛОЖЕНИЯ

МЕТОДИКИ ИССЛЕДОВАНИЯ МЫШЛЕНИЯ

Понимание рассказов.

Это одна из наиболее давно употребляющихся методик психологического исследования. Результаты исследования свидетельствуют об осмыслении сюжета рассказа и о состоянии памяти обследуемого.

Для исследования применяются специально подобранные рассказы, чаще всего поучительного характера, притчи. Направленность задания в некоторой степени зависит от способа его проведения (С.Я. Рубинштейн, 1962). Так, если читать текст рассказа обследуемому, то этим облегчается восприятие смысла рассказа, но от обследуемого требуется более значительное сосредоточение внимания. Если же обследуемый сам читает рассказ, он повторным чтением легко компенсирует недостаточность внимания.

Затем обследуемому предлагают воспроизвести рассказ (устно или письменно). Обращается внимание на характер изложения - словарный запас, возможное наличие парафазий, темп речи, особенности построения фразы, лаконичность или, наоборот, чрезмерная обстоятельность. Существенное значение имеет следующее: насколько доступен обследуемому скрытый смысл рассказа, связывает ли он его с окружающей действительностью, доступна ли ему юмористическая сторона рассказа.

Понимание скрытого, переносного смысла рассказа часто бывает затруднено при интеллектуальной недостаточности, хотя пересказ при этом очень близок к заданному тексту.

Для проведения исследования необходимо приготовить серию текстов, отличающихся различной степенью сложности.

Могут быть применены и тексты с пропущенными словами (методика Эббингауза). Читая этот текст, испытуемый должен вставить недостающие слова, сообразуясь с содержанием рассказа и нередко ознакомившись с последующими фразами. При этом могут обнаруживаться нарушения критичности мышления - слова вставляются случайно, иногда лишь по ассоциации с близко расположенными к недостающему. Допускаемые при этом нелепые ошибки больной иногда не исправляет и после замечания исследующего.

Понимание сюжетных картин.

Методика направлена преимущественно на исследование интеллектуального уровня и имеет много общего с предыдущей. Однако она отличается от понимания сюжетных рассказов тем, что в процессе исследования больше удается уловить весь ход рассуждений испытуемого и оценить особенности механизма осмысления в динамике (А.Н. Бернштейн, 1911).

Возможны различные варианты, модификации опыта. Основной заключается в показе больным специально подготовленной серии картин различной сложности, выполненных преимущественно в реалистической манере. Обычно с этой целью используют открытки-репродукции. Инструкция содержит просьбу к испытуемому охарактеризовать содержание картины. Описывая картину, обследуемый обнаруживает не только возможность понять ее сюжет, но и проявляет свой запас знаний, особенности речи (лексикон, грамматическая четкость, темп и т. д.), свое отношение к изображаемым событиям. Обычно здоровые обследуемые вначале анализируют картину (про себя или вслух), выделяют в ней второстепенные и основные детали. Затем, отвлекаясь от несущественного, они сопоставляют основные элементы, связывают их воедино, и таким образом происходит проникновение в сюжет картины.

Затруднение понимания сюжетных картин обнаруживается при состояниях, характеризующихся интеллектуальной недостаточностью. Особенности речи при этом могут показывать обеднение словарного запаса, затруднения в поисках нужного слова, афатические и парафатические проявления, элементы олигофазии.

Очень полезным оказывается это исследование при очаговой органической патологии. Так, при симультанной агнозии (затылочная локализация поражения) больные испытывают затруднения, заключающиеся в невозможности охватить сразу всю ситуацию, произвести зрительный синтез (А. Р. Лурия, 1962). В связи с этим больные очень активно предлагают различные догадки о сюжете рисунка, в которых, однако, не отражаются истинные связи между различными компонентами, деталями рисунка.

При поражении лобных отделов головного мозга оценка картины производится без стадии предварительного анализа ее деталей на основе какого-либо фрагмента. При этом обычно игнорируются элементы, создающие эмоциональный фон картины (Э.Я. Евлахова, 1957), в особенности нарушается восприятие мимики и жестов персонажей.

Для исследования может быть использован и другой вариант этой методики, когда обследуемому предлагают юмористические рисунки. В этих случаях задание нередко оказывается более сложным и, кроме того, полученные результаты позволяют судить о некоторых личностных особенностях обследуемого, о понимании им юмора, об умении откликнуться

на шутку, о тенденции соотнести ситуацию юмористического рисунка со своим жизненным опытом.

Одним из вариантов этой методики можно рассматривать разработанный Н.К. Киященко (1965) вариант методики ТАТ. Если при исследовании методикой ТАТ обследуемому говорят, что опыт направлен на изучение его воображения, то при модификации Н.К. Киященко в инструкции сообщается, что исследуется восприятие больного. Таким образом, меняется установка обследуемого, он не стремится продемонстрировать возможности своего воображения. В оценке результатов обращается внимание на активность обследуемого, его отношение к содержанию рисунка, способность выделить эмоциональный подтекст рисунка.

Особое внимание умению обследуемого выделить эмоциональный подтекст картины придается в предложенной А.И. Лапицким (1970) методике «Сопоставление картин с эмоционально насыщенным сюжетом». Методика эта напоминает методику исключения - обследуемому предлагают 4 репродукции художественных картин, из которых одну он должен исключить по отличию ее эмоционального и тематического содержания. В то же время все четыре картины должны иметь некоторые общие формальные признаки (общность плана, перспективы и т. п.).

Методика апробирована А.И. Лапицким на здоровых обследуемых и больных шизофренией. При этом у больных шизофренией выявлена неспособность вчувствоваться в переживания других лиц (в данном случае персонажей картин), постичь их внутреннее состояние, намерения и замыслы.

Установление последовательности событий.

Методика предложена А.Н. Бернштейном (1911) для исследования сопоставления, т. е. сравнительной оценки нескольких данных в их отношениях друг к другу. Для выполнения задания испытуемый должен установить различия в отдельных элементах рисунков и, руководствуясь ими, определить последовательность расположения сюжетных рисунков, установить связь событий, отраженных на этих рисунках.

Для исследования необходимо подготовить несколько серий сюжетных рисунков. Эти серии отличаются по степени сложности. С этой же целью используются рассказы в рисунках Х. Бидструпа. Последние более сложны. Кроме того, при использовании карикатур характер задания несколько меняется - выявляется доступность для больного заложенного в сюжете компонента юмора. Для исследования могут быть использованы и картинки из соответствующих субтестов методик исследования Векслера и Мейли.

Обследуемому объясняют, что на картинках изображено какое-то событие, и, если он их правильно, по порядку, разместит, то получится связный рассказ об этом событии.

Затем исследующий регистрирует в протоколе порядок расположения большим рисунков и записывает сопровождающую выполнение задания мотивировку решения, ход рассуждений. Если задание сразу выполняется ошибочно, то можно на это указать обследуемому и предложить начать все сначала. Важно отношение больного к обнаруженным ошибкам. В ряде случаев, особенно при ослабоумливающих органических заболеваниях головного мозга, оно свидетельствует о нарушении критичности мышления. Если больной, несмотря на подсказку исследующего, не может правильно расположить рисунки, то опыт можно упростить - серия сюжетных рисунков предлагается ему в правильном порядке и он должен лишь составить рассказ, который отражал бы последовательность развития событий.

При объяснении больным хода своих рассуждений необходимо выяснить, что служило основным критерием для сопоставления этих рисунков во времени - выделил ли больной общие для всех рисунков серии элементы, как улавливались им изменения, отличающие один рисунок от другого.

Затруднения в установлении развития сюжета по серии рисунков свидетельствуют о недостаточности уровня процессов обобщения и отвлечения. Особенно явственно они обнаруживаются при органических поражениях головного мозга с преимущественной локализацией в лобных отделах (Б.В. Зейгарник, 1943; А.Р. Лурия, 1947), когда больные описывают отдельно каждый рисунок, но сопоставить их не могут и приходят к совершенно нелепым выводам о развивающемся на этих рисунках событии. Причем для такого рода больных с лобным синдромом характерна абсолютная некритичность мышления, их ошибочные рассуждения недоступны коррекции.

Методика для выявления нарушений критичности мышления.

Разработана на основе методики установления последовательности событий (В.М. Блейхер, В.А. Худик, 1982). Некритичность мышления в экспериментальной ситуации, моделируемой с помощью методики, характеризуется утратой контроля над интеллектуальными процессами, рассогласованием акцептора деятельности.

Методика включает в себя несколько серий картинок, обычно используемых для установления последовательности развития по ним определенного сюжета. Первая серия содержит 4 картинки, вторая - 6 картинок. Две картинки второй серии не соответствуют сюжетной линии рассказа,

они либо содержат противоречащие ему детали, либо в них игнорируются некоторые основные признаки, играющие важную роль в развитии сюжета. Однако и по стилю, и по основным персонажам они существенно не отличаются от других картинок второй серии.

Разработаны параллельные варианты, позволяющие проводить повторные обследования больного этой методикой через некоторое время, например в процессе лечения. Больные с нарушениями критичности мышления не могут выделить картинки-артефакты. Они пытаются включить их в составляемый по картинкам рассказ, становящийся от этого бессмысленным. Некоторые больные, убедившись в том, что рассказ не получается, откладывают все картинки в сторону и заявляют исследующему о том, что не могут выполнить задание.

Классификация. Методика классификации применяется для исследования уровня процессов обобщения и отвлечения, последовательности суждений. В процессе исследования выявляется отношение больного к ситуации эксперимента и к характеру задания, его уверенность или неуверенность в правильности решения, его отношение к ошибкам - сам ли он их замечает или после подсказки исследующего, исправляет ли допущенные ошибки или отстаивает их. Методика впервые была предложена К. Goldstein (1920) для обследования больных с афатическими расстройствами. У нас она применяется в модификации Л.С. Выготского и Б.В. Зейгарник (1958).

Для исследования необходим набор карточек с изображением различных предметов, растений, животных. Изображения могут быть заменены надписями. Таким образом, можно говорить о предметной и словесной классификации - методики эти, как и аналогичные, словесный и предметный варианты методики исключения, неравнозначны, о чем свидетельствуют исследования Т.И. Тепеницыной (1959) и В.М. Блейхера (1965). Так, например, особенности шизофренического мышления легче выступают при предметной классификации. Значительно более трудной оказывается предметная классификация по сравнению со словесной для больных со сниженным уровнем процессов обобщения и отвлечения, так как она содержит больше элементов (деталей рисунка), провоцирующих несущественные, конкретные ассоциации.

Набор карточек для классификации должен быть специально подготовлен, предусматривать возможность различных ступеней обобщения. В связи с этим желательно пользоваться набором карточек, подготовленным в лаборатории экспериментальной патопсихологии Московского НИИ психиатрии.

В проведении опыта можно выделить два основных этапа. На первом обследуемый более или менее самостоятельно образует группы: одежда, мебель, школьные принадлежности, орудия труда, измерительные приборы, люди. Последние две группы, как указывает С.Я. Рубинштейн (1962), представляют наибольшие трудности для выделения. Так, объединение вместе часов, весов, термометра и штангенциркуля требует выделения наиболее существенного, абстрактного признака, выявляющего их сходство. К группе людей относятся различные представители, охарактеризованные на карточках по-разному: представители различных профессий, лыжник, ребенок. Выделение испытуемым этих групп свидетельствует об определенной сохранности процессов обобщения и отвлечения. На втором этапе происходит образование более крупных групп: растений, животных и предметов. Этот этап характеризует более высокую степень обобщения.

Ведение опыта тщательно протоколируется. Отмечаются все группировки - правильные и ошибочные. При этом важно отметить в протоколе отношение больного к обнаруженной ошибке - исправляет ли он ее, не повторяется ли эта ошибка в последующем. Следует регистрировать рассуждения больного в процессе выполнения задания, так как в них нередко содержится мотивировка ошибочного суждения. Наличие нескольких идентичных, одноименных групп (например, две группы одежды, разделение на несколько групп посуды) свидетельствует о недостаточности внимания.

Исключение.

Данные, получаемые при исследовании методикой исключения, позволяют судить об уровне процессов обобщения и отвлечения, о способности испытуемого выделить существенные признаки предметов или явлений. Существуют два варианта методики исключения - словесный и предметный.

Словесный вариант производится при помощи бланка, содержащего серии из 5 слов. Обследуемому говорят, что 4 из 5 слов в серии являются в какой-то мере однородными понятиями и могут быть объединены по общему для них признаку, а 1 слово не соответствует этим требованиям и должно быть исключено. Если обследуемый сразу не усвоил инструкцию, то 1-2 примера исследующий решает совместно с ним: <Василий, Федор, Семен и Порфирий - имена, а Иванов - фамилия>; <молоко, сливки, сыр, сметана - молочные продукты, а сало - животный жир>. Убедившись в том, что принцип выполнения задания обследуемый усвоил, ему предлагается самостоятельно выполнять последующие примеры, вычеркивая карандашом на специальном бланке подлежащее исключению слово. При

отсутствии бланков исследующий зачитывает серии слов и отмечает в протоколе характер решения.

Приводим типичные примеры для исследования по методике исключения в ее словесном варианте: дряхлый, старый, изношенный, маленький, ветхий; смелый, храбрый, отважный, злой, решительный. Существенную роль играет отношение обследуемого к допущенным ошибкам - сам ли он их заметил или с помощью исследующего, как он мотивирует ошибочные решения и насколько они доступны коррекции.

Для проведения *предметного варианта* необходимо подготовить набор карточек, каждая из которых содержит изображения четырех предметов. Дается инструкция: из изображенных на рисунке четырех предметов три имеют между собой общее, их можно объединить в одну группу, называть одним словом, а один - существенно от них отличается и должен быть исключен. Как и в предыдущем варианте, отдельные серии предъявляются обследуемому в определенной последовательности, с нарастающей сложностью. Наряду с выполнимыми заданиями в эту методику иногда специально вводят серии рисунков, где нельзя такого рода обобщение произвести. Здоровые в таких случаях либо заявляют, что задание невыполнимо, либо дают обусловленно формальный ответ, например: «Из изображенных на этом рисунке предметов нельзя выделить группу из трех, но если вы настаиваете, то я предлагаю следующее решение - в отличие от яблока, роза, шуба и книга несъедобны». Такого рода невыполнимые задания применяют при обследовании больных шизофренией.

Выделение существенных признаков.

Данная методика выявляет способность испытуемого дифференцировать существенные признаки предметов или явлений от несущественных, второстепенных. Кроме того, наличие ряда заданий, одинаковых по характеру выполнения, позволяет судить о последовательности рассуждений испытуемого.

Для исследования пользуются либо специальным бланком, либо исследующий устно предъявляет испытуемому задачи, например:

Сад (растения, садовник, собака, забор, земля). Игра (карты, игроки, штрафы, наказания, правила).

Предварительно дается инструкция: «В каждой строчке одно слово находится перед скобками, а пять - в скобках. Все слова, находящиеся в скобках, имеют какое-то отношение к стоящему перед скобками. Однако вы должны из них выбрать два наиболее существенных, являющихся неотъемлемыми признаками слова, стоящего перед скобками. Выберите только два и подчеркните их». Часто обследуемые приступают к заданию, невнимательно прослушав инструкцию, и решения их в этих случаях

поверхностны, легкомысленны. Тогда следует обратить внимание обследуемого на то, что он не усвоил инструкцию, и повторить ее. Некоторые больные, обычно при интеллектуальной недостаточности, не сразу понимают, что от них требуется. В этих случаях желательно вместе с ними решить 1-2 задачи.

Слова в задачах подобраны таким образом, что обследуемому приходится продемонстрировать свою способность уловить абстрактное значение тех или иных понятий и отказаться от более легкого, бросающегося в глаза, но неверного способа решения, при котором вместо существенных выделяются частные, конкретно-ситуационные признаки. Так, к слову «игра» правильное решение предусматривает такие существенные признаки, как «игроки» и «правила», в то же время некоторые обследуемые здесь выбирают слово «карты». При таком решении задания следует обязательно обсудить с больным результаты. Иногда даже подсказка исследующего о том, что речь идет об абстрактном значении этих понятий, не помогает обследуемому найти правильное решение. Это свидетельствует о недостаточности у него уровня процессов обобщения и отвлечения. Ошибочные решения могут носить и характер отдельных непоследовательных суждений (например, при астенических состояниях). В этих случаях больные при обращении их внимания на допущенную ошибку сами ее исправляют.

Образование аналогий.

Для выполнения этого задания обследуемому необходимо установить логические связи и отношения между понятиями. Кроме того, как и при исследовании предыдущей методикой, в опыте легко обнаруживаются нарушения последовательности суждений, когда обследуемый на время перестает следовать избранному им модусу решения задания. Аналогии в различных задачах строятся по разным принципам, и наличие инертности психических процессов значительно затрудняет для ряда больных выполнение задания - в последующей задаче они пытаются выделить аналогию по принципу предыдущей задачи.

Различают образование простых и сложных аналогий. Образование простых аналогий производится с помощью специальных бланков, на которых слева располагаются пары слов - образцы, по аналогии с которыми следует выделить пару слов в правой половине бланка. Причем справа вверху первое слово искомой пары указано, а нижнее нужно выделить из пяти. Например:

лампочка, ток, вода, трубы, кипение
электричество проволока

Обследуемому объясняют, что, так же как электричество идет по проволоке, пар идет по трубам. Совместно с обследуемым можно решить

еще один, более трудный и отличающийся другим принципом построения пример.

Обязательно для примера надо выбрать задачи, где аналогия строится по-разному принципу. Для некоторых обследуемых это служит предупреждением о возможности ошибок. Иногда принцип выполнения задания можно объяснить арифметическим примером образования пропорций. Такое объяснение оказывается успешным при определенной интеллектуальной сохранности.

В анализе результатов важно не только обнаружение ошибок, но и мотивировка их и возможность коррекции. Этим методом выявляются нарушения логического строя мышления, однако ошибки типа соскальзываний большей частью не корригируются, тогда как непоследовательные суждения в связи с истощаемостью исправляются больными, как только они их замечают. Обнаружение возможности исправления ошибок в ходе эксперимента, недопущение их в дальнейшем свидетельствуют об определенной сохранности критичности мышления.

Помимо словесного варианта методики образования простых аналогий, можно пользоваться и предметным ее вариантом. В качестве примеров для этого можно пользоваться некоторыми таблицами Рейвена, а также карточками из соответствующего субтеста в методике аналитического исследования интеллекта Мейли.

Образование сложных аналогий предусматривает выделение сложных, абстрактных логических отношений. В связи с большей трудностью этой методики мы, так же как и С. Я. Рубинштейн (1962), применяем ее лишь при обследовании лиц со средним и высшим образованием.

Обследуемого инструктируют о том, что в верхней части бланка расположены 6 пар слов, каждой из которых присущи определенные отношения. Эти отношения анализируются, например: <овца - стадо> - часть и целое, <малина - ягода> - это определение, <море - океан> различаются в количественном отношении и т. д. Затем внимание обследуемого обращается на расположенные ниже пары слов, принцип связи которых он должен сопоставить с одним из образцов. Против каждой пары он ставит тот номер, который стоит около пары-образца. Примерное решение задания носит следующий характер: <Глава является частью романа, аналогично тому, как овца - частью стада>.

Обсуждение совместно с больным допущенных ошибочных решений дает исследующему материал, на основании которого можно судить о нарушениях логического строя мышления, его целенаправленности и критичности.

Определение и сравнение понятий.

Эти методики применяются для исследования мышления.

Для определения понятия необходимо проанализировать ряд признаков предмета или явления и выделить из них наиболее существенные. Степень точности определения зависит от признаков, которые выбирает обследуемый для характеристики того или иного предмета или явления. Наиболее точным считается (М.Л. Кононова, 1963) определение, при котором отмечается родовое и видовое различия (например, «стол - это мебель, необходимая в быту или для работы»); правильное, но менее точное определение основано лишь на родовых признаках («стол - это мебель»); на более низкой ступень находится определение по назначению предмета («стол - для того, чтобы есть или писать»), совершенно недостаточным является определение, отмечающее лишь наглядные признаки предмета («стол - деревянный, на четырех ножках»).

При исследовании методикой определения понятий следует отмечать не только способность обследуемого выделять основные признаки, но и построение определения, четкость формулировки. Этой методикой легко обнаруживается расплывчатость суждений, избыточная детализация, склонность к резонерству.

Близка к описанной методика сравнения понятий. При этом происходит не только анализ свойств предмета или явления, но и устанавливаются определенные отношения между несколькими предметами, явлениями. В связи с этим сравнение понятий более сложный, чем определение понятий, мыслительный процесс, включающий в себя анализ и синтез, требующий дифференцировки существенных признаков на общие и разные для нескольких объектов.

При сравнении нескольких понятий выполнение задания идет в два этапа: вначале выделяются существенные признаки каждого из них, а затем из них выбираются совпадающие для этих объектов и те, которые обуславливают разницу между ними. При сравнении относительно однородных объектов первыми оказываются родовые, а вторыми - видовые признаки. К относительно однородным понятиям относятся: часы - хронометр, трамвай - троллейбус и т. п.

Наряду с этим Т.К. Мелешко (1966) предлагает для сравнения разнородные понятия: тарелка - ложка, ботинок - карандаш, глобус - бабочка, плащ - ночь, часы - река.

Проведенные автором исследования методикой сравнения неоднородных понятий показали, что больные шизофренией часто пользуются малохарактерными для здоровых, «нестандартными» признаками. Хотя «стандартность» того или иного признака характеризуется статистическими показателями, этот вариант может использоваться и при

диагностически направленном психологическом эксперименте, так как при нем обнаруживается легкость выделения больными шизофренией «слабых» признаков.

Сравнение понятий помогает выявить интеллектуальную недостаточность, резонерские суждения.

Понимание переносного смысла пословиц и метафор.

Методика применяется для исследования особенностей мышления - его уровня, целенаправленности и критичности.

Обследуемому называют несколько часто употребляемых метафор («золотая голова», «золотые руки», «каменное сердце», «заячья душа», «медный лоб») и пословиц («Яблоко от яблони недалеко падает», «Куй железо, пока горячо», «Слово не воробей - вылетит, не поймаешь») и просят объяснить их отвлеченный, переносный смысл. Можно предложить обследуемому привести соответствующие примеры из своей жизни или прочитанного. Буквальное истолкование пословицы или метафоры свидетельствует о недостаточности уровня обобщения. Если обследуемый верно объясняет переносный смысл пословицы, это еще не означает, что мышление у него совершенно не нарушено, так как при объяснении пословиц обследуемый проявляет имеющиеся у него знания - для выполнения задания не требуется обобщения нового материала. Процесс обобщения нового материала исследуется другими, более сложными, вариантами этой методики.

Сравнение пословиц.

Обследуемому предлагают карточки, на которых написаны специально подобранные пословицы, и дают задание сгруппировать их, выделив парами либо аналогичные, либо противоположные по смыслу. Например, Е.А. Рушкевич (1953) предлагает для сравнения следующий набор пословиц:

«Что посеешь, то пожнешь», «Куй железо, пока горячо», «Каков поп, таков и приход», «Как аукнется, так и откликнется», «Яблоко от яблони недалеко падает», «Когда дрова горят, тогда и кашу варят».

Обследуемый должен отобрать пары аналогичных пословиц:

1. *«Что посеешь, то и пожнешь» - «Как аукнется, так и откликнется».*

2. *«Куй железо, пока горячо» - «Когда дрова горят - тогда и кашу варят».*

3. *«Яблоко от яблони недалеко падает» - «Каков поп, таков и приход».*

При этом обследуемые обнаруживают не только понимание переносного смысла отдельных пословиц: сопоставляя их, они дифференцируют существенные признаки от второстепенных, случайных.

Таким образом, результаты исследования этим вариантом методики в определенной мере свидетельствуют об особенностях ассоциативных связей, в частности способствуют выявлению ассоциаций по «слабому» признаку. Примером последнего может служить обобщение пословиц: «Что посеешь...» и «Куй железо...», когда больной дает следующее объяснение: «Прежде чем сеять, надо вначале ковать. Как скуешь плуг - так и посеешь».

Отнесение фраз к пословицам.

Этот вариант предложен Б.В. Зейгарник (1958). Здесь трудность заключается не столько в истолковании переносного смысла пословицы, сколько в возможности соскальзывания на приблизительный смысл. Обследуемому предлагают серию табличек, на которых написаны пословицы или метафоры, и значительно большее количество карточек с фразами. Среди фраз имеются соответствующие переносному смыслу пословиц и лишь сходные в формально-лексическом отношении. Вначале убеждаются, что обследуемый понимает переносный смысл пословиц, а затем ему предлагают подобрать к каждой пословице соответствующую по смыслу фразу. Например, к каждой пословице дается на выбор 2-3 фразы:

<i>«Куй железо, пока горячо»</i>	<i>Золото тяжелее железа.</i>
	<i>Железо кует кузнец.</i>
	<i>Не откладывай дело в долгий ящик.</i>
<i>«Цыплят по осени считают»</i>	<i>Цыплята вырастают к осени.</i>
	<i>О деле судят по результатам.</i>

Выполняя это задание, обследуемый вначале уясняет переносный смысл пословицы, а затем сопоставляет ее с фразами и, таким образом, как бы переносит усвоенный принцип работы на материал, содержащий новое. Этот вариант задания требует более высокого уровня обобщения, чем одно лишь объяснение переносного смысла пословиц к метафор.

Называние 50 слов.

Методика направлена на изучение особенностей ассоциаций. Кроме того, по результатам исследования можно судить о богатстве словарного запаса и темпе речевой деятельности больного. Инструкция содержит просьбу назвать подряд как можно быстрее любые 50 слов, за исключением названий расположенных в комнате предметов. Произносимые больным слова записываются. По секундомеру регистрируется затраченное на это время. Если больной очень быстро называет слова, не следует

его останавливать. Слова, которые исследующий не успел записать, заменяются прочерком.

Психически здоровые называют слова «гнездами» - по 5-6 слов, имеющих общие признаки, например виды спорта, одежды и т.д. Увеличение этих гнезд рассматривается как признак инертности психических процессов. Могут быть обнаружены и малосодержательные ассоциации - по созвучию.

Инструкция может быть усложнена требованием называть только существительные. Если обследуемый ее не выполняет, дается дополнительная инструкция: «Вы называете не только существительные. Соблюдайте правила выполнения задания». Если и после этого обследуемый называет не только существительные, это также свидетельствует о значительной инертности психической деятельности.

Бедность словарного запаса проявляется в значительном увеличении времени, необходимого на выполнение задания (здоровые называют 50 слов за 1,5-2,5 мин), в повторении одних и тех же слов, в назывании вопреки инструкции находящихся перед глазами обследуемого предметов.

Пиктограммы.

Эта методика предложена Л.С. Выготским и разработана как один из методов опосредованного запоминания. В отличие от предложенной А.Н. Леонтьевым методики опосредованного запоминания при образовании пиктограммы представляют значительно большие возможности для исследования ассоциативного процесса.

Пиктограмма - образ, создаваемый обследуемым для опосредованного запоминания. Таким образом, с помощью методики пиктограмм мы изучаем самостоятельную мыслительную продукцию больных. Здесь особенно явно выступают нарушения мышления, что объясняется малой предопределенностью, меньшим регламентированием процессов мышления условиями опыта (Ю.Ф. Поляков, 1969; С.В. Лонгинова, 1972), тогда как в методике А.Н. Леонтьева выбор образов для опосредования ограничен исследующим.

Методика очень проста. Обследуемому дают листок чистой бумаги и карандаш и говорят, что сейчас он услышит слова, для запоминания которых он должен сделать какой-нибудь несложный рисунок. Инструкцией предусматривается, что качество рисунка никакой роли не играет, так как иногда обследуемые ссылаются на неумение рисовать. Кроме того, обследуемого предупреждают, что совершенно недопустимо для запоминания прибегать к словесным или буквенным обозначениям.

Слова, к которым образуются вспомогательные рисунки-пиктограммы, подготавливаются заранее. При этом учитывается

возраст обследуемого, уровень его культурного развития. Обычно вначале называют слова более конкретного содержания, а затем, убедившись, что исследуемому доступно выполнение задания, переходят к абстрактным словам, например: веселый праздник, тяжелая работа, вкусный ужин, болезнь, печаль, счастье, любовь, развитие, разлука, обман, победа, подвиг, вражда, справедливость, сомнение, дружба.

Для проведения повторных обследований по методике пиктограмм исследующий должен располагать параллельными наборами понятий, используемых для опосредования. Всего обследуемому называют 10-15 слов. Обязательно нужно включать слова, имеющие значительный эмоциональный подтекст.

В протоколе опыта записываются рассуждения больного, объясняющие связь между словом и рисунком. Затем обследуемого просят по рисункам воспроизвести соответствующие слова. По результатам выполнения задания судят об уровне процессов обобщения и отвлечения: может ли обследуемый обозначать слово символом, насколько возрастают при этом его затруднения, когда опосредуются слова абстрактного характера. Не менее важно установить характер ассоциаций, которыми руководствуется обследуемый при подборе пиктограмм, - соответствие пиктограммы заданному слову, чрезмерная конкретность ассоциаций или, наоборот, их чрезвычайно абстрактный, условно-символический характер, наличие ассоциаций по «слабому» признаку. Существенную роль играет эмоциональная насыщенность пиктограмм. В определенной степени она отражает эмоциональное состояние обследуемого.

Как уже указывалось, по результатам исследования можно судить о логической памяти обследуемого - насколько опосредование слов в зрительных образах помогает запомнить их.

Заслуживает внимания **модификация методики пиктограмм**, предложенная Б.Г. Херсонским (1979, 1981, 1982). Изменения внесены не столько в проведение исследования, сколько в интерпретацию получаемых данных. Методика стандартизована, для проведения исследования автор применял неизменный набор из 16 понятий. С помощью ретестирования устанавливается возможность продуцирования различных категорий рисуночных образов, замены менее адекватных на более соответствующие заданному понятию. Автор в плане интерпретации пиктограмм взял критерии, близкие к используемым в тесте Роршаха (обе эти методики использовались им параллельно). При классификации пиктограмм по качественным характеристикам учитываются следующие факторы: абстрактность (конкретные и атрибутивные образы, метафорическая, геометрическая, графическая и грамматическая символика), фактор индивидуальной значимости, фактор частоты (различаются стандартные, ори-

гинальные и повторяющиеся образы), фактор адекватности. С помощью указанных факторов проводится формализованная оценка рисуночных образов.

Интерпретация пиктограмм, по Б.Г. Херсонскому, включает и оценку количественных соотношений. Здесь учитываются количественные соотношения образов различного типа, количество индивидуально значимых и адекватных образов.

Представляют интерес выделенные Б.Г. Херсонским особые феномены, малоподдающиеся формализации. Это шоковые реакции, выражающиеся в прямом (речевом или мимическом) выражении неудовольствия либо в парадоксальных высказываниях типа «какое прекрасное слово...», «это интересно...». Шоковые реакции рассматриваются автором как проявление тормозящего действия аффекта на мыслительную деятельность. Отказ от выбора образа чаще всего встречается при предъявлении обследуемому наиболее сложных для опосредования понятий. Употребление буквенных обозначений вопреки инструкции является либо выражением недостаточности активного внимания, либо - негативистических тенденций. Под неформализуемыми образами понимаются и пиктограммы, основанные на ассоциациях по созвучию, на выхолощенных символах, на подборе нескольких рисуночных образов к одному понятию. Феномен единой системы заключается в том, что при построении следующей пиктограммы обследуемый использует предыдущую, трансформируя ее. Иногда это приводит к тому, что все пиктограммы в процессе исследования оказываются взаимосвязанными. Феномены «замены» и «возврата» заключаются в том, что при предъявлении нового понятия для опосредования обследуемый пытается заменить предыдущую пиктограмму либо графически ее дорабатывает. Эти феномены рассматриваются автором как проявление тревоги. Феномен упорядоченности пиктограммы предполагает наличие сложной графической характеристики, проявляющейся в выборе соответственно заданию и размеру листа рисунка, в соблюдении приблизительно одинаковых размеров рисунков и расстояний между ними. Этот феномен отражает способность к планированию и самоконтролю в ситуации исследования и наиболее часто встречается при ананкастных и субдепрессивных состояниях. Органический графический симптомокомплекс заключается в наклоне рисунка более чем на 5° от вертикальной оси, в наличии дрожащих, несовпадающих и пересекающихся линий. Этот феномен, по данным автора, высокоспецифичен для больных с органическими поражениями головного мозга.

Если в целом модификация Б.Г. Херсонским методики пиктограмм предназначена для целенаправленного научного исследования, то выделенные им при этом количественные и качественные показатели и особые

феномены могут оказаться высокозначимыми, полезными и при интерпретации данных исследования, проводимого в целях индивидуальной нозологической диагностики.

Ассоциативный (словесный) эксперимент.

Методика ассоциативного эксперимента была предложена в конце прошлого столетия и широко использовалась для исследования психически больных (В.М. Бехтерев, М.И. Аствацатуров, А.Г. Иванов-Смоленский, В.П. Протопопов).

Психоаналитики рассматривают метод словесного эксперимента как подспорье в поисках скрытых комплексов, комплексных раздражителей, трактуя с позиций фрейдистской символики полученные в процессе исследования данные.

По И.П. Павлову, при правильном физиологическом анализе результатов исследования методика словесного эксперимента открывает возможность изучения словесных условных связей и динамики нервных процессов во второй сигнальной системе, позволяет улавливать изменения корковой динамики под влиянием словесного раздражителя (А. Г. Иванов-Смоленский, 1928). Слова-раздражители являются условными сигналами, ответные речевые реакции - речевыми условными рефлексам, связанными с этими сигналами в течение прошлой жизни обследуемого путем многократного повторения.

В патопсихологии словесный эксперимент используется для анализа характера ассоциаций обследуемого и скорости их образования. С этой целью обследуемому зачитывают заранее подготовленный ряд слов - 30-40 существительных, лишенных какой-либо связи.

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

В протоколе опыта регистрируется время ответной реакции и ее содержание. Обращают внимание на лаконичность речевых реакций, соответствие их слову-раздражителю или, наоборот, случайный, нелепый характер, отсутствие связи между словом-раздражителем и словом-ответом. Многословные речевые реакции свидетельствуют о неспособности выполнения инструкции. Однако некоторые больные, в основном отвечая одним словом, в ответ на неиндифферентный для них словесный раздражитель дают многословный ответ.

Средний латентный период при обследовании здоровых составляет 0,5-1,5 с. В некоторых случаях наблюдается особенно заметное увеличение латентного периода при воздействии неиндифферентных для обследуемого словесных раздражителей (для введения их в эксперимент в бланке оставлены пробелы). Однако это явление нельзя переоценивать, так как иногда аффективно значимыми неожиданно оказываются совсем другие слова (Б.В. Зейгарник, 1958). Поэтому включение в словесный эксперимент таких аффектогенных слов должно базироваться на тщательном изучении анамнеза, конфликтной жизненной ситуации, индивидуальных особенностей личности больного.

В. Иванов (1965) предложил структурно-ассоциативный эксперимент, цель которого - исследование грамматического и логического структурирования речи (мыслительной деятельности). В качестве словесного раздражителя используются незаконченные предложения с отсутствием определенных частей речи. Эта методика позволяет обнаружить латентные проявления разорванности мышления, резонерства и начинающегося распада речи в тех случаях, когда клинически они еще мало заметны.

Подбор слов-антонимов.

Эта методика является, в сущности, вариантом словесного эксперимента, при котором более четко регламентируется характер ответных реакций. В результате исследования устанавливается словарный запас больного, устойчивость избранного модуса деятельности, состояние внимания.

Для проведения опыта пользуются специальным бланком, содержащим заранее подобранные слова, например: тупой, тонкий, грязный, исчезновение и т. д. Обследуемому дается указание к каждому слову подобрать слова противоположного значения. Для проверки уяснения инструкции первые два примера можно выполнить совместно с обследуемым, а затем - предоставить ему возможность самостоятельного выполнения задания. Исследующий записывает (по секундомеру) время, отделяющее название антонима от слова-раздражителя, и содержание ответной реакции.

При оценке результатов обращают внимание на соответствие речевой реакции условиям задания. Так, иногда вместо антонимов называются синонимы либо вообще слова, не связанные со словами-раздражителями (атактические речевые реакции). Существенное значение имеет величина латентного периода - явное удлинение его при абстрактном характере слова-раздражителя свидетельствует о некоторой недостаточности уровня обобщения. Анализируется дифференцированность и точность ответных реакций, возможность подобрать к одному слову несколько антонимов.

Характерный признак обеднения словарного запаса при интеллектуальной недостаточности - образование антонима прибавлением к заданному слову частицы <не> (красивый - некрасивый, скупой - нескупой, победа - непобеда). По увеличению латентного периода и ухудшению качества ответных реакции к концу исследования можно судить о повышенной истощаемости обследуемого.

Методика незаконченных предложений применяется в экспериментально-психологической практике давно.

Вариант этого метода, разработанный Саксом и Леви. Он включает 60 незаконченных предложений, которые могут быть разделены на 15 групп, характеризующих в той или иной степени систему отношений обследуемого к семье, к представителям своего или противоположного пола, к сексуальным отношениям, к вышестоящим по служебному положению и подчиненным. Некоторые группы предложений имеют отношение к испытываемым человеком страхам и опасениям, к имеющемуся у него чувству осознания собственной вины, свидетельствуют о его отношении к прошлому и будущему, затрагивают взаимоотношения с родителями и друзьями, собственные жизненные цели.

Для каждой группы предложений выводится характеристика, определяющая данную систему отношений как положительную, отрицательную или безразличную.

Данная методика нуждается в подтверждении другими тестами, так как надежность и валидность ее невелики, что связано с малым количеством предложений, "работающих" на одну шкалу.

Такая количественная оценка облегчает выявление у обследуемого дисгармоничной системы отношений. Но более важно, конечно, качественное изучение дополнительных предложений.

Скрининг-методики обследования.

Применение скрининг-методик рекомендуется при проведении целевых психопрофилактических осмотров, при направлении для исполнения служебных задач по охране общественного порядка при проведении крупномасштабных мероприятий).

ТЕСТ № 1

Инструкция: «Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и отметьте крестом соответствующую цифру справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете в последнее время. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных или неправильных ответов нет».

№ п/п	Утверждения	Никогда или изредка	Иногда	Часто	Почти всегда или постоянно
1	Я чувствую подавленность	1	2	3	4
2	Утром я чувствую себя лучше всего	1	2	3	4
3	У меня бывают периоды плача или близости к слезам	1	2	3	4
4	У меня плохой ночной сон	1	2	3	4
5	Аппетит у меня не хуже обычного	1	2	3	4
6	Мне приятно смотреть на привлекательных женщин, разговаривать с ними, находиться рядом	1	2	3	4
7	Я замечаю, что теряю вес	1	2	3	4
8	Меня беспокоят запоры	1	2	3	4
9	Сердце бьется быстрее, чем обычно	1	2	3	4
10	Я устаю без всяких причин	1	2	3	4
11	Я мыслю также ясно как всегда	1	2	3	4
12	Мне легко делать то, что я умею	1	2	3	4
13	Чувствую беспокойство и не могу усидеть на месте	1	2	3	4
14	У меня есть надежды на будущее	1	2	3	4
15	Я более раздражителен, чем обычно	1	2	3	4
16	Мне легко принимать решения	1	2	3	4
17	Я чувствую, что полезен и необходим	1	2	3	4
18	Я живу достаточно полной жизнью	1	2	3	4
19	Я чувствую, что другим людям станет лучше, если я умру	1	2	3	4
20	Меня до сих пор радует то, что радовало всегда	1	2	3	4

ТЕСТ № 2

Инструкция: «В данной анкете представлены явления, которыми, как правило, психика человека отвечает на трудные жизненные ситуации. Внимательно прочитайте и отметьте крестом ☒, насколько они представлены в Вашей жизни»

Утверждения	нет и не было	в прошлом, но сейчас нет	появилось в последнее время	есть уже длительное время	есть и было всегда
1. Бессонница, расстройства сна	0	1	2	3	4
2. Ощущение, что окружающие люди относятся к вам недоброжелательно	0	1	2	3	4
3. Головные боли	0	1	2	3	4
4. Изменение настроения без видимых причин	0	1	2	3	4
5. Боязнь темноты	0	1	2	3	4
6. Чувство, что вы стали хуже других людей	0	1	2	3	4
7. Плаксивость, склонность к слезам	0	1	2	3	4
8. Ощущение «комка» в горле	0	1	2	3	4
9. Боязнь высоты	0	1	2	3	4
10. Быстрая утомляемость, чувство усталости	0	1	2	3	4
11. Неуверенность в себе, в своих силах	0	1	2	3	4
12. Сильное чувство вины	0	1	2	3	4
13. Опасение по поводу возможного возникновения тяжелого заболевания	0	1	2	3	4
14. Боязнь находиться одному в помещении или на улице	0	1	2	3	4

Утверждения	нет и не было	в прошлом, но сейчас нет	появилось в последнее время	есть уже длительное время	есть и было всегда
15. Опасение покраснеть «на людях»	0	1	2	3	4
16. Трудности в общении с людьми	0	1	2	3	4
17. Беспричинный, необоснованный страх за себя, за других людей, боязнь каких-либо ситуаций	0	1	2	3	4
18. Дрожание рук, ног, всего тела	0	1	2	3	4
19. Невозможность сдерживать проявления своих чувств	0	1	2	3	4
20. Сниженное, плохое или подавленное настроение	0	1	2	3	4
21. Учащенное сердцебиение	0	1	2	3	4
22. Беспричинная, необоснованная тревога, предчувствие, что может произойти что-то неприятное	0	1	2	3	4
23. Безразличие ко всему происходящему	0	1	2	3	4
24. Повышенная раздражительность, вспыльчивость	0	1	2	3	4
25. Повышенная потливость	0	1	2	3	4
26. Чувство общей слабости, вялости	0	1	2	3	4

ТЕСТ № 3

Цифра отмечается крестом ☒

Инструкция: «Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните цифру в соответствующей графе в зависимости от того, **КАК ВЫ ЧУВСТВУЕТЕ СЕБЯ В ДАННЫЙ МОМЕНТ**. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных и неправильных ответов нет».

№	Суждение	Никогда	Иногда	Часто	Почти всегда
1	Я спокоен	1	2	3	4
2	Мне ничто не угрожает	1	2	3	4
3	Я нахожусь в напряжении	1	2	3	4
4	Я внутренне скован	1	2	3	4
5	Я внутренне спокоен	1	2	3	4
6	Я расстроен	1	2	3	4
7	Меня волнуют возможные неудачи	1	2	3	4
8	Я ощущаю душевный покой	1	2	3	4
9	Я встревожен	1	2	3	4
10	Я испытываю чувство удовлетворения	1	2	3	4
11	Я уверен в себе	1	2	3	4
12	Я нервничаю	1	2	3	4
13	Я не нахожу себе места	1	2	3	4
14	Я взвинчен	1	2	3	4
15	Я не чувствую скованности, напряжения	1	2	3	4
16	Я доволен	1	2	3	4
17	Я озабочен	1	2	3	4
18	Я слишком возбужден и мне не по себе	1	2	3	4
19	Мне радостно	1	2	3	4
20	Мне приятно	1	2	3	4

Инструкция: «Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните цифру в соответствующей графе в зависимости от того, **КАК ВЫ ЧУВСТВУЕТЕ СЕБЯ ОБЫЧНО**. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных и неправильных ответов нет».

№	Суждение	Никогда	Иногда	Часто	Почти всегда
21	У меня бывает приподнятое настроение	1	2	3	4
22	Я бываю раздражителен	1	2	3	4
23	Я легко расстраиваюсь	1	2	3	4
24	Я хотел бы быть таким же удачливым, как и другие	1	2	3	4

25	Я сильно переживаю неприятности и долго не могу о них забыть	1	2	3	4
26	Я чувствую прилив сил и желание работать	1	2	3	4
27	Я спокоен, хладнокровен и собран	1	2	3	4
28	Меня тревожат возможные трудности	1	2	3	4
29	Я слишком переживаю из-за пустяков	1	2	3	4
30	Я бываю вполне счастлив	1	2	3	4
31	Я все принимаю близко к сердцу	1	2	3	4
32	Мне не хватает уверенности в себе	1	2	3	4
33	Я чувствую себя незащищенным	1	2	3	4
34	Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей	1	2	3	4
35	У меня бывает хандра	1	2	3	4
36	Я бываю доволен	1	2	3	4
37	Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня	1	2	3	4
38	Бывает, что я чувствую себя неудачником	1	2	3	4
39	Я уравновешенный человек	1	2	3	4
40	Меня охватывает беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах	1	2	3	4

Инструкция: «Прочитав утверждения, примерьте, насколько они соответствуют вашему стилю поведения, Вашему образу жизни, и отвечайте «Да» или «Нет», отметив Ваш ответ крестом ☒

Утверждения	Да	Нет
1. Временами я не могу справиться с желанием причинить вред другим		
2. Иногда сплетничаю о людях, которых не люблю		
3. Я легко раздражаюсь, но быстро успокаиваюсь		
4. Если меня не попросят по-хорошему, я не выполню		
5. Я не всегда получаю то, что мне положено		
6. Я не знаю, что люди говорят обо мне за моей спиной		
7. Если я не одобряю поведение друзей, я даю им это почувствовать		
8. Когда мне случалось обмануть кого-нибудь, я испытывал мучительные угрызения совести		
9. Мне кажется, что я не способен ударить человека		
10. Я никогда не раздражаюсь настолько, чтобы кидаться предметами		
11. Я всегда снисходителен к чужим недостаткам		
12. Если мне не нравится установленное правило, мне хочется нарушить его		
13. Другие умеют почти всегда пользоваться благоприятными обстоятельствами		
14. Я держусь настороженно с людьми, которые относятся ко мне несколько более дружелюбно, чем я ожидал		
15. Я часто бываю не согласен с людьми		

16. Иногда мне на ум приходят мысли, которых я стыжусь		
17. Если кто-нибудь первым ударит меня, я не отвечу ему		
18. Когда я раздражаюсь, я хлопаю дверями		
19. Я гораздо более раздражителен, чем кажется		
20. Если кто-то воображает из себя начальника, то я всегда поступаю ему наперекор		
21. Меня немного огорчает моя судьба		
22. Я думаю, что многие люди не любят меня		
23. Я не могу удержаться от спора, если люди не согласны со мной		
24. Люди, уваливающие от работы, должны испытывать чувство вины		
25. Тот, кто оскорбляет меня и мою семью, напрашивается на драку		
26. Я не способен на грубые шутки		
27. Меня охватывает ярость, когда надо мной насмеются		
28. Когда люди строят из себя начальников, я делаю все, чтобы они не зазнавались		
29. Почти каждую неделю я вижу кого-нибудь, кто мне не нравится		
30. Довольно многие люди завидуют мне		
31. Я требую, чтобы люди уважали меня		
32. Меня угнетает то, что я мало делаю для своих родителей		
33. Люди, которые постоянно изводят вас, стоят того, чтобы их «щелкнули по носу»		
34. Я никогда не бываю мрачен от злости		
35. Если ко мне относятся хуже, чем я того заслуживаю, я не расстраиваюсь		
36. Если кто-то выводит меня из себя, я не обращаю внимания		
37. Хотя я и не показываю этого, меня иногда гложет зависть		
38. Иногда мне кажется, что надо мной смеются		
39. Даже если я злюсь, я не прибегаю к «сильным» выражениям		
40. Мне хочется, чтобы мои грехи были прощены		
41. Я редко даю сдачи, даже если кто-нибудь ударит меня		
42. Когда получается не по-моему, я иногда обижаюсь		
43. Иногда люди раздражают меня одним своим присутствием		
44. Нет людей, которых бы я по-настоящему ненавидел		
45. Мой принцип: «Никогда не доверять «чужакам»		
46. Если кто-нибудь раздражает меня, я готов сказать, что я о нем думаю		
47. Я делаю много такого, о чем впоследствии жалею		
48. Если я разозлюсь, я могу ударить кого-нибудь		
49. С детства я никогда не проявлял вспышек гнева		
50. Я часто чувствую себя как пороховая бочка, готовая взорваться		
51. Если бы все знали, что я чувствую, меня бы считали человеком, с которым нелегко работать		
52. Я всегда думаю о том, какие тайные причины заставляют людей делать что-нибудь приятное для меня		
53. Когда на меня кричат, я начинаю кричать в ответ		
54. Неудачи огорчают меня		

55. Я дерусь не реже и не чаще, чем другие		
56. Я могу вспомнить случаи, когда я был настолько зол, что хватал попавшуюся мне под руку вещь и ломал ее		
57. Иногда я чувствую, что готов первым начать драку		
58. Иногда я чувствую, что жизнь поступает со мной несправедливо		
59. Раньше я думал, что большинство людей говорит правду, но теперь я в это не верю		
60. Я ругаюсь только со злости		
61. Когда я поступаю неправильно, меня мучает совесть		
62. Если для защиты своих прав мне нужно применить физическую силу, я применяю ее		
63. Иногда я выражаю свой гнев тем, что стучу кулаком по столу		
64. Я бываю грубоват по отношению к людям, которые мне не нравятся		
65. У меня нет врагов, которые бы хотели мне навредить		
66. Я не умею поставить человека на место, даже если он того заслуживает		
67. Я часто думаю, что жил неправильно		
68. Я знаю людей, которые способны довести меня до драки		
69. Я не огорчаюсь из-за мелочей		
70. Мне редко приходит в голову, что люди пытаются разозлить или оскорбить меня		
71. Я часто только угрожаю людям, хотя и не собираюсь приводить угрозы в исполнение		
72. В последнее время я стал занудой		
73. В споре я часто повышаю голос		
74. Я стараюсь обычно скрывать свое плохое отношение к людям		
75. Я лучше соглашусь с чем-либо, чем стану спорить		

Инструкция: «Пожалуйста, ответьте на вопросы теста. Отвечайте «Да» или «Нет», отметив Ваш ответ крестом ☒

Вопросы	Да	Нет
1. Вы считаете, что выпиваете не больше других (то есть не больше, чем основная масса людей)?		
2. Случалось ли с Вами такое, что, проснувшись утром, после того, как выпивали, Вы не могли вспомнить часть прошедшего вечера?		
3. Выражают ли беспокойство или недовольство по поводу Вашего пьянства супруг(а), родители или другие близкие родственники?		
4. Можете ли Вы без большого усилия над собой прекратить потребление алкоголя после того, как выпили 1-2 рюмки?		
5. Вы испытывали когда-нибудь чувство вины из-за пьянства?		
6. Выши друзья или родственники считают, что Вы пьете не больше других?		
7. Вы всегда можете прекратить употребление алкогольных напитков, когда захотите?		
8. Вы когда-нибудь посещали собрание общества Анонимных Алкоголиков?		
9. Вяжывались ли Вы в драку в состоянии алкогольного опьянения?		
10. Возникали ли у Вас проблемы с супругом(ой), родителями или другими близкими родственниками из-за Вашего пьянства?		
11. Ваш(а) супруг(а), родители или другие близкие родственники обращались к кому-нибудь с просьбой помочь решить проблему Вашего пьянства?		
12. Вы когда-нибудь теряли друзей или подруг из-за пьянства?		
13. Возникали ли у Вас неприятности на работе из-за Вашего пьянства?		
14. Теряли ли Вы когда-нибудь работу из-за пьянства?		
15. Случалось ли, чтобы Вы пренебрегли своими служебными и семейными обязанностями или не ходили на работу два и более дней подряд из-за того, что находились в состоянии алкогольного опьянения?		
16. Часто ли Вы употребляете алкоголь до полудня?		
17. Вам когда-нибудь говорили, что у Вас больная печень?		
18. Случалось ли так, что после пьянства Вы видели предметы, которых не было, слышали голоса, которые не существовали в действительности?		
19. Вы обращались к кому-нибудь с просьбой помочь Вам решить проблему пьянства?		
20. Вы когда-нибудь лежали в больнице из-за пьянства?		
21. Вы когда-нибудь были пациентом психиатрического / наркологического отделения из-за злоупотребления алкоголем?		
22. Вы обращались когда-нибудь в психиатрическое / наркологическое отделение (диспансер), к какому-нибудь врачу, социальному работнику, психологу, священнику за помощью в решении эмоциональной проблемы, частью которой было пьянство?		
23. вас когда-нибудь задерживали за управление автомобилем в нетрезвом состоянии?		
24. Вас когда-нибудь задерживала полиция за поступки, совершенные в нетрезвом состоянии?		

ОБРАЗЦЫ ЗАКЛЮЧЕНИЙ

ЦЕНТР ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ФКУЗ «ЦМСЧ МВД РОССИИ»

Заключение медицинского психолога № (номер амбул. карты) по результатам психодиагностического тестирования
сотрудника ОБ ППСП

Иванова Ивана Ивановича, 1971 г.р.,

Использованные методики: патопсихологические методики для исследования когнитивных процессов: счет по Крепелину, таблицы Шульте, тест Мюнстерберга (буквенный), метод «двойных изображений», корректурная проба Бурдона Анфимова, динамика процесса заучивания – проба 25 слов, классификация предметов, простые и сложные аналогии, «немой циферблат». Методика Люшера, объективная шкала HDRS для оценки депрессии, тревоги, шкала CES-D, корректурная проба, опросник института В.М. Бехтерева – ЛОБИ.

Отношение к обследованию адекватное. Контакт свободный. Мотив участия в экспертизе: в начале - формальный (пассивен, ведом), ближе к концу обследования проявляет заинтересованность в получении обратной связи (сотруднический мотив). Без признаков установочного поведения.

Цель исследования: диагностика возможных психических нарушений (когнитивные и эмоционально-волевые расстройства).

Особенности внешности и поведения. Опрятен, ухожен. На обследовании в сопровождении жены. Со слов: в школе, техникуме учился хорошо. Служит в органах внутренних дел с 2000 г., взысканий по службе не имел.

Мимика маловыразительная. Доминирующий эмоциональный фон сам расценивает как нейтральный, спокойный, однако, выглядит подавлено, удрученно. Речь невнятная, но без явных нарушений произношения, замедленная по темпу. Активный словарь достаточный.

Жалуется на бессонницу (нарушение засыпания), головные боли больше в затылочной области, усиливающиеся при перемене погоды. При расспросе отмечает, что после ЗЧМТ на службе стал нервным, но переживания скрывает, все «носит внутри себя».

С 2009 г. состоит на учете у врача-невролога с диагнозом: последствия перенесенной ЗЧМТ в форме рассеянной микроочаговой симптоматики.

Инструкции усваивает не сразу (из-за мотива участия в экспертизе, в дальнейшем – компенсируется); темп работ снижен. Обстоятелен, склонен к детализации, при смене мотива экспертизы на сотруднический растет продуктивность, наблюдается эффект вработываемости. В пробе «кулак-ребро-ладонь» отмечается тремор, рассогласованность моторики. Темп чтения и письма снижен, почерк – без значительных нарушений. Обучаем. Критику и коррекцию со стороны психолога принимает, использует.

Оценка степени выраженности нарушений психических функций проведена по критериям медико-социальной экспертизы: 0 - отсутствующих нарушения; 1 - незначительные, 2 - умеренные, 3 - выраженные; 4 - значительные выраженные нарушения функций.

Восприятие - незначительное нарушение функций - 1 ст. Восприятие цифр, букв не страдает; наложенных фигур, зашумленных фигур - страдает легко (снижена скорость узнавания, склонен к паранозиям, требует подсказки, времени для правильного гнозиса). Узнавание недостающих деталей – 0 ошибок из 9 (субтест WAIS). «Немой циферблат» - 2 ошибки из 6.

Внимание - незначительное нарушение функций - 1 ст. Объем внимания, кратковременной слухо-речевой памяти не нарушен = 6 единиц (норма 5-7). Объем зрительной памяти не снижен = 7 единиц +1 конфабуляция (9 абстрактных фигур) (норма 5-7). Данные по таблицам Шульте: 45с, 45с, 50с, 48с, 49с. Среднее время – 47,4с. (норма от 30 до 50с.), 95с. (норма до 1с.), индекс психической устойчивости – 1 - снижена психическая устойчивость (норма до 1). Обратный отсчет по Крепелину (100-7) выполняет без ошибок в высоком темпе (2-5 сек. - норма). Пробу Мюнстерберга выполнил за 3 мин. 33 сек – 22 слова (норма – за 2 мин. 24 слова, т.е. есть легкое снижение избирательности внимания). Концентрация не снижена; есть легкие нарушения переключаемости, избирательности и распределения внимания.

Память - незначительное нарушение функций - 1 ст. Мнемограмма: 6, 6, 7 (и 1 конфабуляция), 7; в ретенции – 5 слов (и 2 конфабуляции). Персеверация единичная. Точность страдает легко. Опосредование несколько улучшает показатели. Опора на письмо (запоминание фразы) результативна. Смысловая память преобладает над механической. Нарушения долговременной памяти мозаичные незначительные. Слухо-речевая память менее выражена, чем зрительная.

Мышление – без нарушения функций. Абстрактно-логическое. Уровень интеллекта выше полученного образования (клинически, специализированная диагностика не проводилась). Обобщает на категориальном уровне; с опорой на существенные признаки. Выполнение 4-го лишнего – хорошая продуктивность. Темп ассоциативного процесса средний. Дина-

мика мышления – без признаков инертности, тугоподвижности. Критичность мышления не страдает. Мотивационный компонент сохранен.

Эмоционально-волевая сфера – умеренное нарушение функций - 2 ст. По шкалам HDRS: т = 15 – наличие симптомов тревоги, д = 10 баллов – малый депрессивный эпизод. По шкале CES-D = 19 баллов (легкое депрессивное расстройство). По методике Люшера: умеренная тревожность на неосознаваемом уровне. К эмоциональной поддержке чувствителен, принимает. На уровень продуктивности это оказывает влияние (признаки невротического состояния).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: незначительные когнитивные и умеренные эмоционально-волевые нарушения; в рамках экзогенно-органического патопсихологического симптомокомплекса.

Обследование проводил:

подпись

ФИО

дата

ЦЕНТР ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ
ФКУЗ «ЦМСЧ МВД РОССИИ»

Заключение медицинского психолога №

по результатам планового психодиагностического тестирования
сотрудника (подразделение)

Иванова Ивана Ивановича, 1988г.р.,

Примененные методики: Методика Люшера методика УНП, МЛО «Адаптивность», СМИЛ (Собчик Л.Н.), Исследование самооценки метод Дембо-Рубинштейна, тест «СОНДИ», РНЖ, патохарактерологический диагностический опросник.

Цель исследования: анализ личностных особенностей.

Испытуемый охотно идёт на контакт, заинтересован в результатах исследования. При этом отчётливо прослеживается рентная мотивация, держится несколько настороженно, *эмоционально не раскрывается, тщательно продумывает свои ответы, речевые спонтанные высказывания бедные*, в плане вопрос-ответ даёт заведомо ложные ответы экспериментатору. Жалоб не предъявляет.

Фон настроения постоянно повышен, мимика чрезвычайно подвижна.

Темп психической деятельности высокий, без признаков истощаемости.

Критика к событиям, предшествовавшим эксперименту снижена («я зашёл к психиатру, чтобы просто поговорить, а он по-своему пошутил и поставил мне психопатию»). Себя характеризует как гармоничную личность, у которой во всех сферах жизнедеятельности налажены хорошие межличностные взаимоотношения.

При исследовании личностных особенностей отмечаются расхождения в результатах методик, исследующих сознательные и бессознательные установки личности. Испытуемый характеризуется хорошей нервно-психической и эмоциональной устойчивостью, высокой адаптивностью, развитой поведенческой регуляцией, отсутствием акцентуированных черт характера. Исключением являлась методика УНП, где обнаружилась склонность к психопатизации личности при стеничном типе личностного реагирования в целом (+57 баллов по шкале невротизации, - 7 баллов по шкале психопатизации). Данные проективных методик свидетельствуют о нарушенном нервно-психическом состоянии, эмоциональной нестабильности, преобладании астенических и негативных переживаний, серьёзных межличностных проблемах и межличностных конфликтах. В актуальном состоянии – перевозбуждение нервной системы вследствие

волнений; в сложившейся ситуации ощущает угрозу и опасность; возмущён тем, что не в состоянии достичь своих целей и страдает от ощущения бессилия что-либо подделать с этим; ограничивает себя и надеется путём осторожной и скрытой решимости добиться своего. Подобные расхождения могут являться следствием установочного поведения.

Вывод: стремление испытуемого показать себя в лучшем свете приводит к искажению результатов исследования и противоречивым данным. Анализируя полученные данные (склонность ко лжи, неадекватно повышенный фон настроения, снижение критичности, результаты методики УНП и проективных тестов) можно предположить наличие у испытуемого личностно-аномального патопсихологического регистра синдрома.

Обследование проводил:

подпись

ФИО

дата

ЦЕНТР ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ
ФКУЗ «ЦМСЧ МВД РОССИИ»

Заключение медицинского психолога № (номер амбул. карты)
по результатам планового психодиагностического тестирования
сотрудника (подразделение)

Иванова Ивана Ивановича, 1988 г.р.,

Примененные методики: методика исключения предметов, пиктограмма, методика Люшера, СМИЛ (Л.Н. Собчик), исследование самооценки - метод Дембо-Рубинштейна, тест «СОНДИ», РНЖ, Личностный профиль ММРІ.

Цель исследования: анализ мыслительных процессов, личностных особенностей.

Жалоб не предъявляет.

Правильно ориентирован во всех сферах. Отношение к исследованию отрицательное; «чтобы не заниматься ерундой» испытуемый просит позвонить «в кадры УМВД» и взять у него результаты ранее проведенного тестирования социальным психологом воспитательного подразделения. Фон настроения на момент исследования несколько повышен. Испытуемый возбужден, многоречив, склонен к рассуждательству. Критика к собственному состоянию отсутствует, а также снижена при описании себя и своего прошлого. Себя характеризует как спокойного, уравновешенного, настойчивого. Считает себя абсолютно здоровым.

Мыслительная деятельность осуществляется преимущественно на хорошем уровне обобщения. При этом обнаруживаются нарушения мотивационной стороны мышления – актуализация латентных свойств предметов и явлений, потеря целенаправленности, склонность к резонёрству, а также разноплановый подход к решению задач. Например, в методике исключения размышляет следующим образом: (на карточке изображены 3 вида обуви и нога) - «на уровне отличия лишняя нога, т.к. остальное - обувь; но на уровне обобщения нет различий, т.к. обувь носится на ноге»; (фуражка, пистолет, барабан, зонтик) - «на уровне отличия лишний зонтик, т.к. остальное – военные принадлежности, а на уровне обобщения нет ничего лишнего, т.к. убить можно любым предметом» - разноплановый подход. Тенденция к резонёрству особенно проявляется в методиках «Пиктограмма» и «Классификация»: например, на понятие «справедливость» рисует точку – «понятие априорное, не требует доказательств. То же самое, что и точка». В методике «Классификация» сформировал 3 группы: «роли или достигнутая цель», т.е. люди, «то, чем достигают цель» - различные предметы, «флора и фауна». Актуализация латентных свойств предметов и явлений, потеря целенаправленности, склонность к резонёрству, а также

разноплановый подход к решению задач. Механическая слухоречевая память в нижних пределах нормативных значений со снижением опосредованного и отсроченного запоминания. Критика к собственному состоянию отсутствует.

Механическая слухоречевая память в нижних пределах нормативных значений, «кривая» запоминания – 6, 8, 9, 8, 7; отсроченное воспроизведение снижено – 6 слов. Опосредованное запоминание снижено – 8, 5 из-за большого количества неадекватных образов.

Личностный профиль ММРІ недостоверен из-за стремления испытуемого показать себя в более выгодном свете, отрицания каких-либо расстройств. Коэффициент Уэлша – 11 баллов (норма до - 7 баллов)

В актуальном состоянии: защитные внешне обвиняющие тенденции при затруднённой адаптации в межличностных отношениях. Элементы субъективизма, сверхчувствительности к критическим замечаниям, недоверчивость, настороженность, обидчивость. Тенденция к построению субъективной иррациональной схемы враждебных межличностных отношений. Характерен внешне обвиняющий тип реагирования, затруднённая адаптация в межличностных отношениях.

Вывод: обнаружены нарушения мотивационной стороны мышления вероятно в рамках личностно-аномального патопсихологического регистра синдрома.

Обследование проводил:

подпись

ФИО

дата

ЦЕНТР ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ
ФКУЗ «ЦМСЧ МВД РОССИИ»

Заключение медицинского психолога № (номер амбул. карты)
по результатам планового психодиагностического тестирования
сотрудника (подразделение)

Иванову Ирину Ивановну, 1988 г.р.,

Примененные методики: методика классификации предметов, пиктограмма, таблицы Шульте, мнемодиаграмма, ИТО, СМЛ (Л.Н. Собчик).

Цель исследования: когнитивная сфера, личностные особенности.

Контактна, отношение к обследованию в целом положительное, в поведении сдержанна, мало активна. Настроение несколько снижено, эмоциональные реакции не выразительные. Жалоб активно не предъявляет.

Темп психической деятельности высокий. Инструкции усваивает с первого предъявления, самостоятельно их удерживает.

Темп сенсомоторных реакций высокий – среднее время отыскивания таблиц Шульте - 30 сек; показатели вработываемости и психической устойчивости высокие (ВР = 1,3; ПУ = 0,91). Мнемодиаграммы без отклонений, кратковременная слухоречевая память в пределах низкой нормы (мнемодиаграмма 10 слов – 7,7,9,8,7,8) с неустойчивостью динамического компонента, тревожностью (многократное повторение слов); отсроченное воспроизведение достаточное – 9 слов.

Мыслительная деятельность осуществляется преимущественно на категориальном и функциональном уровнях обобщения. Все мыслительные операции сохранены, отмечаются незначительные трудности вербализации при назывании групп обобщённым понятием в методике «Классификация». В пиктограммах встречаются образы, выбранные на основании индуктивных признаков (искажение обобщения): образ паука на понятие «болезнь» – «примета: паука увидишь – заболеешь» и квадрат на понятие «ложь» - «так как круг - правильная форма, а ложь – квадрат, хотя и с правильными формами».

В личностной структуре преобладает конформно-зависимый тип реагирования, с сензитивностью, тревожностью и интровертированностью. Для испытуемой характерна стойкая неуверенность в своих возможностях, избыточная ориентированность на общепринятые нормы поведения, застенчивость, чувствительность, ранимость, потребность в защите со стороны более сильной личности. Поведение направлено на избегание конфликта. В актуальном состоянии отмечается выраженная эмоциональная напряжённость (наличие антитенденций по ИТО: дезадаптирующие значения по показателю сензитивности при отсутствии спонтанности).

Заключение: выявлены признаки личностно-аномального патопсихологического регистр-синдрома в рамках акцентуации характера по конформно-зависимому типу. В структуре личности преобладает гипостенический тип реагирования, с сензитивностью, тревожностью и интровертированностью. Значимых нарушений психической деятельности не выявлено, есть единичные случаи искажения обобщений.

Обследование проводил:

подпись

ФИО

дата

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ.

1. АСТЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ:
 - a. *считается неспецифическим расстройством;
 - b. характерен для шизофрении;
 - c. проявляется ангедонией;
 - d. проявляется дисфорией.
2. СОСТОЯНИЕ, ПРИ КОТОРОМ ПАЦИЕНТ ЖАЛУЕТСЯ НА ПОВЫШЕННУЮ РАЗДРАЖИТЕЛЬНОСТЬ, УТОМЛЯЕМОСТЬ, ПЛАКСИВОСТЬ, УТРАТУ СПОСОБНОСТИ К ДЛИТЕЛЬНОМУ УМСТВЕННОМУ И ФИЗИЧЕСКОМУ НАПРЯЖЕНИЮ - ЭТО:
 - a. *астения;
 - b. депрессия;
 - c. апатия;
 - d. аменция.
3. АСТЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ:
 - a. *фиксационной амнезии;
 - b. физической истощаемости;
 - c. психической истощаемости;
 - d. аффективной лабильности.
4. ДЛЯ АСТЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПОСЛЕ СОМАТИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:
 - a. *нарушения сознания;
 - b. аффективной лабильности с преобладанием пониженного настроения;
 - c. повышенной утомляемости и истощаемости;
 - d. гиперстезии.
5. АСТЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ КАК ПОСЛЕДСТВИЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ:
 - a. *явлений «усталости, не ищущей себе покоя»;
 - b. проявлений раздражительной слабости;
 - c. аффективной лабильности;
 - d. головных болей и вегетативных нарушений.
6. ДЛЯ АСТЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ИСКЛЮЧАЯ:
 - a. *легкие нарушения сознания в виде обнубиляции;
 - b. утрату способности к продолжительному умственному и физическому напряжению;

с. восстановление работоспособности после продолжительного отдыха;

d. легкость перехода от сниженного настроения со слезливостью к благодушию и эйфории.

7. ХРОНИЧЕСКОЕ ПОДАВЛЕННОЕ НАСТРОЕНИЕ И ПЕССИМИЗМ БЕЗ РЕЗКИХ КОЛЕБАНИЙ САМОЧУВСТВИЯ НАЗЫВАЕТСЯ ...

a. *дистимия;

b. циклотимия;

с. депрессия;

d. гипотимия.

8. ДИСФОРИЯ – ЭТО ...

a. *мрачное, раздражительно-злобное настроение;

b. тоска, печаль, грусть;

с. неустойчивое настроение;

d. радостное, веселое настроение.

9. ПОНЯТИЕ СУИЦИДА СООТНОСИТСЯ

a. *с наличием суицидальных мыслей предшествующих суициду, состоянием во время и после суицида;

b. намерений, предшествующих суициду;

с. с состоянием в момент совершения суицида;

d. с состоянием после совершения суицидальных попыток.

10. МЕРОПРИЯТИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ СУИЦИДОВ, ВКЛЮЧАЮТ ...

a. *оценку степени суицидальной опасности состояния, госпитализацию, терапию, строгий надзор за пациентом;

b. динамическое амбулаторное наблюдение за родственниками суицидентов;

с. недобровольную госпитализацию всех пациентов с аффективными расстройствами;

d. диспансерное наблюдение всех пациентов с аффективными расстройствами

11. ПОНЯТИЕ «ИНКОГЕРЕНТНОСТЬ МЫШЛЕНИЯ» ВКЛЮЧАЕТ

a. *высшую степень бессвязности мышления, речь представляет собой бессмысленный набор, поток слов;

b. непродуктивность мышления, «бесплодное рассуждательство», основанное на поверхностных, формальных суждениях;

с. неспособность выделения главного и второстепенного, застревание, фиксация на мелочах, малозначимых деталях;

d. нарушение логических связей, соединение разнородных по смыслу элементов речи, обличенных в правильную грамматическую форму.

12. БЕСПЛОДНОЕ РАССУЖДАТЕЛЬСТВО, ОСНОВАННОЕ НА ПОВЕРХНОСТНЫХ, ФОРМАЛЬНЫХ АНАЛОГИЯХ, КВАЛИФИЦИРУЕТСЯ КАК ...

- a. *резонерство;
- b. разорванность мышления;
- c. обстоятельность мышления;
- d. лабиринтное мышление.

13. ДЛЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ДЕПРЕССИЕЙ ХАРАКТЕРНО ВЫЯВЛЕНИЕ

- a. *замедленного мышления;
- b. шперрунгов («закупорки» мыслей);
- c. ускорения, скачков мыслей;
- d. соскальзывания на случайные ассоциации.

14. РЕЗОНЕРСТВО ОТНОСЯТ К РАССТРОЙСТВАМ МЫШЛЕНИЯ С ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ

- a. *непродуктивных многоречивых рассуждений, бесплодного мудрствования;
- b. ошибочных суждений, воспринимаемых без критики и неподдающихся коррекции со стороны врачей, авторитетных людей, близких;
- c. склонности к чрезмерной детализации при вязком обстоятельном мышлении;
- d. искаженного восприятия отдельных свойств собственного тела, предметов, явлений.

15. НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА (НЕВРОЗЫ) – ЭТО ГРУППА ...

- a. *функциональных психогенных расстройств невротического и соматовегетативного уровня;
- b. пограничных психических расстройств, обусловленных резидуально-органической недостаточностью головного мозга;
- c. прогрессивных хронических психических заболеваний;
- d. патологического развития личности.

16. БОЯЗНЬ ПРИСТАЛЬНОГО ВНИМАНИЯ СО СТОРОНЫ ДРУГИХ ЛЮДЕЙ, ИЗБЕГАНИЕ ОБЩЕНИЯ И ПУБЛИЧНЫХ МЕСТ – ЭТО ...

- a. *социофобия;
- b. нозофобия;
- c. агорафобия;
- d. панические атаки.

17. ОБЩЕЕ СНИЖЕНИЕ ПОРОГА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ С ПОВЫШЕННОЙ РАЗДРАЖИТЕЛЬНОСТЬЮ НАЗЫВАЮТ ...

- a. *гиперестезией;

- b. психорганическим расстройством;
 - c. парестезией;
 - d. сенестопатией.
18. ФИКСАЦИОННАЯ АМНЕЗИЯ – ЭТО ...
- a. *потеря способности запоминать и воспроизводить текущие события;
 - b. забывание своего имени, даты рождения;
 - c. отсутствие памяти на события, следовавшие за острым периодом болезненного состояния;
 - d. выпадение из памяти событий, предшествовавших болезненному состоянию
19. АНТЕРОГРАДНАЯ АМНЕЗИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ...
- a. *отсутствием памяти на события, следовавшие за острым периодом болезненного состояния;
 - b. постепенным забыванием биографических событий своей жизни;
 - c. выпадением из памяти событий, предшествовавших болезненному состоянию;
 - d. дезориентировкой в месте, времени, текущих событиях.
20. ПАЦИЕНТ ВСПОМИНАЕТ ИМЕНА РОДСТВЕННИКОВ, СВОЙ АДРЕС, НОМЕР ТЕЛЕФОНА ТОЛЬКО ПОСЛЕ ПОМОЩИ В ФОРМЕ НАПОМИНАНИЙ – ЭТО ...
- a. *анэuforia;
 - b. конфабуляция;
 - c. амнезия;
 - d. криптомнезия.
40. ВНИМАНИЕ – ЭТО ...
- a. *направленность психических процессов и сознания на определенный объект, имеющий для личности устойчивую или ситуативную значимость;
 - b. сосредоточенность и интенсивность процессов, фокусировании на объекте;
 - c. устойчивость и поглощаемость эмоциональными переживаниями;
 - d. все перечисленное неверно.
21. КОНЦЕНТРАЦИЯ ВНИМАНИЯ - ЭТО ...
- a. *интенсивность сосредоточения на объекте деятельности;
 - b. скорость реакции в работе с тестами;
 - c. концентрация на объекте деятельности;
 - d. все перечисленное верно.

22. ИЗБИРАТЕЛЬНОСТЬ ВНИМАНИЯ – ЭТО ...
- a. *степень помехоустойчивости какого-либо вида деятельности;
 - b. направленность при восприятии объекта;
 - c. скорость помехоустойчивости;
 - d. все перечисленное верно.
23. ГИПЕРПРОЗЕКЦИЯ – ЭТО ...
- a. *чрезмерная концентрация внимания, проявляющаяся рассеянностью, отвлекаемостью повышенной поглощенностью каким-то раздражителем;
 - b. чрезмерное сосредоточение на основных внешних и внутренних стимулах;
 - c. стойкая концентрация внимания;
 - d. все перечисленное верно.
24. РАСПРЕДЕЛЯЕМОСТЬ ВНИМАНИЯ – ЭТО ...
- a. *одновременная равномерная концентрация на несколько важных фокусов;
 - b. чрезмерная концентрация внимания, проявляющаяся рассеянностью, отвлекаемостью повышенной поглощенностью каким-то раздражителем;
 - c. направленность при восприятии объекта;
 - d. все перечисленное верно.
25. УСТОЙЧИВОСТЬ ВНИМАНИЯ – ЭТО ...
- a. *продолжительность с которой выделенные вниманием процессы сохраняют доминирующий характер;
 - b. одновременная равномерная концентрация на несколько важных фокусов;
 - c. избыточная концентрация на объекте;
 - d. все перечисленное верно.
26. ПЕРЕКЛЮЧАЕМОСТЬ ВНИМАНИЯ – ЭТО ...
- a. *способность быстро выключиться из одних установок и включиться в другие в соответствии с изменившимися обстоятельствами;
 - b. способность концентрироваться на важном в данный момент объекте;
 - c. все перечисленное верно.
27. СУЖЕНИЕ ОБЪЕМА ВНИМАНИЯ - ЭТО ...
- a. *неспособность удерживать при произвольной целенаправленной деятельности большое количество представлений и свободно оперировать ими;
 - b. снижение концентрации при работе с тестами;
 - c. фиксация на одном объекте;
 - d. все перечисленное верно.

28. УМЕНЬШЕНИЕ ГЛУБИНЫ ВНИМАНИЯ – ЭТО ...
- a. *преобладание пассивного внимания над активным;
 - b. неспособность концентрироваться на важном в данный момент объекте;
 - c. фиксация на одном объекте;
 - d. все перечисленное верно.
29. АФФЕКТ – ЭТО ...
- a. *сильное и короткое проявление эмоции, связанное с неожиданным и резким изменением жизненно важных обстоятельств;
 - b. неосознанные действия при дурном настроении;
 - c. эмоциональный срыв;
 - d. все перечисленное верно.
30. АПАТИЯ – ЭТО ...
- a. *безучастность, равнодушие, полное безразличие к происходящему;
 - b. волевое снижение, связанное с плохим настроением;
 - c. равнодушное отношение к окружающим;
 - d. все перечисленное верно.
31. ГИПОТИМИЯ – ЭТО ...
- a. *подавленность, опечаленность, тоскливость с переживанием потери, безысходности, разочарования, обреченности, ослаблением привязанности к жизни;
 - b. приподнятый фон настроения вне зависимости от ситуации;
 - c. стойкие переживания безысходности;
 - d. все перечисленное не верно.
32. ГИПЕРТИМИЯ – ЭТО ...
- a. *приподнятость, веселое, праздничное, жизнерадостное настроение с приливом бодрости, инициативы, оптимизма, ничем не омрачаемого переживания счастья;
 - b. мрачные переживания на фоне ситуации потери;
 - c. значимые ухудшения настроения;
 - d. все перечисленное не верно.
33. ЭЙФОРИЯ - ЭТО
- a. *веселое настроение с повышенной смешливостью, беспечностью, безметежностью, радостью, переживанием счастья, отсутствием забот;
 - b. приподнятость, веселое, праздничное, жизнерадостное настроение с приливом бодрости, инициативы, оптимизма, ничем не омрачаемого переживания счастья;

с. подавленность, опечаленность, тоскливость с переживанием потери, безысходности, разочарования, обреченности, ослаблением привязанности к жизни;

d. все перечисленное не верно.

34. ДИСФОРΙΑ – ЭТО ...

а. *мрачность, озлобленность, враждебность, угрюмое настроение с ворчливостью, брюзжанием, недовольством, неприязненным отношением к окружающим, вспышкам раздражения, гнева, ярости;

б. подавленность, опечаленность, тоскливость с переживанием потери, безысходности, разочарования, обреченности, ослаблением привязанности к жизни;

с. безучастность, равнодушие, безразличие к происходящему;

d. все перечисленное не верно.

ЛИТЕРАТУРА

1. Об утверждении Концепции охраны здоровья здоровых в Российской Федерации: приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 марта 2003 года № 113.
2. О требованиях к состоянию здоровья граждан, поступающих на службу в органы внутренних дел Российской Федерации, и сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации, перечнях дополнительных обязательных диагностических исследований, проводимых до начала медицинского освидетельствования, формах документации, необходимых для деятельности военно-врачебных комиссий, порядке проведения контрольного обследования и повторного освидетельствования и о признании утратившими силу некоторых нормативных правовых актов: приказ Министерства внутренних дел Российской Федерации от 2 апреля 2018 г. № 190.
3. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения: приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2012 г. № 566н.
4. Об утверждении Положения об организации медицинского обслуживания и санаторно-курортного лечения в медицинских учреждениях системы МВД России: приказ Министерства внутренних дел Российской Федерации от 8 ноября 2006 г. № 895.
5. Концепция развития психиатрической службы МВД России: письмо Департамента по материально-техническому и медицинскому обеспечению Министерства внутренних дел Российской Федерации от 10 апреля 2018 №29/ЦЧ/9-2098.
6. Агаджанян Н.А., Северин А.Е. Экология и здоровье человека: структура личностных и общественных ценностей // Журнал прикладной психологии. - М.: Издательский дом «ЭКО». 2003. - № 1.
7. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. 3-е изд. - М.: Медицина, 2000.
8. Аналитический обзор деятельности центров психофизиологической диагностики Федеральных казённых учреждений «Медико-санитарные части МВД России по субъектам Российской Федерации». – М., 2018.
9. Апанасенко Г.Л., Попова Л.А. Медицинская валеология / Серия «Гиппократ». – Ростов н/Д: Феникс, 2000.
10. Барачевский Ю.Е., Сидоров П.И., Соловьев А.Г. Медицина катастроф: монография. – Архангельск: СГМУ, 2007.

11. Белополюская Н.Л. Патопсихология. Хрестоматия. – М.: Когито, 2000.
12. Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. Клиническая патопсихология. – Ростов н/Д: Феникс, 2004.
13. Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. Медицинская психодиагностика: теория, практика, обучение. – СПб. – М.: Академия, 2003.
14. Вассерман Л.И., Дорофеева С.А., Меерсон Я.А. Методы нейропсихологической диагностики. Практическое руководство. - СПб, 1997.
15. Вахов В.П., Колос И.В., Лопушанская Н.А. Профилактика состояний психоэмоционального напряжения у сотрудников правоохранительных органов // Современная психиатрия. – 2008. - № 1.
16. Григорьев А. И., Баевский Р.М. Концепция здоровья и проблема нормы в космической медицине. - М.: Фирма «Слово», 2007.
17. Дерягина Л.Е., Сидоров П.И., Соловьев А.Г. Адаптивное поведение человека в экстремальных условиях среды. - Архангельск: Северный государственный медицинский университет, 2001.
18. Зейгарник Б.В. Патопсихология: учебное пособие для вузов. – М.: Академия, 2003.
19. Ичитовкина Е.Г., Злоказова М.В., Соловьев А.Г. Системный мониторинг психического здоровья комбатантов – сотрудников полиции: монография. – Архангельск: СГМУ, 2017.
20. Калько П. И. Сущностная характеристика понятия «здоровье» и некоторые вопросы перестройки здравоохранения: научный обзор. – М.: ВНИИМИ, 1988.
21. Карвасарский Б.Д. Неврозы. - М.: Медицина, 1980.
22. Клиническая психология: учебник для вузов / под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2007.
23. Клиническая психология: хрестоматия / сост. Н.В. Тарабрина. – СПб.: Питер, 2000.
24. Корехова М.В., Соловьев А.Г., Новикова И.А. Психическая дезадаптация специалистов в экстремальных условиях деятельности: монография – Архангельск: Северный государственный медицинский университет, 2014.
25. Корсакова Н.К., Московичюте Л.И. Клиническая нейропсихология. М.: Издательский центр «Академия», 2003.
26. Лазебная, Е. О., Зеленова М.В. Военно-травматический стресс: особенности посттравматической адаптации участников боевых действий // Психологический журнал. 1999. № 5. - С. 62-74.
27. Лакосина Н.Д., Сергеев И.И., Панкова О.Ф. Клиническая психология. – М.: Медпресс-информ, 2003.

28. Личко А.Е. Акцентуации характера как концепция в психиатрии и медицинской психологии // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 1993. - № 1. - С. 5 - 17.
29. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии: учебное пособие для студентов учреждений высшего профессионального образования. – 8 изд. - М.: Издательский центр «Академия», 2013.
30. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. – М.: Академия, 2007.
31. Максимова Н.Ю. Курс лекций по детской патопсихологии. – Ростов н/Д: Феникс, 2000.
32. Проблемные вопросы диагностики и патоморфоза невротических расстройств у военнослужащих / А.А. Марченко [и др.] // Доктор.Ру. – 2012. – № 5 (73). – С. 61–66.
33. Малая медицинская энциклопедия в 6 томах / гл. ред. В.И. Покровский). - М.: Советская энциклопедия, 1991-1996.
34. Меерсон Ф.З. Адаптация, стресс и профилактика. - М.: Наука, 1981.
35. МКБ - 10: Классификация психических и поведенческих расстройств: исследовательские диагностические критерии. - СПб., 1994.
36. Муртазов А.М. Психосоматические расстройства у сотрудников особых подразделений органов внутренних дел: частота, особенности клиники и вторичной профилактики: автореф. дис. канд. мед. наук. – Ростов н/Д: Ростовский ГМУ, 2007.
37. Практикум по патопсихологии / под ред Б.В. Зейгарник В.В. Николаевой, В.В. Лебединского. М.: МГУ, 1987.
38. Репина Н. В. Основы клинической психологии: учебное пособие для вузов. – Ростов н/Д.: Феникс, 2003.
39. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии. М., 1970.
40. Семичов С. Б. Предболезненные психические расстройства. – М.: Медицина, 1987.
41. Сидоров П.И., Парняков А.В. Клиническая психология. – М.: ГОЭТАР-МЕД, 2002.
42. Снедков Е. В. Боевая психическая травма: автореф. дис. ... д-ра мед.наук. - СПб., 1997.
43. Стрельникова Ю. Ю. Типы адаптационного стрессового реагирования и изменений личности комбатантов в отдаленном периоде возвращения к мирной жизни // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2014. – № 2 (46). – С. 145–153.
44. Сукисян С.Г., Тадевосян М.Я. Посттравматическое стрессовое расстройство у экс-комбатантов: от функционального к органическому // Психиатрия. – 2011. – № 1(49). – С. 59–69.

45. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. – М.: Медицина, 1986.
46. Уваренко А.Р. Здоровье как социальная категория (аналитический обзор) // Социальная гигиена, организация здравоохранения и история медицины: республиканский межведомственный сборник. – Киев, 1992. – Вып. 23. – С. 8–13.
47. Хомская Е. Д. Нейропсихология. 4-е изд. — СПб.: Питер, 2005.
48. Човдырова Г. С. Введение в практическую экстремальную психологию. – М.: ВНИИ МВД России, 2002.
49. Шевцова О.А., Коханов В.П. Особенности начальных изменений состояния психического здоровья у военнослужащих спецслужб России // Медицина катастроф. – 2010. – № 1. – С. 30–33.
50. Marsella A. J. Ethnocultural aspects of PTSD: some closing thoughts / A.J. Marsella, M.J. Friedman, E.T. Gerrity, R.M. Scurfield. – Washington DC: American Psychological Association, 1996. – P. 58–60.
51. Wechsler D. Manual for the Wechsler Adult Intelligence Scale. New York: Psychological Corp., 1955.

Учебное издание

ИЧИТОВКИНА Елена Геннадьевна (д-р мед. наук)
БОГДАСАРОВ Юрий Владимирович
СОЛОВЬЕВ Андрей Горгоньевич (д-р мед. наук, проф.)
ЗЛОКАЗОВА Марина Владимировна (д-р мед. наук, проф.)
НИЗОВЦЕВА Татьяна Романовна (канд.биолог.наук)

**ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ
ОБСЛЕДОВАНИЕ
В ЦЕНТРАХ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ
МВД РОССИИ**

Редактор, технический редактор: *Л.Р. Гильдеева*

Подписано в печать 29.03.2019
Формат 60x84 1/16. Объем 8,0 уч.-изд. л.
Тираж 120 экз. Заказ 18/19. Цена договорная.

РИО ВИПК МВД России
ул. Пихтовая, д. 3, мкр. Авиационный,
г. Домодедово, Московская обл., 142007