

Министерство образования Республики Беларусь
Учреждение образования «Витебский государственный
университет имени П.М. Машерова»

Н.В. Якушкин, И.В. Теряев

**НАПИСАНИЕ ЗАКЛЮЧЕНИЯ
ПО РЕЗУЛЬТАТАМ
ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО
ИССЛЕДОВАНИЯ**

Методические рекомендации

*Витебск
ВГУ имени П.М. Машерова
2013*

УДК 159.9.07(075.8)
ББК 88в686я73
Я49

Печатается по решению научно-методического совета учреждения образования «Витебский государственный университет имени П.М. Машерова». Протокол № 11 от 30.08.2013 г.

Авторы: преподаватель кафедры прикладной психологии ВГУ имени П.М. Машерова, заведующий медико-психологическим отделением Витебского областного клинического центра психиатрии и наркологии, член Регионального научно-методического совета по психологии, главный внештатный психолог управления здравоохранения Витебского облисполкома **Н.В. Якушкин**; психолог медико-психологического отделения Витебского областного клинического центра психиатрии и наркологии **И.В. Теряев**

Р е ц е н з е н т :

заведующий кафедрой психиатрии и наркологии учреждения образования «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», доктор медицинских наук, профессор *А.А. Кирпиченко*

Якушкин, Н.В.

Я49 Написание заключения по результатам психологического исследования : методические рекомендации / Н.В. Якушкин, И.В. Теряев. – Витебск : ВГУ имени П.М. Машерова, 2013. – 43 с.

В рекомендациях приведены основные положения, необходимые для написания заключения по результатам психологического исследования, и описана его структура. Они предназначены для студентов, слушателей курсов повышения квалификации и переподготовки кадров психологических специальностей. Данное издание рекомендуется практическим психологам, работающим в системе образования и здравоохранения, педагогам, социальным работникам, психологам-экспертам, дефектологам.

УДК 159.9.07(075.8)
ББК 88в686я73

© Якушкин Н.В., Теряев И.В., 2013
© ВГУ имени П.М. Машерова, 2013

СОДЕРЖАНИЕ

1. АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ	4
2. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	5
3. ОБЩИЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ	7
4. СТРУКТУРА ЗАКЛЮЧЕНИЯ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ	10
5. ЗАГЛАВНАЯ ЧАСТЬ	10
6. ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТА И НЕОБХОДИМАЯ ИНФОРМАЦИЯ О НЕМ	11
7. ОПИСАНИЕ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ВО ВРЕМЯ ИССЛЕДОВАНИЯ	11
8. ОПИСАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ВЫПОЛНЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДИК И ИХ ИНТЕРПРЕТАЦИЯ	16
8.1. Описание результатов нейропсихологического обследования	16
8.2. Описание результатов исследования мнестико-интеллектуальной сферы	18
8.3. Описание результатов исследования внимания	19
8.4. Описание результатов исследования памяти	20
8.5. Описание результатов исследования мышления	21
8.6. Описание результатов исследования интеллекта	26
8.7. Описание результатов исследования структуры (профиля) личности	27
8.8. Описание результатов исследования личности с помощью проективных методик	29
8.9. Описание результатов исследования личностных особенностей	32
8.10. Описание результатов исследования эмоционально-волевой сферы	33
9. РЕЗЮМИРУЮЩАЯ ЧАСТЬ ЗАКЛЮЧЕНИЯ	34
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	36
ПРИЛОЖЕНИЕ	37
РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА	42

1. Актуальность проблемы

Развитие клинической психологии в нашей республике в последнее время проходит очень интенсивно. Этому способствовало принятие Декрета Президента Республики Беларусь № 23 от 19.12.2008 г., Закона Республики Беларусь «Об оказании психологической помощи», приказа министра здравоохранения № 836 от 24.08.2011 г. «Об утверждении Инструкции об организации оказания психологической помощи в государственных органах здравоохранения». Эти документы задали направление дальнейшего развития клинической психологии и подтвердили общемировую тенденцию о стандартизации и унификации подходов к оказанию психологической помощи населению.

Одной из сложных проблем практической психологии является формирование единых подходов к написанию заключения по результатам психологической диагностики. Необходимо выработать общие правила к написанию заключения, чтобы специалисты, работающие в различных учреждениях здравоохранения (соматических, психиатрических и неврологических учреждений) понимали друг друга, использовали общепринятые термины и градации нарушений. Также важно учитывать, что результатами проведенных психологических исследований могут воспользоваться не только психологи, работающие в системе образования, социальной защиты, МЧС и МВД, но и специалисты судебно-медицинской экспертизы, судебных и прокурорских органов.

Любое психодиагностическое обследование заканчивается написанием заключения. Однако в психодиагностике еще не достаточно разработаны стандарты оформления психодиагностических заключений, кроме того, некоторые специалисты вообще ставят под сомнение возможность их унификации. Вследствие этого, психологу часто приходится искать свой стиль в оформлении результатов исследований. Целью настоящих методических рекомендаций является формирование единых подходов в написании заключений, которые были бы понятны и могли использоваться всеми практическими психологами и другими специалистами.

Авторы понимают, что положения, которые будут предложены в настоящих методических рекомендациях, вызовут заслуженную и незаслуженную критику. Любой процесс по формированию профессиональных рамок является трудным, но необходимым для сближения различных ведомственных, профессиональных и личностных позиций.

2. Общие положения

1. Заключение является конечным результатом диагностического процесса и определенным образом отражает этот процесс.

В рамках этого процесса выделяются следующие этапы:

- изучение медицинской документации;
- наблюдение за поведением обследуемого;
- выдвижение гипотезы;
- подбор и проведение диагностических методик;
- обработка выполненных методик;
- подтверждение выдвинутых гипотез и формулирование заключительного резюме.

При этом необходимо учитывать, что существуют четкие нормы времени, которые регламентируют диагностический процесс. На основании нормативных документов, психологам, работающим в учреждениях здравоохранения, на проведения полного обследования отпущается 2,5 часа и 1,5 часа на неполное заключение. Отсюда следует, что реально на написание заключения имеется 10–20 минут. Нужно учитывать, что кроме написания заключения необходимо выполнить и другие действия: установить контакт, собрать анамнестическую и катamnестическую информацию, дополнительно изучить другую информацию, провести и обработать диагностические методики. Поэтому объем заключения должен составлять не более 1–2 страниц печатного текста.

Часто приведенные литературные образцы заключений, которые занимают 5–8 страниц текста, пишутся не практическими психологами, а сотрудниками университетских кафедр или студентами. Эти заключения имеют обучающий или демонстративный характер, а специалисты, которые их пишут, располагают огромным количеством времени и не работают в практической медицине. Поэтому практическому психологу не стоит брать их в качестве примера, а можно их использовать только для ознакомления и понимания общего подхода к диагностическому процессу. Тратить время на написание больших и малоинформативных заключений является непозволительной роскошью и показателем низкой квалификации клинического психолога.

2. Заключение является ответом на запрос врача. Данное положение признают все психологи и врачи, но на практике врач не всегда четко формулирует свой запрос на проведение психологического исследования, а на размытый вопрос сложно дать четкий ответ. Например, провести общее обследование, изучить психические особенности и пр. Отсюда может возникнуть следующая проблема – психолог может выйти за рамки своей компетенции и начать выполнять функции врача. Например, установить врачебный диагноз – умствен-

ная отсталость или расстройство личности, определить тактику лечения. Для того, чтобы избежать данной ситуации необходимо связаться с врачом и уточнить запрос. Желательно это делать в рамках мультидисциплинарного подхода, когда психолог и врач взаимодействуют в одной бригаде. Также желательно использовать бланк направления для проведения психологического исследования. Пример части бланка направления:

- *причина направления*: первичный больной, экспертиза, дифференциальная диагностика, контроль фармакотерапии, динамика заболевания, неясность личностных особенностей в целях профориентации и др.
- *задача исследования*: интеллект (количественные или качественные показатели), психические процессы (восприятие, память, внимание, мышление), эмоционально-волевые особенности, психоэмоциональное состояние, структура личности, психофизиологические функции, нейропсихологическое исследование и др.
- *оценка особенностей психического статуса*: бредово-галлюцинаторные переживания, агрессивность, эмоциональная лабильность, замкнутость, прием нейролептиков, суицидальные тенденции, склонность к побегам, симуляция, аггравация, диссимуляция, склонность ко лжи, кверулянтство, установочное поведение и др.

Вторая проблема, которая возникает в реальной практике – это то, что в заключении психолог часто использует сложные психологические термины, которые не применяются во врачебной практике. И вместо получения ответов на свои врачебные вопросы у врача возникают дополнительные проблемы по пониманию заключения. Получается, что вместо четкого и ясного ответа на практическую задачу, врач получает размытое и перегруженное непонятными терминами заключение психолога, которое еще больше запутывает ситуацию.

Также необходимо отметить, что неоднозначные психологические термины по-разному воспринимаются психологами различных психологических направлений. Отсюда возникает ситуация, когда врачи не понимают, что написано в заключении и не могут это использовать в своих целях (постановка диагноза, оценка состояний, выраженность симптомов и др.). А другие психологи не могут понять, что написал их коллега и как это объяснить врачу. Поэтому, клиническому психологу необходимо понимать, что главная задача психолога – это наиболее четко и адекватно ответить на запрос врача, при этом использовать общепринятые медицинские термины, которые будут понятны и врачам и коллегам психологам.

3. Заключение психолога является целостным документом, встроенным в систему медицинской документации. При этом психолог несет полную ответственность за его содержание. В реальной

практике существует проблема в определении уровня ответственности и компетенции различных специалистов. Понимание клиническим психологом своей роли в диагностическом процессе и своей ответственности за результаты проведенной диагностики является показателем квалификации психолога. Написание заключения, которое является целостным документом и может использоваться для решения различных задач, включая постановку диагноза, выявления степени нарушения адаптации или способности выполнения воинской обязанности и прочего, является тем вкладом психолога в диагностический процесс, за результаты которого он несет полную ответственность.

Понимая это положение, практический психолог обязан написать такое заключение, которое является документом, и который могут использовать другие специалисты. При этом психолог несет ответственность за каждое положение этого документа и может отстаивать его положения в различных инстанциях, включая судебные или прокурорские органы. Заключение психолога по результатам проведенной диагностики, которое непонятно, противоречиво и размыто вносит только путаницу в оказании медицинской помощи конкретному человеку.

4. *Баланс количественных и качественных показаний в заключении.* В настоящее время в написании заключения по результатам проведенной психологической диагностики, есть две тенденции – описывать только количественные показатели или качественные. Например, при выполнении шкалы интеллекта Векслера в заключении приводятся только количественные показатели по различным шкалам, не дается общей оценки структуры интеллекта. Иногда в заключении приводятся выводы по качественному нарушению в различных сферах, при этом не приводится ни одного количественного показателя. Например, психолог делает вывод, что имеется снижение уровня обобщения, при этом не приводит никаких примеров или количественных показателей.

При ознакомлении с данными заключениями возникает впечатление или о некачественном проведении исследования, или что выводы не обоснованы. То и другое подрывает авторитет специалиста и дает повод усомниться в его работе. Поэтому любые количественные показатели должны иметь объяснения или быть интерпретированы, а качественные выводы подтверждаться примерами или количественными показателями.

3. *Общий подход к оценке психического состояния*

Заключение по результатам психологического исследования должно дать ясный и понятный ответ для всех специалистов, насколько выражены психические нарушения или какие имеются личностные осо-

бенности при психических расстройствах. Например, выраженность уровня тревоги или типа психологического реагирования на болезнь.

В практической деятельности психолог оперирует различными понятиями и оценками. Как говорилось выше, общемировая тенденция развития клинической психологии направлена на стандартизацию и оптимизацию психологических формулировок. Благодаря этому преодолевается проблема с неопределенностью и неточностью различных оценок и определений. Часто психологи оперируют своими, только ему понятными терминами или формулировками, которые приняты в отдельно взятом учреждении. Аргументируют следующим: «Мы так привыкли, нам так более понятно». Эта позиция приводит к ухудшению взаимодействия между разными специалистами, которые работают в сфере психического здоровья. Данные методические рекомендации направлены на решение данной проблемы.

В проведении психологической диагностики существует ряд ситуаций, при которых необходимо четко определить уровень психической патологии или выраженность поведенческих или личностных реакций, которые связаны с психическим нарушением. Мы провели анализ многих отечественных и зарубежных психологических заключений, и выявили те градации нарушений, которые наиболее часто используются в практической деятельности. Ниже мы приводим формулировки, которые используют психологи в своих заключениях при описании психических нарушений. Особенно это касается резюмирующей части заключения по результатам психологического исследования.

Имеются следующие диагностические ситуации:

1. Определение выраженности психических нарушений (уровень депрессии, умственной отсталости, снижения концентрации внимания и т.д.).
2. Определение выраженности поведенческих или личностных реакций, которые связаны или не связаны с психическими расстройствами (уровень тревоги, подвижности эмоционального реагирования и т.д.).
3. Определение выраженности симптоматики различных патологических синдромов (психопатологические симптомокомплексы, расстройства или акцентуация личности, синдром эмоционального выгорания и т.д.).

1. *Выраженность психических нарушений.* Оценка психических нарушений проводится в том случае, когда есть психическая патология или имеются изменения, связанные с проявлениями психических расстройств либо поведенческих нарушений. Выраженность психических нарушений определяется психологом на основании количественных показаний или при оценке качественных показаний.

В практике применяют различные формулировки для определения выраженности психических нарушений. Мы считаем, что необходимо стандартизировать формулировки градаций и в заключениях по результатам психологического исследования (особенно в резюмирующей части)

приводить только их. Ниже будут представлены формулировки градаций нарушений, а рядом формулировки, которые используют психологи и которые нужно привести к определенному стандарту:

1. Без нарушений. В сложившейся практике психологи это положение описывают следующими разнообразными формулировками: не выявлены психические нарушения, без снижения, сохранно и пр.

2. Легко выраженные нарушения. Это первая градация, которая используется в оценке психических нарушений. В заключениях психологи используют следующие формулировки: легко снижено, нерезко выражено, уровень легко снижен, легкие, незначительные нарушения и пр.

3. Умеренно выраженные нарушения. В практике встречаются следующие формулировки: средний уровень нарушений, умеренно снижено и пр.

4. Выраженные нарушения. В практике: имеются грубые нарушения, тяжелые нарушения, значительно нарушено, грубая патология и пр.

2. Уровень развития индивидуальных особенностей или выраженности поведенческих реакций. В данном случае оценка необходима не для выявления патологической симптоматики, а для выявления возможности пациента решать жизненные задачи, адаптироваться или оценивается выраженность реагирования на ситуацию. Например, выявление уровня развития абстрактно-логического мышления или уровня ситуативной тревоги. Для этого применяют следующие градации:

1. Низкий уровень.
2. Сниженный уровень.
3. Средний уровень.
4. Повышенный уровень.
5. Высокий уровень.

Выявленные показатели характеризуют не проявление расстройства, а личностные или психические особенности (способности). Эти данные свидетельствуют о том, как адаптируется пациент в социальном окружении, решает свои психологические, профессиональные, семейные или межличностные проблемы.

3. Выраженность симптоматики различных синдромов (психопатологический симптомокомплекс, расстройства или акцентуации личности, синдром эмоционального выгорания и пр.). Часто клинический психолог сталкивается с проблемой оценки целостного состояния нарушения психики и для решения этого нужно иметь определенные критерии. В клинической практике сложилась определенная градация нарушений, которая делится на 3 ступени:

1. Психического расстройства не выявлено. В данной ситуации имеется доклинический уровень, когда отсутствуют симптомы расстройства или имеются редкие и незначительно выраженные клиниче-

ские проявления. Психологи используют следующие формулировки: личностного расстройства не выявлено, патопсихологический синдром отсутствует, психических нарушений нет, личностные особенности в рамках нормы.

2. Есть отдельные симптомы расстройства. В данном случае имеются клинические симптомы, но их выраженность или количество не позволяет диагностировать синдром и они не образуют симптомокомплекс. В практической деятельности специалисты констатируют: имеются отдельные симптомы, синдром не выражен, психическое расстройство выражено недостаточно.

3. Выраженность симптомов соответствует критериям психического расстройства. Психологи используют следующие формулировки: выявлено психическое расстройство, показатели указывают на наличие расстройства, имеется выраженный психопатологический симптомокомплекс, нарушения соответствует психическому расстройству, высокая вероятность формирования расстройства.

4. Структура заключения по результатам психологического исследования

Структура заключения у различных отечественных и зарубежных авторов имеет определенную схожесть. Хотя имеются некоторые особенности у различных специалистов, но в основном сформирована общая структура заключения. Следует отметить, что некоторые части могут быть или в начале, или в конце. Заключение по результатам психологического исследования состоит из следующих основных частей:

1. Заглавная часть.
2. Жалобы пациента и необходимая информация о нем.
3. Описание поведенческих характеристик во время исследования.
4. Описание результатов выполнения психологических методик и их интерпретация.
5. Резюмирующая часть, которая отвечает на запрос врача.
6. Перечень применяемых методик.
7. Фамилия и инициалы психолога, его подпись и дата проведения.

5. Заглавная часть

В заголовке указывается наименование учреждения, фамилия и инициалы пациента, год рождения, фамилия специалиста, который направил и цель обследования. При необходимости в различных учреждениях могут быть востребованы и другие данные. Например: название структурного подразделения, адрес пациента и другая необходимая информация для данного учреждения.

6. Жалобы пациента и необходимая информация о нем

В этой части заключения указываются жалобы пациента. Здесь необходимо указывать те жалобы, которые относятся к психическому здоровью. Не нужно фиксировать жалобы на соматическое состояние, например, «у меня болит сердце» или «у меня прыгает давление». Нужно уточнять характер жалоб и обозначить их в психологических понятиях – «имеются жалобы на тревогу по поводу болезней сердца или повышенного давления». При этом нужно уточнить у пациента – является ли это проблемой, жалуется ли он на это (волнует ли его состояние сердца или артериального давления). Если это проблема не волнует, то в жалобах это не указывается. Для психолога важно понимать, что жалобы пациента и отношение к ним указывают на особенности самовосприятия – критичности, адекватности и др.

Также при сборе анамнестических и катамнестических данных в заключениях важно указать информацию, которая важна и которой нет в другой медицинской документации. Например, пациент в течение года выполнял исследования интеллекта по методике Векслера или проходит интенсивное медикаментозное лечение.

7. Описание поведенческих характеристик во время исследования

Грамотное описание поведенческих характеристик иногда более важно, чем описание выполненных диагностических методик. Особенно это необходимо в случаях установочного или неадекватного поведения. Характерной чертой этой части заключения является то, что все описанные параметры основываются на субъективном впечатлении специалиста, зависят от его профессиональной эрудиции и опыта и большей частью мало формализуемы.

Описывают следующие поведенческие характеристики:

1. Поведения во время обследования: внешний вид, мимика, пантомимика.

Психомоторика оценивается в трех сферах: пантомимика, тонкая моторика рук и мимика. В пантомимике оценивается поза пациента, двигательная экспрессия, особенности движений (быстрота, плавность) и другие особенности. В тонкой моторике рук делаются замечания по поводу тремора рук, особенности почерка и рисунка.

В мимике оценивается совокупность движений лицевых мускулов.

Амимия может встречаться при депрессивных проявлениях, у выраженных шизоидов, при неврологических поражениях.

При гиперимимии характерна чрезмерная эмоциональная выразительность мимики, что характерно для истероидов, эмоционально лабильных пациентов.

Парамимия представляет собой диссоциацию между содержательной характеристикой, переживаемой эмоцией индивидуума и мимическими проявлениями, их неконгруэнтность.

2. Отношение к обследованию, мотивация к обследованию.

Процесс выполнения заданий описывается через мотивацию к выполнению, отношению к работе и пониманию инструкций. Мотивация к участию в обследовании может быть позитивной, пациент хочет получить положительный результат. Также важно учитывать мотивацию, направленную на получение каких-либо выгод (разрешение на работу, получение инвалидности и пр.). Необходимо разобраться в ситуации, когда мотивация не проявляется, это может указывать на несформированную мотивационную сферу – инфантилизм, или антисоциальные личностные наклонности. От мотивации зависит вид отношения к работе, которое проявляется в следующих особенностях:

- старательность, наличие или отсутствие ориентации на успех отмечается обязательно, поскольку влияет на оценку экспертов достоверности полученных экспериментальных данных;
- повышенная отвлекаемость, свойственная гипертимным акцентуантам, гиперстенической фазе невротозов, гипоманиакальным состояниям, при явлениях повышенной истощаемости.

При описании понимания инструкций следует отметить легкость их восприятия. Замедленное понимание инструкций не всегда зависит от интеллектуального снижения, иногда это проявление общей торпидности нервно-психических процессов. Выраженное снижение понимания при интеллектуальных затруднениях проявляется в поэтапном усвоении инструкций, состоящих из нескольких условий. Нарушение понимания инструкций из-за структурных нарушений мышления проявляется во внесении дополнительных условий в очень простые задания. Испытуемый начинает выполнять задания явно по другим правилам, причем глубоко убежден в их необходимости.

Отношение испытуемого к обследованию может быть сформировано и устойчиво. Может быть неустойчивым, меняется во время эксперимента. Поэтому в начале обследования психолог должен представить и четко изложить цель предстоящей работы. Эта предварительная часть более четко сформирует мотивацию пациента и понимание, как себя вести во время обследования. Обследуемый должен понимать, что его не «делают психбольным», а изучают особенности его внимания, мышления и пр. Также можно спросить у обследуемого, хочет ли он служить в армии, или «получить инвалидность». Его ответ позволит экспериментатору прогнозировать поведение и отношение к обследова-

нию. Установочное поведение, прямая лживость и грубая симуляция особенно важны в экспертной ситуации (судебная, трудовая или военная экспертиза). Прямая лживость, как правило, выявляется без затруднений: имеются документы и информация от родственников, иные объективные свидетельства, да и признаки лживого поведения обычно вполне очевидны. Симуляция выявляется по несоответствию заявлений и жалоб больного какому-либо определенному синдрому.

3. Характеристики контакта. Контакт пациента с психологом имеет важное значение как для проведения диагностики, так и для понимания психических особенностей обследуемого. Проявления контакта зависят от многих разнообразных факторов. Выделены следующие виды контактов:

- *Нормальный контакт* проявляется в виде спокойно-ответственного отношения испытуемого к процедуре обследования. В заключении отмечается «адекватный контакт», «достаточный», «без особенностей».
- *Затрудненный контакт*: например, заикание, проблемы со слухом, речью, уклонение пациента от визуального контакта (не смотрит в глаза), выраженный негативизм и недовольные эмоциональные реакции.
- *Нарушение контакта*: невозможность установления или поддержания контакта, значительное сокращение испытуемым социальной дистанции. Негативизм в диагностической ситуации может быть как скрытым, так и явным (демонстративным). В диагностике скрытого негативизма большую роль играет умение экспериментатора «читать» невербальную коммуникативную информацию.
- *Формальный контакт*: формальное отношение к обследованию. Когда испытуемый все делает, но при этом проявляет негативные эмоциональные реакции, старается не вступать в контакт, отвечает только на поставленные вопросы, социально приемлемое уклонение от поставленных вопросов. Формальный контакт возможен при отсутствии доверия к психологу. Также он имеет место в выраженных шизоидных чертах характера. Формальный адекватный контакт характерен для нормальных, здоровых людей, пациент границы выстраивает, не пускает до определенной степени. Формальный неадекватный контакт – испытуемый ничего о себе не говорит, если его не спросят, держится настороженно, сильно различаются эмоциональные реакции между действиями, часто не контролирует свои эмоции, действия.
- *Навязчивость в контакте* проявляется у лиц, имеющих акцентуацию характера или нерешенную психологическую проблему. В истероидной навязчивости грубо проявляются эгоцентрические мотивы. Паранойяльный испытуемый монотонно ищет гипотетический вред для себя и пытается распутать интриги. Своеобразная невротическая навязчивость тематически связана с психотравмирующими проблемами.

4. Общая оценка нейродинамики. В этой части описывается, как обследуемый понимает и усваивает инструкцию, как выполняет задания (быстро или медленно), менялась ли работоспособность во время исследования – как меняется и почему, в связи с чем. Общая оценка нейродинамики необходима в особенности для тех случаев, когда внешне не наблюдаемые органические изменения нейродинамики, но это проявляется в значительно измененных по органическому типу в результатах аттентивно–мнестических проб. По внешним поведенческим реакциям можно описать следующие особенности нейродинамики:

- Общую торпидность (невыраженность симптоматики) во всех сферах (мышление, память, внимание, моторная сфера, особенность речи).
- Гипоманиакальное или маниакальное состояние в виде ускоренного мышления, отвлекаемости, мгновенного возникновения поверхностных ассоциаций и их избытка, отсутствия чувства дистанции, отсутствия чувства экспертной ситуации.
- Опережающие реакции, когда человеку кажется, что он понял задания до окончания инструкции, или когда пациент начинает отвечать на вопрос до того, как экспериментатор закончил его задавать, характерны для психопатов с выраженным эксплозивным радикалом.
- Обстоятельность, доходящая до вязкости, директивность характерны для epileptoидов, торпидных «органиков», иногда для психастеников и пациентов с epileптическими изменениями личности. Следует обратить внимание на то, что обстоятельность может быть избирательной, то есть проявляться в эмоционально значимых для данной личности темах.

5. Эмоциональные проявления (эмоциональный фон). Психолог описывает проявление эмоциональных реакций, преимущественный фон настроения (повышенный, ровный, пониженный, неустойчивый). Если необходимо, подтвердить примерами – пациент во время обследования проявляет противоположные эмоциональные реакции, одновременно волнение–радость, плач–смех, имеется эмоциональная лабильность. Эмоциональное состояние внешне проявляется в:

- ровном и спокойном фоне;
- подавленном настроении, скорбной позе;
- повышенном настроении, которое может быть в маниакальной фазе;
- эйфорическом благодушии, которое проявляется в ровном благодушном настроении независимо от внешних обстоятельств;
- раздражительности и гневливости, что характерно для больных органическим поражением ЦНС, epileptoидов, индивидуумов с психоорганическим синдромом.

6. Особенности речи. Особенности речи связаны с эмоциональным состоянием и отображают особенности мышления и характера. Темп речи (нормальный темп, вялая речь, ускоренная, скачущая) тесно связан с эмоциональным состоянием. Склонность к метафорам и эмоциональным оценкам может наблюдаться у истероидов. Склонностью к уменьшительным суффиксам часто наблюдается у больных эпилепсией и эпилептоидов. Повышенная аффектация речи, у пациентов, имеющих актуальный травматический опыт, или истероидов. Склонность к вычурным формулировкам при шизофрении и шизоидном типе характера.

7. Критика и отношение к своим переживаниям и поступкам. Критика своих актуальных переживаний и поступков, а также поступков в прошлом и будущем, позволяет установить пластичность личности, тенденции и механизмы защиты, внутреннюю картину болезни, а также мотивации личности, связанные с болезнью.

Вышеописанные поведенческие характеристики не характеризуют отдельные стороны психологического состояния, они носят самый общий и субъективный характер, но чувствительно влияют на оценку достоверности полученных экспериментальных данных. Поведенческие характеристики помогают оценить такие значимые для экспертной ситуации моменты, как степень достоверности работы индивидуума, характер и глубина предполагаемого личностного дефекта, способность имитировать болезненные состояния при установочном поведении.

Примеры описания поведенческих характеристик

Пример 1. Клинический диагноз: шизофрения. Пациент военнослужащий, 26 лет, поступил в больницу для прохождения экспертизы.

Больной охотно рассказывает о себе. Речь развита достаточно, многословен. Жалоб не высказывает. Отмечает лишь, что «память слабовата». Понимает цель исследования. С готовностью приступает к работе. Критикует содержание предлагаемых заданий, отмечает «ошибки» в построении методик. Приступая к работе, заранее уверен в правильности своих решений. После похвалы экспериментатора прекращает работу и начинает подробно рассказывать о своих способностях, о своем «выдающемся» уме и т.д. Отрицательную оценку экспериментатора игнорирует (при этом отсутствует самолюбивая эмоциональная реакция на неуспех). Быстро и легко усваивает инструкции. В ряде случаев приступает к работе, не дослушав инструкцию до конца. Способен самостоятельно избрать правильный способ работы. Быстро переключается на новый вид работы в новых условиях. Общий темп работы достаточно высок.

Пример 2. *Диагноз: органическое поражение ЦНС. Пациент техник, 28 лет.*

Больной вял, пассивен на протяжении всего исследования. Речь монотонная и неэмоциональная, голос слабый. Задаваемые вопросы понимает медленно, с трудом. Ответы не всегда в плане поставленного вопроса. Жалобы носят расплывчатый характер: «Что-то происходит с головой, а вот что... это... как-то...». Инструкции к заданиям понимает с большим трудом, более сложные инструкции вообще недоступны больному. Усвоение правил работы возможно только при искусственном расчленении действия на более простые операции.

8. Описание результатов выполнения психологических методик и их интерпретация

В этой, наиболее содержательной части заключения, должен быть дан ответ на конкретный запрос врача. После прочтения этой части у врача или другого специалиста должен четко сформироваться образ пациента, который проходит обследование. Не нужно приводить все результаты эксперимента, а необходимо описывать выполнения тех методик, которые подтверждают выдвинутую гипотезу и формируют целостное восприятие обследуемого и его нарушения.

Эта часть пишется в виде отдельных положений, которые доказывают экспериментальную гипотезу данными, полученными с помощью разных методик. Здесь описывается ход выполнения наиболее важных и показательных методик. При описании хода выполнения задания дается характеристика обследуемых психических процессов и личностных реакций пациента. Приведенная информация аргументируется (при необходимости) цифровыми данными и выдержками из ответов (реакций) испытуемого.

После каждого блока обследуемой сферы (психические процессы, мышление, интеллект, личность) или важной для диагноза методики необходимо давать интерпретации с кратким подведением итогов. Например, полученные данные свидетельствуют об умеренно выраженной неустойчивости внимания.

8.1. Описание результатов нейропсихологического обследования. Описываются все виды исследованных функций (по 1–2 предложения, отразить характер ошибок, степень выраженности нарушения). В случае сохранности функций отмечается факт того, что нарушения не выявлено. Дается характеристика следующих функций:

- зрительный, зрительно-пространственный, слуховой (речевой, неречевой), тактильный и соматосенсорный гнозис;

- динамический, кинестетический, оральный, пространственный и праксис позы;
 - восприятие эмоций;
 - реципрокная и слухо-моторные координации;
- Также описываются особенности познавательных процессов:
- мнестических (модально-неспецифической, зрительной, слухоречевой, память на эмоциональные лица);
 - внимание;
 - интеллектуальных процессов;
 - особенности экспрессивной и импрессивной речи, письма, чтения, счета.

Пример 1. Ребенок 8 лет, 1-й класс общеобразовательной школы.

В двигательной сфере обнаружено легко выраженное нарушение реципрокной координации: сначала выполнение движения нормальное, затем наступают сбои, в конце обследуемый отказывается от выполнения, при стимуляции продолжает действие, но снова наступит дискоординация. В праксисе позы единичные замены позы по зеркальному типу с самостоятельной коррекцией. Динамический праксис и проба Хэда – без нарушений.

Все виды гнозиса – акустический, пространственный, зрительно-предметный, кожно-кинестетический – без нарушений. Обследуемый выполняет все простые и сложные задания на пространственный гнозис (пробы Попельрейтера, выбор фигур и др.), однако умеренно выражено нарушение ориентировки в пространственном расположении стрелок на часах.

Конструктивный праксис без нарушений: инструкцию выполняет сразу, выполнение произвольное, действует внимательно, сверяет свои фигуры с заданными фигурами.

Акустический гнозис сформирован и устойчив. Фонематический слух, понимание и повторение слов, начинающихся с оппозиционных фонем, восприятие неречевых звуков также сформировано. Нет нарушений в стереогнозе. Зрительное предметное восприятие без нарушений, что обнаруживается как в простых, так и в сенсibilизированных пробах.

Слухоречевая память легко снижена. В пробах «2 пары по 3 слова» обнаруживается проактивное и ретроактивное торможение: сокращение слов в ряду, контаминации слов из двух рядов, однако все с последующей коррекцией. На уровне предложений и текстов тормозимость следов не проявляется. Мальчик хорошо усваивает 1-е и 2-е предложения (1-й и 2-й тексты) и возвращается от второго к первому без ошибок.

В пробе «Запоминание 10 слов» обнаружено затруднение. Обследуемый повторив 3 раза по 3–4 слова, отказался от дальнейшей работы. Однако при задаче «не запоминать слова, а просто повторить», пациент повторяет до 7 и больше слов, что говорит не о нарушении памяти, а недостаточной организованной деятельности по запоминанию. Помощь принимает, что говорит о наличии «зоны ближайшего развития». Отсроченная память в пределах нормы.

Зрительно-предметная память хорошо сформирована и устойчива. Обследуемый запоминал по 7–8 предметных картинок, их последовательность и находил их среди 20 других картинок. Хорошо выполнил конфликтные пробы, когда стимул и дистракторы были то фоном, то предметом действия, то дистракторами. К этому виду работы был проявлен высокий интерес, повысился эмоциональный фон.

Автоматизированная речь: сохранен счет до 1, отсчет от 10 до 1, однако не усвоена последовательность месяцев. Повторение звуков, слов, пар и троек слов без нарушений. Спонтанная речь в пределах нижней возрастной нормы: мальчик говорит фразами, но преимущественно простыми, неразвернутыми. В речи есть элементы спотыкания, особенно на словах со стечением согласных, хотя при повторении сложных слов (стол, стул, полковник и др.) трудности не возникают. Все функции речи в пределах нижнего уровня возрастной нормы – коммуникативная, номинативная, функция обобщения. Понимание устной и письменной речи – без нарушений.

Чтение отстает от возрастной нормы: замедленное, трудности возникают при воспроизведении согласных. При повторном прочтении текстов чтение протекает быстрее и без ошибок. Антиципации в чтении и тенденция к послоговому чтению исчезают при снятии повышенной произвольности процесса чтения, эмоционального и физического напряжения.

Все пробы на вербально логическое мышление (пересказ теста, вычленение морали, перенос действий животных на людей и др.) в пределах возрастной нормы.

Понимание значений слов, смысла, метафор доступно. Мальчик понимает значения слов ряда низкочастотных слов – космос, пространство, воздух, кислород. Делает попытки определения содержания этих и других слов.

Предметно-образное мышление (пересказ сюжетных картин, серий сюжетных картинок, раскладывание серий последовательных картинок, «четвертый лишний») – без нарушений.

8.2. Описание результатов исследования мнестико-интеллектуальной сферы. При уточнении диагноза, связанного с органическими психическими расстройствами (деменцией, последст-

виями ЧМТ и пр.), психолог должен провести обследование на выявление мнестико-интеллектуальных нарушений. Для этого используют психометрическую методику Фольштейна (MMSE), где исследуется психический статус. Методика включает следующие показатели: ориентировку, понятливость, восприятие, внимание, воспроизведение, речь, конструктивный праксис и абстрактное мышление.

Пример 1. Пациент 62 лет, пенсионер.

Ориентировка во времени и в пространстве с выраженными нарушениями (не смог назвать число, год, месяц, время года, учреждение, в котором находится). Речь развита, понимает и выполняет словесные задания, воспроизводит 3 слова в прямом и обратном порядке, в целом и по частям. Понятливость речи без нарушений. Память на отдаленные и недавние события сохранна. Внимание на речевые задания и их выполнение устойчивое, переключаемость и концентрация соответствует возрасту. Восприятие речи целостное, нарушений не выявляется. Зрительный гнозис – без нарушений. Общий балл по шкале мнестико-интеллектуальных нарушений Фольштейна (краткий вариант) – 18. Полученные данные свидетельствуют о сохранности психических функций, но при этом имеются выраженные нарушения в ориентировке во времени и в пространстве.

8.3. Описание результатов исследования внимания. В проведении психологического обследования о внимании обычно судят по способности пациента фиксироваться на стимульном материале, как вербальном, так и невербальном. При оценке внимания определяются следующие характеристики:

- избирательность (произвольная, непроизвольная),
- направленность (внешняя, внутренняя),
- ширина (объем и распределение),
- переключение (легкое, трудное),
- концентрация (высокая, низкая).

Расстройства внимания свойственны для больных с патологией центральной нервной системы, церебральным атеросклерозом, артериальной гипертензией и при других заболеваниях, сопровождающихся общемозговыми явлениями (нейроинфекции, нейроинтоксикации и т.д.). Нарушения внимания встречаются при соматических заболеваниях, сопровождающихся выраженным болевым синдромом и другими яркими клиническими проявлениями.

Пример 1. Пациент 19 лет, студент колледжа.

Внимание устойчивое, переключаемое (методика Шульте: 37, 42, 41, 42, 44, 38), концентрация имеет усредненные показатели. Из-

бирательность внимания в пределах допустимой нормы (тест Мюнстерберга). В целом у испытуемого при наличии мотивации были выявлены высокая концентрация и устойчивость внимания (корректирующая проба – 11 минут, без ошибок).

Пример 2. Пациентка 24 лет, студентка.

Время выполнения проб на внимание в пределах возрастной нормы. Исследуемая допустила незначительное количество ошибок (корректирующая проба – 8 минут, 9 ошибок). Темп исполнения заданий был высоким. Испытуемая несколько утомлялась при выполнении однообразных заданий, требующих удержания сосредоточенного внимания продолжительное время (таблицы Шульте: 38, 34, 36, 42, 45). В целом выявлены средняя устойчивость внимания, средняя концентрация внимания, хорошая переключаемость, несколько повышенная отвлекаемость. Кривая, отражающая динамику работоспособности, носила неравномерный, зигзагообразный характер. У испытуемой наблюдались легко выраженные нарушения внимания по типу – рассеянность, при хорошей переключаемости. Такие особенности внимания могут быть признаком эмоциональной лабильности и неустойчивости умственной работоспособности в целом.

8.4. Описание результатов исследования памяти. К функции памяти относится способность запоминать, удерживать и воспроизводить информацию. Нарушения памяти отмечаются в форме амнезий (ретро-антроградная, фиксационная, а также связанная с вытеснением), гипермнезии, искажениях памяти (конфабуляции, псевдореминесценции, палимпсесты). Расстройства памяти включены в психоорганический синдром, корсаковский синдром.

Расстройства памяти разной степени выраженности наблюдаются при большинстве психических заболеваний. Они наиболее отчетливы при органическом поражении головного мозга. При исследовании памяти оценивают функциональное состояние, активность внимания, истощаемость психических процессов, динамику мнестической деятельности.

Пример 1. Пациентка 23 лет, студентка.

Выявлены высокие показатели мнестической деятельности. В методике на непосредственное произвольное запоминание испытуемая верно воспроизвела 10 слов ко второму предъявлению (в норме до пяти предъявлений). Продуктивность отсроченного воспроизведения 10 слов. При выполнении опосредованного произвольного запоминания (методика «Пиктограммы») ошибок не допустила. При этом работала в быстром темпе. Эффективность опосредованного запоминания составила 100%.

Пиктограммы носили конкретный и индивидуально-символический характер, были достаточно эмоционально насыщены.

Пример 2. Пациент 25 лет, рабочий.

Во время обследования при проведении методики «Запоминание 10 слов» на непосредственное произвольное запоминание испытуемый не смог верно воспроизвести 10 слов, даже после шестого повторения. Кривая запоминания имеет характер низкого плато (4, 4, 3, 5, 5, 4). Такая кривая запоминания может встречаться при интеллектуальной, а также при мотивационной и волевой недостаточности. Продуктивность отсроченного воспроизведения слов лишь 4 слова. Оперативная и кратковременная память имеет сниженные показатели (субтест «Повторение цифр» методики Векслера – 7, при норме 9–10).

Выявляется снижение семантической памяти, что проявляется в трудностях воспроизведения и запоминания испытуемым логического последовательного сюжета только что прочитанного рассказа. Логические связи не удерживаются, смысл прочитанного понять не может, не может пересказать даже небольшую часть рассказа.

Процесс опосредованного произвольного запоминания (методика «пиктограммы») оказался недоступным для испытуемого. Он не смог подобрать пиктограммы ни к одному слову-стимулу и отказался от выполнения задания. При этом одинаково трудными для опосредования оказались как абстрактные понятия, так и конкретные стимулы.

Выявлены умеренно выраженные нарушения динамики мнестической деятельности, которые имеют прерывистый характер, что является индикатором неустойчивости умственной работоспособности в целом.

8.5. Описание результатов исследования мышления. Мышление – познавательный психический процесс, который заключается в обобщенном и опосредованном отражении связей и отношений между явлениями и предметами окружающего мира. Под понятием мышление понимается способность к формулировке понятий, суждений и обобщений. Определяются темп мышления (количественная характеристика), структура и специфика, то есть типология мышления (качественная характеристика). Важным моментом является изучение продуктивности, аспектов социальной мотивации.

В психиатрии разделяют расстройства мышления по темпу (ускорение, замедление), стереотипии (персеверации), шперрунг (обрыв мысли), структуре и содержанию. Расстройства мышления по структуре делят на паралогическое, предметно-конкретное, обстоятельное, инкогерентное (разорванное), аморфное. В свою очередь, в паралогическом мышлении выделяют идентифицирующее, символическое,

формализующее, аутистическое, прелогическое (мифопоэтическое) мышление.

Патопсихологическая классификация нарушений мышления.

Наиболее значимой патопсихологической классификацией, которая появилась первой и сохраняется в настоящее время, является классификация нарушения мышления Б.В. Зейгарник. Именно эта классификация лежит в основе всех современных отечественных типологий мыслительных расстройств. Выделяется три вида патологии мышления:

- нарушение операциональной стороны мышления;
- нарушение личностного (мотивационного) компонента мышления;
- нарушение динамики мышления.

Нарушения операциональной стороны мышления могут иметь следующие варианты:

1. *Снижение уровня обобщения* выражается в том, что в суждениях испытуемых доминируют непосредственные представления о предметах и явлениях, устанавливаются сугубо конкретные связи между предметами. Особенно наглядно это можно представить на примере анализа результатов, полученных при использовании методики классификации предметов. Например, больные объединяют в группы разнородные понятия: тетрадь и стол (потому что в тетради можно писать только на столе), книгу и диван (так как читать книгу удобно на диване). Анализируемые предметы объединяются испытуемыми на основе второстепенных, а именно латентных или частных признаков.

2. *Искажение процесса обобщения*, выражающееся в снижении уровня обобщения. Испытуемыми устанавливаются конкретно-ситуационные связи. Аналогичные результаты могут быть получены и при выполнении заданий по методике «Четвертый лишний». Снижение уровня обобщения проявляется и при исследовании больных методикой пиктограмм. Так, рисунки больных шизофренией отличаются большой схематичностью и пустой символикой. Образы, создаваемые больными эпилептической болезнью и умственно отсталыми лицами, носят конкретно-ситуационный характер и свидетельствуют о непонимании ими переноса и условности. Именно эти особенности проявляются в их педантизме, обстоятельности и вязкости.

3. *Искажение обобщения* – это нарушение операциональной стороны мышления является антиподом процесса снижения обобщения. Оно наблюдается чаще всего у больных шизофренией. Искажение обобщения выражается в «отлете» от конкретных связей в чрезвычайно утрированной форме. Если у больных эпилепсией уровень обобщений характеризуется конкретно-ситуативными связями (и это означает снижение уровня обобщения), то больные шизофренией отражают в своих обобщениях лишь случайную сторону явлений, предметное содержание которых ими не учитывается и искажается.

Нарушение мотивационного (личностного) компонента мышления приводит не только к поверхностности и незавершенности суждений, но и к тому, что мышление перестает быть регулятором действия человека. Особенно ярко нарушение мотивационного компонента обнаруживается в **разноплановости мышления и резонерстве**.

Под *разноплановостью мышления* понимается протекание суждений в разных руслах. Классификация, выполненная пациентом, страдающим разноплановостью суждений, не имеет единого характера. Например, пациент объединяет в группу карточки со следующими изображениями: лопата, кровать, ложка, автомобиль, самолет, корабль и дает им объяснение: «Железные. Предметы, свидетельствующие о силе ума человеческого».

Резонерство – это бесплодное мудрствование, непродуктивные многоречевые рассуждения. Резонерские рассуждения больного определяются не столько нарушением его интеллектуальных операций, сколько повышенной эффективностью, неадекватным отношением, стремлением подвести любое, даже незначительное явление под какую-то концепцию. Резонерство выражается в претенциозно-оценочной позиции больного и склонности к большому обобщению по отношению к мелкому объекту суждений.

Нарушение динамики мыслительной деятельности. Нарушение динамики мыслительной деятельности в следующих разновидностях:

1. *Лабильность мышления* – это чередование адекватных и неадекватных решений. Уровень обобщения в основном может не страдать, однако адекватный характер суждений может быть неустойчивым. Достигая в отдельных случаях высоких уровней обобщения, больные эпизодически сбиваются на неправильные или случайные сочетания. Лабильность мышления может выражаться в чередовании обобщенных и конкретно-ситуационных сочетаний; подмене логических связей случайными сочетаниями; образовании одноименных групп (например, представителей рабочих профессий). Лабильность мышления часто проявляется у больных маниакально-депрессивным психозом в маниакальной фазе болезни. Маниакальные состояния характеризуются повышенным аффективным состоянием и психомоторным возбуждением. Пациенты беспрерывно громко говорят, смеются, шутят, сопровождая свою речь экспрессивной жестикуляцией и мимикой. Иногда выкрикивают отдельные слова. Характерна чрезвычайная неустойчивость и разбросанность внимания. Возникающие ассоциации носят хаотический характер и не оттормаживаются. Понимая смысл пословицы, обследуемые не могут на ней сосредоточиться. Нередко какое-нибудь слово в пословице вызывает цепь ассоциаций, которые далеко уводят пациента от начальной темы.

2. Затрудненность переключения с одного способа работы на другой носит название *инертности мышления*. Это нарушение мышления противоположно по смыслу предыдущему. Изменение условий затрудняет возможности обобщения материала. Инертность связей прежнего опыта приводит к снижению операций обобщения и отвлечения (например, при осуществлении предметной классификации). Больные эпилепсией, с последствиями тяжелых травм, а также умственно отсталые демонстрируют вязкость мышления. Они обнаруживают замедленность и тугоподвижность интеллектуальных процессов и трудности переключения. При этой форме нарушения мышления характерны запаздывающие ответы, когда следовый раздражитель сохраняет свое значение.

Основными методами исследования мышления являются тесты на классификацию, исключение, выделение существенных признаков, аналогии, обобщение, ассоциативный эксперимент, интерпретация идиом, пересказ текстов, пиктограмма.

Пример 1. Пациент 30 лет, рабочий.

Мышление подвижное, темп средний. При выполнении предложенных методик испытуемый допускал ошибочные ответы по типу нарушения уровня обобщения. Иногда производил обобщение по второстепенным признакам. И хотя ошибочные суждения были эпизодичны, они редко поддавались коррекции при подсказке или просьбе подумать. Так, исследуемый увидел на картинке сходство между замком и зданием в том, что «замок, если переставить ударение на первый слог, может ассоциироваться с замком (строением)».

Нарушение обобщения также проявлялось в выполнении методики «Классификация предметов». Распределение стимульного материала на группы производилось испытуемым чрезмерно обобщенно, без связи с реальным содержанием явлений. Так, он разделил все карточки на две группы: 1-я – продукты, куда включил овощи, фрукты, животных и птиц; 2-я – люди и здания, объяснив свой выбор следующим образом: «Люди и здания – это признаки цивилизации, а все остальное – еда».

При выполнении задания «Исключения лишнего» обследуемый исключал предметы по несущественным признакам, без связи с реальностью. Например, из четырех предметов – лампочка, карандаш, лопата, клещи – он предложил исключить клещи, так как «это предмет, который не содержит стройности движения». У испытуемого были выявлены элементы разноплановости мышления, когда одно и то же задание он выполнял в нескольких вариантах, при этом суждения протекали в разных плоскостях.

При выполнении заданий по методике «пиктограммы» был выявлен множественный тип выбора (для опосредования одного стимула выбирается сразу несколько образов), когда переплетаются логические суждения, обрывки представлений, элементы воспоминаний. Помимо этого испытуемому недоступен скрытый смысл многих известных пословиц, что свидетельствует о снижении целенаправленности и критичности мышления. Например, на пословицу «Чем дальше в лес, тем больше дров» была проведена интерпретация – «Чем больше учишься, тем больше узнаешь».

Таким образом, у испытуемого диагностируются умеренно выраженные нарушения операционной стороны мышления по типу искажения процессов обобщения, а также нарушения личностного компонента мышления (элементы соскальзываний, разноплановости, резонерства).

Пример 2. Пациент 28 лет, безработный.

Мышление подвижное, темп высокий. У обследуемого были выявлены умеренно выраженные нарушения в мыслительных операциях. При выполнении задания «Классификация предметов» подменяет логические связи случайными сочетаниями, при ассоциациях возникают затруднения и необычные понятия. Например, обследуемый соединяет стакан, часы, коньки в общее понятие «поездка». При этом пациент плохо вербализует свои мысли, постоянно требуется их уточнять.

При выполнении задания «Исключение предметов» возникают затруднения и разноплановость мышления. Например, из 4 четырех предметов: очки, градусник, весы, секундомер – исключает весы, «они взвешивают, остальное для работы». Или в исключении предметов бочка, чайник, тарелка, ключ – выбирает бочку, «в нее можно что-то складывать». Часто затрудняется объединить предметы в одну группу, общие признаки предметов выделяет сверхобобщая, без связи с реальностью.

В интерпретации идиом и пословиц присутствует конкретно-ситуационное или интуитивное понимание переносного смысла и испытывает трудности в его вербализации (например, светлая голова – блондинка). В задании, где в тесте нужно вставить пропущенные слова, испытывает затруднения.

Пример 3. Пациент 19 лет, учащийся лица.

Мышление подвижное, темп средний. Мыслительные операции (анализ, синтез, обобщение, абстрагирование) сохранены. Но вместе с тем следует отметить легко выраженное снижение способности к абстрактно-логическому мышлению. В тестах на качественную оценку интеллекта (обобщение и исключение понятий, простые и сложные аналогии, определения понятий) показывает результаты,

соответствующие усредненным показателям.

В интерпретации идиом и пословиц присутствует конкретно-ситуационное или интуитивное понимание переносного смысла, об- следуемый испытывает трудности в его вербализации.

8.6. Описание результатов исследования интеллекта. В ши- роком понимании под термином «интеллект» подразумевается спо- собность человека решать жизненные задачи (проблемы). Жизненны- ми задачами могут быть профессиональные, житейские, межличност- ные и другие. Поэтому в настоящее время говорят об интеллекте не только как способности получать высокие оценки в школе, но и о том, как человек адаптируется в обществе (социальный интеллект) или формирует коммуникации с другими (эмоциональный интеллект).

Интеллект является интегративной функцией психики, которая имеет содержательную (фигуративная, символическая, семантическая и поведенческая составляющие), оперативную (память, мышление, конвергентная и дивергентная составляющие) и продуктивную (спо- собность создавать понятия, классы, группы) стороны.

В клинической практике, интеллект исследуют с помощью пси- хометрических (количественных) методик и методик, отражающих качественную сторону интеллекта. Экспериментально- психологическое исследование интеллекта позволяет уточнить струк- туру, характеристики и тяжесть снижения интеллекта.

Пример 1. Пациентка 23 лет, швея.

Уровень интеллектуального развития (определяемый по методи- ке Векслера): общий – 100, что соответствует норме (вербальный – 102, невербальный – 98). На фоне среднего уровня протекания интел- лектуальных процессов наблюдается значительное несоответствие между его отдельными структурными компонентами (более 5 б).

Отмечается понижение группы показателей способностей, ко- торые относятся к социальному или эмоциональному интеллекту. Это особенно проявлялось в субтесте «понятливость», где требует- ся понимание определенных социальных явлений. Снижение способно- сти испытуемой дать ответ на этот круг вопросов свидетельству- ет о социальной замкнутости, недостаточном понимании причинно- следственных связей в межличностных ситуациях, нарушении ориен- тировки в практических ситуациях. В субтесте «осведомленность» испытуемая не может ответить на вопросы, связанные с экономи- ческой, политической и социальной жизнью.

Среди невербальных заданий наиболее низкими оказались оценки по субтесту «складывание фигур», направленного на исследование

конструктивного мышления. Испытуемая складывала первые попавшиеся части фигуры, затем прикладывала остальные детали.

Наиболее высокие значения имеют показатели, характеризующие память и внимание (концентрацию, переключаемость и объем), что подтверждает описанные выше данные о высоком уровне протекания этих процессов.

Таким образом, по методике Векслера у испытуемой диагностируется средний уровень интеллекта, при этом отмечается понижение показателей способностей, которые относятся к социальному или эмоциональному компоненту интеллекта.

8.7. Описание результатов исследования структуры (профиля) личности. Понятие личности является многомерным и охватывает множество сфер психической деятельности, связанных с «Я» и системой социальных отношений. Хотя всегда необходимо выявлять «ядро», то есть основные и глубинные характеристики данной личности. В настоящее время получили распространение два основных метода исследования личностных особенностей: проективные и объективные (структурные) методики.

Старейшими из них являются проективные методики. Тестируемым дается некий неопределенный образ – изображение какой-нибудь сцены, чернильная клякса или незаконченная фраза, – после чего им предлагается придумать историю, связанную с этой сценой, сказать, на что похоже чернильное пятно, или закончить фразу. При этом никаких объективно верных или неверных ответов, которыми они могли бы руководствоваться, им не дают. Пациенты должны «спроецировать» собственные соображения, мысли и ощущения на эти образы.

В виду недостаточной валидности и надежности проективных тестов их применяют только в сочетании с другими методами оценки, в качестве батареи тестов. Полученные с их помощью данные используют как источник гипотез о данной личности. Их используют при оценке людей с эмоциональными расстройствами или дифференциальной диагностики. Одним из важных их достоинств является простота и быстрота выполнения.

Другой вид личностных тестов – объективные, или структурные, тесты. Как правило, в них требуются дать краткие ответы. На основании полученных ответов выстраивается структура или типология личности, в рамках той или иной теоретической конструкции, которую предлагает автор методики. Методики могут иметь медицинскую или общепсихологическую направленность.

Пример 1. Пациент 45 лет, рабочий.

Результаты выполнения многофакторного личностного опросника ММРІ достоверны, код профиля личности (8,1,6,4/5) отражает

затруднения социализации, связанные с недостаточной способностью воспринять обычаи, правила и нормы, которыми руководствуются в своем поведении большинство окружающих людей. Выраженные затруднения в межличностной сфере, обусловленные отсутствием способности к интуитивному пониманию окружающих и, как результат, нарушение социальной адаптации. Социальные коммуникации значительно затруднены также в силу своеобразия мышления, неспособности контролировать высказывания. Чувство недостаточной связи с окружением, неудовлетворенной потребности в контактах не сопровождается нарастанием тревоги. Амбивалентное отношение к окружающим порождает при этом наряду со стремлением к контактам угрюмую недоверчивость. Личности с таким типом профиля характеризуются неконформным поведением и агрессивными поступками, совершенными в результате недоразумений, неприспособленности к тем или иным условиям, неспособности четко осознать социальную норму. Постоянное ощущение угрозы может толкать их на превентивное нападение, в данном случае, в виде открытой вербальной агрессии.

Пример 2. Пациентка 38 лет, бухгалтер.

Результаты выполнения многофакторного личностного опросника ММРІ достоверны, профиль пикообразный, пограничный, код профиля (2,6). Показатели по шкале лжи (у испытуемый 50 Т) несколько завышены, это свидетельствует о том, что испытуемая склонна преукрашивать свой психологический портрет, имея дефицит интерперсональных взаимоотношений. Наклон профиля психотический свидетельствует о нарушениях скорее в поведенческой, чем в эмоциональной сфере; подобный наклон профиля и в сочетании с ведущими пиками является прогностически неблагоприятным признаком социальной адаптации личности. Подъем профиля (2,6) отражает выраженную дисгармоничность, поскольку выявляет одновременное наличие депрессии и аффективной ригидности. Такой профиль имеет место либо при возникновении аффективно насыщенных концепций у исходно субдепрессивных личностей, либо в тех случаях, когда исходная аффективная ригидность и чувство враждебности окружающих приводят к ощущению разрыва межличностных связей, что сопровождается тревогой и депрессивными реакциями. Стремление избежать разочарования, ограничивающее контакты личностей тревожных и субдепрессивных, сочетается с ожиданием враждебных или недобросовестных действий окружающих. Эти трудности существенно нарушают социальную адаптацию.

Пример 3. Пациентка 44 лет, учитель.

Исследование по методике SCL 90 свидетельствует о высокой степени выраженности симптоматики на момент исследования (общий индекс выраженности симптоматики, индекс проявлений симптоматики, индекс выраженности дистресса существенно выше нормативных значений, полученных на клинических группах). Наиболее выражена симптоматика по шкалам: обсессивность-компульсивность, фобии. Значения по указанным шкалам также в 1,5–2 раза превышают средние по группе больных невротиками. В числе выраженных являются симптомы, отражающие явления навязчивости, такие, как «Необходимость делать все очень медленно, чтобы не допустить ошибки», «Чрезмерное беспокойство по разным поводам», «Потребность проверять и перепроверять то, что Вы делаете».

8.8. Описание результатов исследования личности с помощью проективных методик. Проективные методики представляют собой специальную технику клинико-экспериментального исследования тех особенностей личности, которые наименее доступны непосредственному наблюдению или опросу. Формальные характеристики проективных приемов, не давая оснований для однозначного соотнесения их с какой-то определенной теоретической схемой, тем не менее обуславливают особую стратегию исследования. Прежде всего это касается поведения экспериментатора и испытуемого: экспериментатор из нейтрального регистратора ответов испытуемого должен стать его партнером, доброжелательным и понимающим собеседником. Успех исследования во многом зависит от личности экспериментатора, его умения расположить к себе испытуемого и ряда других факторов, возникающих в подобном общении.

Пример 1. Пациент 18 лет, учащийся колледжа.

Получены следующие результаты по проведению методики «Несуществующее животное»: описание рисунка – рисунок мелкий, нарисован в профиль, расположен в правом верхнем углу листа бумаги. Несуществующее животное продолговатой формы с длинной шеей, двумя горбами и хвостом, который опущен вниз. Имеет две лапы с пальцами и одну с ногтями, опущенными вниз. Голова животного у макушки покрыта волосами. На голове определяется глаз, нос и высунутый язык. По данным опроса животное живет на необитаемом острове, где таких животных много, но каждое само по себе. Животное обычно занимается тем, что ест себе подобных. Больше всего любит плавать, не любит стричь ногти. Врагов нет, и животное не боится себе подобных. Боится смерти, однако приблизительный возраст жизни подобных существ составляет около 60 лет. Данные

по рисунку свидетельствуют о депрессивных и агрессивных тенденциях, недостатке межличностного общения.

Результаты по проведению проективной методики «Рисунок человека»: описание рисунка – рисунок мелкий, схематичный, расположен в правом верхнем углу листа бумаги. Человек, изображенный на рисунке, имеет голову с глазами, носом, улыбающимся ртом, ушами и короткими волосами. Выражение лица человека – растерянное. У изображенного человека имеется шея, округлое туловище с пупком, ногами и ступнями, повернутыми вправо. Руки человека достаточно широко расставлены в стороны. Имеются крупные ладони с 5-ю пальцами на каждой руке. По данным опроса на рисунке изображен голый человек мужского пола 16-летнего возраста. Характер – позитивный и жизнерадостный. Изображенный человек ни о чем не задумывается и живет в свое удовольствие. Ничем не занимается и любит праздную жизнь. Любит общаться и погулять на улице. Не любит негативных людей, алкоголиков. В будущем его ожидает хорошая карьера. Он мечтает о том, чтобы все было хорошо, мечтает о машине. Полученные данные по рисунку свидетельствуют о субдепрессивных тенденциях, экстраверсии, высокой потребности в общении, демонстративности в поведении.

Пример 2. Пациентка 17 лет, учащаяся 11 класса.

Согласно проективной методике «Несуществующее животное» выявлено следующее: описание рисунка – несуществующее животное представляет собой крупный рисунок, который расположен в центральной части листа бумаги (рисунок занимает весь лист). Животное имеет голову с большими глазами, ресницами, носом и улыбающимся ртом. Вокруг головы расположена крупная пушистая грива. Ушей не видно. Тело животного средних размеров. Сбоку к телу прилегают две небольших лапы с пальцами. Животное сидит, расставив нижние лапы с длинными когтями в разные стороны (шпагат). Хвост животного поднят вверх. Поза тела животного неустойчива. По данным опроса выявлено следующее: имя несуществующего животного – Лева, живет в Африке, питается сладостями. Любит гулять с другом, не любит оскорблений (когда читается мораль) и боится темноты. Живет с мамой, друзья есть; врагов нет. Данные по рисунку свидетельствуют об эгоцентричности, оптимистичности, демонстративности, нехватке внутренней опоры.

Согласно проективной методике «Рисунок человека» выявлено следующее: описание рисунка – средней величины рисунок, расположен в центральной части листа бумаги. Человек, изображенный на рисунке, имеет голову с большими глазами, ресницами, бровями, носом и улыбающимся ртом. Челка на лбу сильно заштрихована. В

верхней части головы имеются средней длины прямые волосы. Шея короткая. Тело небольшое. Плечи угловатые; руки тонкие чуть разведены в стороны, (нарисованы в одну линию с такими же пальцами) выступают из-под платья длиной ниже колен. Тело худощавое. Ноги разной толщины. Поза тела человека неустойчива. По данным опроса – это человек женского пола, 9 лет. Характер добрый, отзывчивый. Занимается рисованием, слушает музыку, поет. Любит гулять с мамой в парке. Не любит оставаться дома одна. Мечтает поехать далеко и жить у моря с мамой, и чтобы был большой сад. В будущем станет актрисой. Друзья есть, врагов нет. Данные по рисунку свидетельствуют об эгоцентричности, демонстративности, чертах инфантильности, нехватке внутренней опоры.

Пример 3. Пациентка 38 лет, предприниматель.

По результатам теста МЦВ (+34x51=20–67) выявлено следующее: активность, высокая мотивация достижения, стремление к доминированию, целенаправленность действий, непосредственность и раскрепощенность поведения, потребность в самореализации, противодействие обстоятельствам, препятствующим свободной самореализации личности; склонность к риску сочетаются с неустойчивостью эмоционального состояния, тенденция к самореализации – с изменчивостью установок и непоследовательностью. Характерны яркость эмоциональных реакций, экзальтация чувств, широкий спектр увлечений, оптимистичность, выраженная общительность, поиски новых контактов и сфер интересов. Самооценка неустойчива: наряду с высоким уровнем притязаний неуверенность в себе, которая легко переходит в другую крайность в ситуации признания и успеха в глазах окружения. Отмечается потребность в теплых отношениях, любви и понимании; сентиментальность, идеализация объекта привязанности, эстетическая ориентированность; застенчивость, бегство от житейских проблем в мир искусства и теплых межличностных отношений; тенденция скрыть свою неуверенность и стремление к избеганию конфликтов. Имеется протест в отношении запретов и нежелательных ограничений.

Пример 4. Пациентка 34 лет, товаровед.

При проведении методик ТАТ, в рассказах обследуемого выступают разноплановость мышления, нарушения целенаправленности мыслительной деятельности, повышенная эмоциональность. Испытуемая дает несколько вариантов сюжета по одной картинке, переход с одного на другой сюжет происходит необдуманно, хаотично, иногда теряется всякая логика рассказа. Рассказы по рисункам лаконичны, но они не ограничиваются только перечислением элементов рисунка, пациентка стремится интерпретировать содержание ри-

сунка, явно выделяется эмоциональный подтекст. Эмоции и чувства по выраженности, по «накалу», как правило, не адекватны вызвавшей их причине. Например, характерный рассказ, где больная прямо идентифицирует себя с героиней (по ЗМВ): «В прошлом у нее была какая-то неприятная ситуация, то ли с родителями...не знаю, предположим с молодым человеком, то ли с подружкой. Сейчас она очень сильно переживает, ей тоскливо. Ей очень обидно, что произошла такая ситуация и она плачет». Такое содержательное описание эмоционального состояния героев рассказа (наблюдается в 86%) свидетельствует о нелогичности эмоциональных проявлений, излишней эмоциональности и затруднениях в понимании межличностных отношений.

Пример 5. Пациентка 28 лет, банковский работник.

При выполнении методики «незаконченных предложений» было выявлено: скорость реакций высокая, ответы в основном адекватные, но излишне эмоционально нагруженные (в 74%). Были выявлены следующие проблемные темы: отношение к семье, матери, будущему, отсутствие жизненных целей, проблемы личностной и профессиональной идентичности. В ответах проявляется много тревоги и опасений. Полученные ответы свидетельствуют о множестве нерешенных личностных проблем и плохой социальной адаптации.

8.9. Описание результатов исследования личностных особенностей. Часто в клинической практике у врачей возникает вопрос не только о структуре личности, но и о личностных особенностях пациента. Это могут быть: особенности самооценки, поведения в стрессовых ситуациях, реакций на болезнь и другое. Данная информация необходима для уточнения диагноза или выбора лечебно-реабилитационных мероприятий. Ниже приведенные части заключения показывают лишь небольшую часть использованных методик, которые могут использовать психологи в своей работе.

Пример 1. Пациентка 33 лет, мастер производственного обучения.

Определяется ипохондрическая сосредоточенность, вероятно формирование аффективно насыщенных и трудно корригируемых концепций, связанных с состоянием физического здоровья. Это подтверждают и высокие показатели по шкале «Соматизация» опросника SCL 90 и исследование самооценки по методу Дембо–Рубинштейн. По шкале здоровья испытуемая определила свое место близко к нижнему полюсу, что мотивируется болезненными представлениями о своем здоровье, признанием себя соматически больной.

Способ реагирования в стрессовой ситуации (методика Розенцвейга). В ситуации фрустрации увеличен удельный вес эгозащитных ре-

акций (реакций, направленных на защиту собственной уязвимой личности). Увеличение происходит за счет отказа от агрессии (осуждение кого бы то ни было явно избегается, виновник фрустрации оправдывается). Наблюдается резкое снижение уровня экстрапунитивных (внешнеобвинительных) реакций, стремление любым способом избежать конфликтов т.е. определяется выраженная конформность и социальная подчиняемость. В стрессовой ситуации испытуемая склонна больше, чем в среднем, испытывать тревогу и страх, вообще склонна воспринимать мир как опасный. Полученные данные свидетельствуют о снижении фрустрационной толерантности (стрессоустойчивости). Такой тип реакций обуславливает «сверхконтроль» над поведением, эмоциями и затрудняет самоактуализацию.

Пример 2. Пациент 24 лет, юрист.

По данным методики исследование самооценки по методу Дембо-Рубинштейн, профиль у испытуемого неустойчивый, пикообразный. Испытуемый по показателям «здоровье и счастье» предьявляет достаточно низкие показатели – «я достаточно несчастный: одни неудачи, мало платят на работе, отношения не складываются, плохое здоровье». Однако показатели «ум и характер» достаточно высоки, испытуемый считает, что у него хороший характер, считает себя добрым и открытым человеком – «на мне многие ездят».

По данным методики Хайма выявлено: когнитивные копинг-стратегии относительно адаптивны: испытуемый использует форму поведения, направленную на оценку трудностей в сравнении с другими, придание особого смысла их преодолению, вера в Бога и стойкость в вере при столкновении со сложными проблемами. Эмоциональные копинг-стратегии неадаптивные – варианты поведения, характеризующиеся подавленным эмоциональным состоянием, состоянием безнадежности, покорности и недопущения других чувств, переживанием злости, возложение вины на себя и других. Поведенческие копинг-стратегии также неадаптивные: поведение, предполагающее избегание мыслей о неприятностях, пассивность, уединение, покой, изоляция, стремление уйти от контактов и решения проблем.

Полученные данные свидетельствуют о неустойчивости самооценки и наличии неадаптивных копинг-стратегий.

8.10. Описание результатов исследования эмоционально-волевой сферы. Сумма эмоций за определенный промежуток времени оценивается как настроение. Выявляется актуальный фон настроения, типология настроения (дисфория, тревога, страх, тоска), суточные и сезонные колебания, а также интерпретация собственного настроения. Патология эмоций проявляется в повышении настроения (скрытая ма-

ния, гипомания и мания), снижении настроения (скрытая депрессия, субдепрессия и депрессия), аффективной неустойчивости, эмоциональной холодности, эмоциональной лабильности. Патология эмоций включается в аффективные и шизоаффективные синдромы, аномалии личности.

Под волей понимают активность, направленную на достижение цели. Описывается по результатам непосредственного наблюдения и данным анамнеза. Именно к этому разделу относится описание типологии и интенсивности проявления инстинктивных актов, таких, как сексуальное, пищевое, комфортное, агонистическое, альтруистическое, миграционное, родительское поведение, поведение доминантности и иерархии, территориальное поведение.

Пример 1. Пациент 44 лет, предприниматель.

Интегративный тест тревожности выявляет высокий уровень личностной тревожности (9 баллов), как базового свойства личности и на этом фоне высокий уровень ситуативной тревоги (8 баллов). При этом в структуре, как той, так и другой доминирует фобический компонент, являющийся наиболее специфическим фактором в структуре тревоги – тревожности и отражающий ощущение непонятной угрозы, неуверенности в себе, собственной бесполезности. Это сопровождается выраженным эмоциональным дискомфортом (сниженным эмоциональным фоном, неудовлетворенностью жизненной ситуацией, эмоциональной напряженностью) и астенией (усталостью, вялостью, пассивностью).

По результатам опросника депрессии Бека испытуемый набрал 18 баллов, что свидетельствует о наличии умеренно выраженной депрессивной симптоматики.

Это свидетельствует о наличии у обследуемого выраженного как тревожного, так и депрессивного компонента.

9. Резюмирующая часть заключения

В конце заключения по результатам психологического исследования резюмируется наиболее важная информация, полученная в ходе обследования. В этой части заключения необходимо дать емкий и четкий ответ на запрос врача. Эта концовка ни в коем случае не должна содержать суждения о медицинском диагнозе, так как диагноз может быть лишь итогом общего клинического изучения расстройства у пациента. Но в то же время концовка, несомненно, должна содержать данные, имеющие диагностическое значение.

Положения, которые отображаются в резюмирующей части, формулируются в обобщенном виде. Часто используется систематика патопсихологических синдромов, могут также использоваться систе-

матика нарушений мышления по Б.В. Зейгарник, типология акцентуаций характера и психопатий А.Е. Личко или другие классификации. Допускается просто подчеркнуть основные индивидуальные особенности, нарушения и сохранные стороны психической деятельности исследуемого.

По объему резюме не должно занимать много места и быть излишне подробной, как правило, она занимает 5–6 предложений. Также можно высказать мнение о дальнейшей диагностической работе. Например, провести обследования в рамках стационара или повторить его через определенное время.

По сложившейся традиции резюмирующая часть начинается со слов «таким образом». Ниже мы приводим различные примеры резюмирующей части заключения.

Пример 1. Таким образом, на момент обследования у пациента выявлено: психические функции сохранны, но при этом наблюдается легко выраженное снижение концентрации и неустойчивости внимания. Отмечается легко выраженная инертность психических процессов. Имеется легко выраженная эмоциональная неустойчивость, акцентуация характера по импульсивному типу.

Пример 2. Таким образом, во время исследования было выявлено, что эмоциональное состояние испытуемой характеризуется умеренно выраженной депрессивной и тревожной симптоматикой. В структуре тревоги преобладает «эмоциональный дискомфорт». Личностный профиль испытуемой характеризуется сочетанием заостренных черт пессимистичности и аффективной ригидности. Испытуемая имеет трудности социальной адаптации в силу повышенной сензитивности и выраженной индивидуалистичности.

Пример 3. Таким образом, на момент обследования было выявлено легко выраженное снижение внимания и памяти (концентрация внимания, объем оперативной памяти и темп запоминания). Также имеется легко выраженная эмоциональная неустойчивость, черты эмоциональной незрелости и трудности социальной адаптации. У исследуемого имеется рентная установка, возможно направленная на стремление снятия с учета.

Пример 4. Таким образом, во время исследования выявлена умеренно выраженная эмоциональная лабильность, противодействие внешнему давлению, средовым воздействиям. Имеется неудовлетворенностью своим положением в сфере социальных отношений, эгоцентрическая обидчивость и ощущение изолированности. Самооценка неустойчивая, испытуемый склонен агgravировать тяжесть своего состояния.

Заключение

В завершении, хочется сказать, что через заключение по результатам психологического исследования можно судить не только о проделанной работе, но и квалификации психолога. Умение писать заключение позволяет организовать диагностическую работу и сделать ее более эффективной. Читая заключения можно понять, насколько психолог уважает себя и свою работу. Часто психологи не умеют показать «товар лицом» или же, увлекаясь, переходят рамки клинического подхода, пишут «сочинения на свободную тему».

Приведенные выше выдержки из заключений не являются эталонном для бездумного копирования, а приведены как образец работы психолога. Более того, как говорилось выше, заключение является документом, цель которого является создание целостного образа личности пациента и его психических особенностей (нарушений). Излишняя и ненужная информация только ухудшает качество заключения. Ориентиром для написания заключения является правило – необходимо сказать нужное, а не все возможное.

В приложении приведены примеры заключений написанных клиническими психологами, работающими в Витебском областном клиническом центре психиатрии и наркологии. В этих заключениях видна определенная разница и в стиле, и последовательности и способах применения различных методик. Но, тем не менее, в этих заключениях, на наш взгляд, есть одна важная черта – они дают емкий и четкий ответ на запрос врача.

Авторы данных рекомендаций понимают, что необходимо много сделать по пути совершенствования такой важной части работы клинического психолога, как написание заключений по результатам психологического исследования. Поэтому любая конструктивная критика и конкретные предложения будут восприняты как желание улучшить качество нашей общей работы.

Психологическое заключение № 1.

Пациент 17 лет. Поступил в психиатрическую больницу в детское отделение с диагнозом «органическое поражение головного мозга», имеет инвалидность второй группы.

Цель направления: исследование психических функций, определение уровня интеллекта.

Жалоб не предъявляет. Испытуемый активен, старателен, ориентирован на успех, без признаков негативизма или установочного поведения. Несмотря на многократные обследования в прошлом, конкретные задания не помнит. Речь не развита, говорит односложными фразами, заикается. Из-за легкого заикания временные ограничения в психометрической методике в вербальной части снижены. Испытуемый импульсивен, с неустойчивым эмоциональным состоянием. Плохо переносит монотонную деятельность, легкую, даже для его интеллектуального уровня, раздражается. Быстро утомляется, при внешней подвижности работает медленно, также медленно усваивает инструкции. При напряженной работе наблюдается неусидчивость.

Психические процессы умеренно изменены по органическому типу: объем внимания снижен, затруднена вработываемость, резко падает продуктивность работы (методика Шульте: 56 сек, 50 сек, 50 сек, 68 сек, 78 сек, 80сек). При достаточном объеме кратковременной памяти кривая запоминания снижается, привносятся лишние слова (методика «10 слов»: 7, 8, 6, 6, 5, отсроченное воспроизведение 4).

Мышление подвижное, темп средний. Переносный смысл идиом доступен на уровне пословиц не только простых, но и средней сложности, хотя и хорошо знакомых. Сравнение пар понятий выполняет на обобщение по родовому понятию, но дифференцирует по частным и перцептивным признакам. «Исключение четвертого» выполняется правильно, доступны задания средней сложности. Несмотря на частичное знание таблицы умножения, счетные операции второго порядка заменяет на сложение. Общая осведомленность крайне низкая, ниже общего интеллектуального уровня и социальная ориентация. Уровень обобщения – самый высокий субтест в вербальной части профиля интеллекта по шкале Векслера. Снижены показатели в графомоторном субтесте. В суждениях и поведении инфантилен. Несмотря на знание некоторых социальных норм, не применяет их в жизни. Субтест на социальную ориентацию ниже интеллектуального уровня. Интеллект находится на уровне нижней границе нормы ($IQ-82/75 = 78$).

Таким образом, исследование выявило у обследуемого нарушение нейродинамики с умеренно выраженными органическими изменениями, уровень интеллекта соответствует нижней границе нормы.

Использованные методики: методики исследования аттентивно-мнестических процессов; методики исследования вербального мышления; шкала интеллекта Векслера.

Психологическое заключение № 2

Пациент 16 лет, студент колледжа, находится на наблюдении у подросткового врача-нарколога.

Цель направления: исследование сохранности психических функций, состояние эмоционально-личностной сферы.

Жалоб не предъявляет. На приеме контактен, к предложенным заданиям относится с интересом. Речь развитая, словарный запас хороший, темп речи средний. Испытуемый отвечает на вопросы развернутыми фразами. Эмоциональный фон настроения устойчив. Нейродинамика без снижения, темп выполнения заданий средний. Мотивирован к выполнению заданий.

Восприятие зрительное и слуховое – целостное, нарушений не выявлено (по результатам методики «Узнавание изображений на картинах», «Проба сенсорной возбудимости по Лукьяновой»).

Согласно данным таблиц Шульце (37сек, 35сек, 48сек, 45сек, 52сек) выявлено легко выраженное снижение концентрации внимания (разница между первым и последним результатом – 19 сек), снижение устойчивости внимания с тенденцией к истощаемости. Активное внимание легко снижено (подсчет кружков в секторах круга по Рыбакову выполняет достаточно быстро, но с ошибками – 18, 25, 37).

Оперативная память в пределах нормативных показателей (прямое повторение цифр – 6, обратное – 4). Согласно методике «10 слов» (7, 9, 9, 9, 9 отсроченное воспроизведение 7) объем кратковременной памяти хороший, информационная нагружаемость по общему результату легко снижена, темп запоминания (запоминает 9 слов к третьему предъявлению) в норме, объем отсроченного воспроизведения в пределах нормы.

Мышление подвижное, темп средний. В методике «Сравнение пар понятий» обобщение выполнено по родовому понятию. Дифференцировка выполнена по существенным различиям функций и частным признакам. Задание выполнено верно, в том числе по отношению к сложным парам понятий: «морально этическая категория» и «обобщенное родовое понятие». В методике «Исключение четвертого» исключение понятий испытуемый выполняет верно. Достаточно развит категориальный компонент мышления, однако присутствуют и кон-

кретно-ситуационные объединения. Переносной смысл простейших пословиц доступен, в дальнейшем интерпретация конкретно-ситуационная. Отмечается недостаточная способность к абстрактно-логическому мышлению. Операции анализа, синтеза, обобщения без нарушений.

По результатам МЦВ (+45х03=21–67) выявлено следующее: эмоциональная неустойчивость, потребность в общении, признании, оптимистичность, легкое вживание в разные социальные роли, демонстративность, потребность нравиться окружающим, зависимость от средовых воздействий. Отмечается тенденция к избеганию ответственности. В выборе вида деятельности наибольшее значение придается тому, чтобы сам процесс деятельности приносил удовольствие. Любые формальные рамки тесны и плохо переносятся. Имеются черты эмоциональной незрелости, трудности социальной адаптации, ирреальность притязаний, раздражительность.

Согласно проективной методике «Несуществующее животное» выявлено следующее: описание рисунка – несуществующее животное представляет собой средней величины, который расположен в центральной части листа бумаги, в профиль. Имеет округлую голову с глазом без зрачка и свиным носом. Рта нет, ушей нет. Имеется средней длины шея. От овального тела сбоку отходит человеческая рука, согнутая в локте. От тела снизу отходят четыре ноги с копытами. В конце тела имеется хвост, который опущен вниз. От макушки до хвоста животного на верхней части тела находится грива. По данным опроса выявлено следующее: имя несуществующего животного – Чудовище. Живет в хлеву, любит бегать и есть траву. Живет один, но не любит находиться один. Друзей нет. Врагов нет. Животное боится темноты и не боится людей. Поза тела животного неустойчива. Данные по рисунку свидетельствуют об эгоцентризме, аутичности, субдепрессивных тенденциях, снижении социальной адаптации, недостатке общения, нехватке внутренней опоры.

Профиль личности СМОЛ свидетельствует о негативном отношении к тестированию закрытости, желанию скрыть негативную информацию о себе (разность показателей по шкале F–K = -8). Имеется повышение показателей по шкале 8 «шизоидность» (67.8 T) и по шкале 9 «гипоманиакальность» (62.5T), что свидетельствует о завышенной самооценке, легкости в принятии решений, слабой разборчивости в контактах, легко возникающих эмоциональных всплесках с быстрой отходчивостью, снисходительном отношении к промахам и недостаткам, оригинальности высказываний и суждений, своеобразии интересов и увлечений, независимости взглядов, потребности в актуализации своей индивидуальности.

Таким образом, на момент обследования у обследуемого выявлено, что психические функции без нарушений, но при этом выявлено легко выраженное снижение концентрации внимания, имеется тенденция к истощаемости внимания.

Отмечается легко выраженная эмоциональная неустойчивость; потребность в общении, признании, потребность нравиться окружающим, зависимость от средовых воздействий. Имеется тенденция к избеганию ответственности; формальные рамки тесны и плохо переносятся, повышенная ранимость.

Использованные методики: исследование аттентивно-мнестических процессов, методики изучения вербального мышления, таблицы Шульте, тест Люшера; проективные рисунки «Несуществующее животное», «Рисунок человека»; СМОЛ.

Психологическое заключение № 3

Пациентка 39 лет, парикмахер, проходит лечение в отделении пограничных состояний.

Цель направления: исследование сохранности психических функций, состояние эмоционально-личностной сферы.

Жалоб не предъявляет. На приеме: контакт формальный адекватный, эмоционально напряжена, немного волнуется. Мимика подвижная. Речь четкая, без особенностей. Эмоциональный фон настроения несколько неустойчивый. Правильно понимает цель экспериментальной работы. К предложенным экспериментальным заданиям относится с должным интересом, задания выполняет в среднем темпе. Присутствует ориентация на положительный результат. Психодинамика без снижения.

Восприятие целостное, нарушений не выявляется. Объем памяти в норме, нагружаемость по общему результату в норме, кратковременная память соответствует усредненным показателям («Заучивание 10 слов» – 6, 7, 8, 9, 9; отсроченное – 7). Опосредованная память и семантическая память без нарушений. Рассказ испытуемая пересказала близко к тексту, удерживая логические связи, понимая смысл, в правильном словесном оформлении. Внимание устойчивое, переключаемое, подвижное («Таблицы Шульте» – 35 сек, 37 сек, 34 сек, 33 сек, 36 сек).

Мыслительные операции (анализ, синтез, обобщение, абстрагирование) сохранны. Уровень доступных обобщений достаточен. Интерпретация идиом и пословиц с правильным пониманием переносного смысла и достаточно правильным словесным оформлением.

По результатам личностного опросника СМИЛII профиль недостоверный. Высокие баллы по шкале лжи свидетельствует о стремлении испытуемой скрыть недостатки и приукрасить себя.

У испытуемой выявлен повышенный уровень тревоги (интегрированный тест тревоги – 7 баллов), наиболее высокие показатели имеются по шкале «эмоциональный дискомфорт». По результатам опросника депрессии Бека испытуемая набрала всего 1 балл, что может свидетельствовать об отсутствии депрессивной симптоматики или установочном поведении.

По данным методики Хайма выявлено, что испытуемая использует адаптивные когнитивные и поведенческие копинг-стратегии. Но при этом использует неадаптивные формы эмоциональных копинг-стратегий, характеризующиеся состоянием безнадежности, покорности и недопущения других чувств, переживанием злости и возложением вины на себя и других.

Таким образом, на момент обследования была выявлено, что когнитивная сфера без нарушений. Эмоциональное состояние испытуемой характеризуется легко выраженной эмоциональной лабильностью, повышенным уровнем личностной тревожности, симптомов депрессии не выявлено. Имеет установочное поведения, которое характеризуется желанием приукрашивать себя, ориентируясь на социальные нормы. Испытуемая использует неадаптивные формы эмоциональных копинг-стратегии в преодолении стресса.

Использованные методики: методики исследование аттентивно-мнестических процессов; методики исследование вербального мышления, таблицы Шульце, пиктограммы, ММРІ, методика Хайма, ИТТ, опросник депрессии Бека.

Рекомендуемая литература

1. Атлас для экспериментального исследования отклонений в психической деятельности под ред. И.А. Полищук, А.Е. Выдренко. – 2-е изд. – Киев: «Здоров`е», 1979.
2. Балабанова Л.М. Судебная патопсихология. – Донецк: «Сталкер», 1998.
3. Беломестова Н.В. Клиническая диагностика интеллекта. – СПб: «Речь», 2003.
4. Блейхер В.М. Клиническая патопсихология. – Ташкент: «Медицина», 1976.
5. Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. Практическая патопсихология: Руководство для врачей и медицинских психологов. – Ростов н/Д, 1996.
6. Венгер А.Л. Психологические рисуночные тесты: Иллюстрированное руководство. – М.: «Владос-пресс», 2003.
7. Зейгарник Б.В. Патопсихология. – М.: Изд-во МГУ, 1976.
8. Карвасарский Б.Д. и др. Медицинская психология. – СПб: «Питер», 2004.
9. Клиническая психология / под ред. М. Перре, У. Баумана. – СПб: «Питер», 2002.
10. Левченко И.Ю. Патопсихология: теория и практика. – М.: Academia, 2000.
11. Личко А.Е. Типы акцентуаций характера и психопатий у подростков. – Л., 1983.
12. Менделевич В.Д. Клиническая медицинская психология. – М.: «МЕДпресс», 1998.
13. Патопсихология. Хрестоматия / сост. Н.Л. Белополюская. – М.: «Когито-Центр», 2000.
14. Практикум по патопсихологии / под ред. Б.В. Зейгарник, В.В. Николаевой, В.В. Лебединского. – М., 1987.
15. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб., 2000.
16. Рубинштейн С.Я. Методики экспериментальной патопсихологии: Методическое пособие. – М.: ГНИИП МЗ РСФСР, 1962.
17. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии: методическое руководство. – М.: «Медицина», 1970.
18. Собчик Л.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМИЛ. – СПб.: «Речь», 2000.
19. Тодд Д., Богарт А.К. Основы клинической и консультативной психологии: пер. с англ. – СПб. «ЭКСМО-Пресс», 2001.
20. Хомская, Е.Д. Нейропсихология. – М., 1987.
21. Якушкин Н.В., Шишко О.И., Теряев И.В. Зависимое поведение у подростков. – Витебск, 2008.

Учебное издание

ЯКУШКИН Николай Владимирович

ТЕРЯЕВ Игорь Викторович

**НАПИСАНИЕ ЗАКЛЮЧЕНИЯ
ПО РЕЗУЛЬТАТАМ
ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ**

Методические рекомендации

Технический редактор	<i>Г.В. Разбоева</i>
Корректор	<i>Т.В. Образова</i>
Компьютерный дизайн	<i>Л.Р. Жигунова</i>

Подписано в печать 01.11.2013. Формат 60x84¹/₁₆. Бумага офсетная.

Усл. печ. л. 2,50. Уч.-изд. л. 2,37. Тираж 50 экз. Заказ .

Издатель и полиграфическое исполнение – учреждение образования
«Витебский государственный университет имени П.М. Машерова».

ЛИ № 02330/110 от 30.01.2013.

Отпечатано на ризографе учреждения образования
«Витебский государственный университет имени П.М. Машерова».

210038, г. Витебск, Московский проспект, 33.