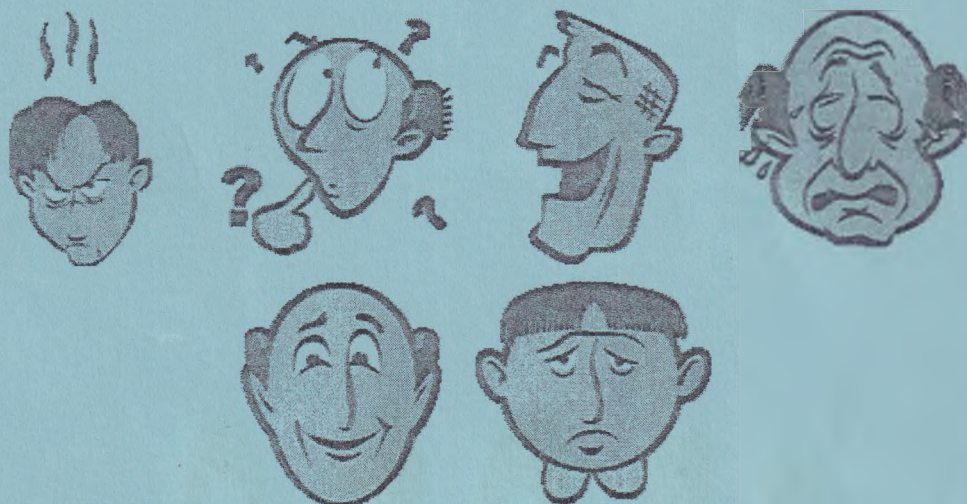


Н.В. Якушкин

# ПРОВЕДЕНИЕ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ



Витебск 2006

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

**Н.В. Якушкин**

**ПРОВЕДЕНИЕ  
ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО  
ИССЛЕДОВАНИЯ**

*Пособие*

*Витебск*  
*Издательство УО «ВГУ им. П.М. Машерова»*  
*2006*

УДК 159.9:616(075.8)  
ББК 88.484я73  
Я49

Печатается по решению научно-методического совета учреждения образования «Витебский государственный университет имени П.М. Машерова». Протокол № 1 от 08.09.2006 г.

Автор: главный внештатный психолог УЗО Витебского облисполкома, заведующий медико-психологическим отделением Витебского областного психоневрологического диспансера  
**Н.В. Якушкин**

Рецензент: заведующий кафедрой психологии и коррекционной работы УО «ВГУ им. П.М. Машерова», кандидат психологических наук, доцент С.Л. Богомаз

**Якушкин Н.В.**

**Я49** Проведение патопсихологического исследования: Пособие / Н.В. Якушкин. – Витебск: Издательство УО «ВГУ им. П.М. Машерова», 2006. – 146 с.

ISBN 985-425-661-8

Пособие предназначено для слушателей ИПК и ПК по специальности «Психология» и студентов психологических специальностей. Им могут воспользоваться практические психологи, работающие в системе образования и здравоохранения, детские психологи, психологи-эксперты, коррекционные психологи (дефектологи) и педагоги.

В первой части пособия дано краткое описание психических нарушений, методов их исследования, краткая интерпретация полученных результатов. Во второй части приведен стимульный материал с инструкциями по проведению патопсихологического эксперимента. Все методики имеют стандартный размер, что очень важно для экспертно-диагностической деятельности. В третьей части имеются необходимые бланки для опросников и ключи.

УДК 159.9:616(075.8)  
ББК 88.484я73

ISBN 985-425-661-8

© Якушкин Н.В., 2006  
© УО «ВГУ им. П.М. Машерова», 2006

## СОДЕРЖАНИЕ

1. ВВЕДЕНИЕ .....	5
2. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ .....	6
3. ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ .....	11
4. ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОБСЛЕДУЕМЫХ ..	17
5. ИССЛЕДОВАНИЕ НАРУШЕНИЙ ОРИЕНТИРОВКИ И СОЗНАНИЯ .....	21
6. ИССЛЕДОВАНИЕ НАРУШЕНИЙ ВОСПРИЯТИЯ .....	22
6.1. Пробы зрительного и слухового восприятия .....	23
6.2. Узнавание изображений на картинах .....	23
6.3. Проба сенсорной возбудимости по Лукьяновой .....	23
7. ИССЛЕДОВАНИЕ НАРУШЕНИЯ ВНИМАНИЯ .....	23
7.1. Таблицы Шульте .....	24
7.2. Методика счета по Крепелину .....	25
7.3. Корректирующая проба .....	25
7.4. Методика Мюнстерберга .....	25
7.5. Подсчет кружков в секторах круга по Рыбакову .....	26
8. ИССЛЕДОВАНИЕ НАРУШЕНИЙ ПАМЯТИ .....	26
8.1. Исследование оперативной памяти .....	27
8.2. Запоминание 10 слов .....	27
8.3. Проба на ассоциативную память .....	28
8.4. Воспроизведение цифровых рядов .....	28
8.5. Пиктограмма .....	28
8.6. Тест зрительной ретенции Бентона .....	29
8.7. Забывание и нарушения памяти .....	30
9. ИССЛЕДОВАНИЯ НАРУШЕНИЯ МЫШЛЕНИЯ .....	31
9.1. Методика «Классификация» .....	32
9.2. Исключение понятий .....	33
9.3. Исключение четвертого .....	33
9.4. Выделение существенных признаков .....	34
9.5. Образование аналогий .....	35
9.6. Ассоциативный эксперимент .....	35
9.7. Понимание рассказов .....	36
9.8. Пиктограмма .....	37
9.9. Интерпретация идиом .....	38
9.10. Сравнение пар понятий .....	40
9.11. Нарушения мышления .....	41
10. ИССЛЕДОВАНИЕ НАРУШЕНИЙ ИНТЕЛЛЕКТА .....	44
10.1. Шкала интеллекта Векслера .....	44
10.2. Профили интеллекта .....	48
10.3. Прогрессивные матрицы Равенна .....	49

10.4. Критерии для оценки степени умственной отсталости ....	51
10.5. Пограничная умственная отсталость (нижняя граница нормы) .....	52
10.6. Легкая умственная отсталость (дебильность) .....	52
10.7. Умеренная умственная отсталость (легкая имбецильность) ...	55
10.8. Тяжелая умственная отсталость (выраженная имбецильность)..	58
10.9. Глубокая умственная отсталость (идиотия) .....	60
11. ИССЛЕДОВАНИЕ НАРУШЕНИЙ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ .....	61
11.1. Шкала Гамильтона для оценки депрессии .....	61
11.2. Шкала Гамильтона для оценки тревоги .....	62
11.3. Интегрированный тест тревожности .....	63
11.4. Цветовой тест Люшера .....	65
11.5. Незаконченные предложения .....	66
11.6. Эмоциональные нарушения и их связь с клиническими расстройствами .....	66
12. ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ .....	69
12.1. Миннесотский многопрофильный опросник личности (MMPI) .....	70
12.2. Опросник Мини-мульти (сокращенный вариант MMPI) ....	71
12.3. Опросник Шмишека .....	73
12.4. Рисованный апперцептивный тест .....	74
12.5. Определение уровня притязаний .....	76
12.6. Методика Дембо – Рубинштейн .....	78
12.7. Рисунок человека .....	79
12.8. Несуществующее животное .....	80
13. ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	81
14. ПРИМЕРНЫЕ МОДЕЛИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ .....	84
15. ЛИТЕРАТУРА .....	93
16. ПРИЛОЖЕНИЯ .....	94
16.1. Приложение 1. Методики исследования восприятия .....	94
16.2. Приложение 2. Методики исследования внимания .....	96
16.3. Приложение 3. Методики исследования памяти .....	102
16.4. Приложение 4. Методики исследования мышления .....	109
16.5. Приложение 5. Методики исследования эмоционально-волевой сферы .....	123
16.6. Приложение 6. Методики исследования личностных особенностей .....	129
16.7. Приложение 7. Бланки и ключи .....	140

# 1. ВВЕДЕНИЕ

Сегодня клиническая психология в Западной Европе и США является ведущей психологической дисциплиной, что отражается как в научной деятельности университетов, так и в практической деятельности психологов и консультантов. Такая же тенденция намечается в нашей стране. Активно внедряется психологическая коррекция и диагностика в повседневную медицинскую практику. Также увеличиваются требования к знанию диагностических методов клинической психологии в образовании, дефектологии и других смежных отраслях. Поэтому увеличивается потребность в методической и практической литературе по патопсихологии. Ранее изданные специальные атласы, методические рекомендации и инструкции имеют, на наш взгляд, ряд недостатков. Во-первых, многие методики изданы давно, устарели и не отражают современного развития психологической практики и науки. Во-вторых, они находились под влиянием коммунистической идеологии и были оторваны от более развитой западной психологии. И, в-третьих, их было сложно применять практическим психологам вследствие теоретической направленности или излишней детализации.

Данное издание направлено на преодоление этих недостатков. В первую очередь, оно необходимо для правильного формирования у студентов психологических специальностей современных профессиональных рамок. Для этого приведены краткие теоретические определения и даны примерные модели проведения исследования в клиническом контексте. Им также могут воспользоваться опытные специалисты-практики. Для этого материал разделен на три части. В первой ее части дано краткое описание психических нарушений, методов их исследования, краткая интерпретация полученных результатов и образцы написания психологического заключения. Во второй части приведен стимульный материал с инструкциями по проведению патопсихологического эксперимента. Все методики имеют стандартный размер. Этой частью можно постоянно пользоваться для проведения психологического исследования. В третьей части имеются необходимые бланки для опросников и ключи.

## 2. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Диагностическая функция диктует использование психологических методик (батареи тестов, опросников, интервью и др.), способных оценить как деятельность отдельных психических функций, индивидуально-психологических особенностей, так и дифференцировать психологические феномены и психопатологические симптомы и синдромы.

Выбор методов исследования, используемых психологом, обусловлен теми задачами, которые возникают перед ним при выполнении профессиональных обязанностей. Существует четыре метода клинико-психологического исследования:

- интервью;
- эксперимент;
- наблюдение за поведением пациента;
- анализ истории жизни (сбор анамнеза).

### **Клинико-психологическое интервью**

*Клинико-психологическое интервью* – это метод получения информации об индивидуально-психологических особенностях личности и психологических состояниях. От обычного расспроса интервью отличается тем, что оно имеет направленный диагностический характер и направлено не только на идентификацию явно предъявляемых признаков патологии, но и на распознавание скрытых признаков, а также на более точное понимание существа проблемы. Принципы клинико-психологического интервью:

- однозначность и точность вопросов;
- доступность;
- проверяемость и адекватность;
- беспристрастность.

*Принцип однозначности и точности* подразумевает однозначное формулирование вопросов, не допускающее разнообразия в понимании того, о чем спрашивает диагност пациента (например, вопрос «Испытываете ли вы на себе психическое воздействие?» неоднозначен, поскольку под воздействием можно понимать разные вещи: инопланетян, других людей, сильные переживания и т.д.).

*Принцип доступности* предполагает, что диагност обращается к пациенту на понятном ему языке, соответствующем его социальному статусу, уровню знаний, словарному запасу, культурным особенностям.

*Принцип адекватности* требует уточнения содержания одинаковых слов, которыми пользуются пациент и психолог для исключения неверной интерпретации ответов.

*Принцип беспристрастности* предполагает контроль диагноста над тем, не навязывает ли он пациенту своих представлений о наличии у пациента патологии.

Само интервью состоит из двух частей. Первая часть – установление психологического контакта. Это наиболее важный и сложный этап, способный повлиять на качество полученных результатов. Этот этап следует начинать с ситуативной поддержки, уточнения самочувствия и способности участвовать в исследовании, объяснения целей и задач встречи психолога, акцентируя внимание на наличии у него права отказаться от диагностической процедуры.

Вторая часть интервью – беседа во время эксперимента – больше характерна для нозологической парадигмы клинической психологии. Содержание этой беседы всегда зависит от поставленной задачи.

Клинико-психологическое интервью может быть структурированным или свободным. Структурированное интервью включает в себя обязательный список специфических вопросов, касающихся конкретной проблемы, с которой пациент был направлен на психологическое исследование. Оно позволяет психологу за короткий период собрать полную информацию, необходимую для постановки психологического диагноза, и прояснить все необходимые аспекты проблемы.

#### **Клинико-экспериментальный метод**

В большинстве случаев клинический психолог пытается выделить закономерности нарушения, используя *экспериментальный метод*. Под экспериментом в современной психологии понимается использование любой диагностической процедуры для моделирования целостной системы познавательных процессов, мотивов и особенностей личности. Это искусственное создание условий, выявляющих особенности психической деятельности человека в болезненных состояниях. Он строится по принципу функциональных проб и является основным и наиболее применяемым в клинической психологии. Особенно этот метод актуален в сложных для диагностики случаях – латентное протекание болезни, ремиссия (временное ослабление симптомов), диссимуляция симптомов пациента. В этих случаях клинический психолог подбирает прицельный комплекс методик с учетом гипотезы, пола, возраста, анамнеза пациента, так называемую батарею тестов.

#### **Принципы клинико-психологического эксперимента**

Одним из основных принципов построения экспериментальных приемов, направленных на исследование психики больных, является *принцип моделирования* обычной психической деятельности, осуществляемой человеком в труде, учении, общении. Моделирование заключается в том, что вычленяются основные психические акты и действия человека и организуется выполнение этих действий в непривычных, несколько искусственных условиях. Так, например, если одним из типич-



ных интеллектуальных процессов учащегося является ориентировка в тексте, его запоминание и краткое воспроизведение, то и эксперимент может состоять в том, что пациенту предлагают какой-либо ранее ему неизвестный текст, дают ему возможность определенное число раз прочесть его и спустя фиксированное время просят воспроизвести этот текст.

Вторым принципом построения эксперимента является *направленность на качественный анализ* психической деятельности пациентов. Для толкования экспериментальных данных существенно не то, решена или не решена предложенная пациенту задача; существенно не то, сколько процентов предложенных задач выполнено, а сколько нет. Главными для толкования экспериментальных данных являются качественные показатели, т.е. те показатели, которые свидетельствуют о способе выполнения заданий, о типе и характере ошибок, об отношении пациента к своим ошибкам и критическим замечаниям экспериментатора. Принцип качественного анализа не следует понимать как нечто противоположное количественной статистической обработке данных. При апробации всех экспериментальных методик такая количественная обработка обязательно проводится, но подсчитываются способы выполнения заданий или ошибки и их типы. Противопоставить качественному анализу можно лишь измерительный характер тестов, попытки измерить коэффициент интеллекта или иного свойства психики путем подсчета количества правильно решенных задач.

Третий принцип, положенный в основу всех экспериментальных приемов, очень прост и вытекает из самого смысла слова «эксперимент». Эксперимент требует *точной и объективной регистрации фактов*. При всех вариациях и видоизменениях конкретных методических приемов недопустимо сводить эксперимент к свободной беседе с пациентом или ограничиваться субъективной интерпретацией экспериментальных данных. Разумеется, эксперименты, которые проводятся с психически больными, заведомо не могут быть столь точными и безупречными, как эксперименты в общей психологии. Психически больные не только нарушают порядок работы, предусмотренный инструкцией, но иногда и вовсе не так действуют, как должно, обсуждают и комментируют пособия, вместо того чтобы раскладывать их соответствующим образом, прячут их в карманы, выполняют действия, прямо противоположные тем, о которых их просят. Однако все эти искаженные, не соответствующие инструкции действия больных не являются «срывом» эксперимента. Они представляют собой ценный экспериментальный материал, который может оказаться продуктивным и важным для анализа психики больного, при условии, если все, что происходило во время эксперимента, было тщательно запротоколировано.

Существует два принципа подбора методик для экспериментально-психологического исследования: 1) сочетание методик, позволяю-

ших более полно и всесторонне исследовать проявления психической деятельности; 2) сочетание близких по направленности методик, что повышает надежность полученных результатов. Обычно в одном исследовании применяют 8–9 методик.

### **Наблюдение за поведением**

*Наблюдение за поведением* – это способ оценки мыслей, чувств и поступков пациента в определенном социальном окружении. Оно позволяет сформулировать гипотезу о природе проблемы и план ее коррекции. Если в интервью мы имеем дело с внутренней картиной расстройства или проблемы, в эксперименте мы моделируем различные ситуации, выявляющие особенности протекания психических процессов, то в наблюдении мы видим реальные проявления особенностей психики человека в ситуациях социального взаимодействия и реальные проблемы, связанные с этими особенностями, с которыми человек сталкивается в повседневной жизни.

Наблюдение за поведением может осуществлять сам психолог или человек, имеющий возможность вести наблюдение (родитель, педагог, медработник). Наблюдение приобретает особое значение при работе с детьми, поскольку здесь к психологу обращается не сам ребенок, а окружающие его взрослые. Следовательно, предъявляемая ими проблема может существенно отличаться от того, что на самом деле требует вмешательства. Перед организацией наблюдения психолог должен определить то, на какие поведенческие симптомы будет обращено особое внимание наблюдателя. Нередко для наблюдения используется заранее составленная оценочная таблица.

В наблюдении используется следующая *схема обследования*:

- сначала описываются события, непосредственно предшествующие проявлению расстройства;
- потом (безоценочно) описываются проявления нарушения;
- после чего идет описание последствий, с которыми сталкивается пациент.

Объектом клинико-психологического наблюдения может стать не только непосредственное поведение, но и поведение в ситуациях ролевых взаимодействий, организуемых психологом.

### **Анализ истории жизни**

Анализ истории жизни включает в себя получение информации о потенциально значимых этапах развития и жизненных событиях, повлиявших на проявление симптомов расстройства. Эта информация обычно касается следующего круга вопросов:

- рождение и связанные с этим события (беременность, осложнения при родах, употребление матерью психоактивных веществ в течение беременности);

- развитие человека (возраст, в котором ребенок начал ходить, говорить, приучился к туалету, получил навыки самообслуживания);
- медицинская история (травмы, несчастные случаи, операции, сопутствующие заболевания, принимаемые в прошлом и сейчас медицинские препараты);
- характеристика и история семьи (возраст семьи и родителей, род занятий родителей, их образование, сведения о психических болезнях родственников);
- социальные навыки человека (особенности его межличностных отношений с родителями, педагогами, медработниками, друзьями, другими детьми, в какие игры играет, какую деятельность предпочитает);
- история образования (когда пошел в детский сад или школу, какова его успеваемость, какие школы посещал ранее, имеет ли дополнительные занятия, каковы отношения с учителями и одноклассниками и т.д.);
- информация о досуге и личных отношениях со сверстниками (если речь идет о подростке);
- описание попыток справиться с расстройством до обращения к психологу;
- ожидания окружающих в отношении этого человека.

### **Построение клинико-психологического исследования**

Различают несколько этапов клинико-психологического исследования. *Первый этап* – сбор информации о пациенте, который проводят до знакомства с пациентом. Сюда включается беседа с людьми, окружающими пациента, родственниками, врачами – по поводу особенностей его поведения и личности, возникающих проблем; определение характеристик систем межличностных отношений, оценка материальных и культурных обстоятельств его жизни; ознакомление с общим состоянием физического здоровья: нет ли сопутствующих соматических заболеваний, не получает ли пациент медикаментозные вещества.

*Второй этап* – беседа с пациентом. Беседу нужно начинать с расспроса паспортных данных. Выясняется отношение пациента к своему заболеванию, проблеме, разъясняется цель встречи. В дальнейшей беседе выясняются особенности личности (до заболевания и на настоящий момент), оценка происходящих изменений, оценка самочувствия, работоспособности, определяется культурно-образовательный уровень.

*Третий этап* – выдвижение рабочей гипотезы и подбор необходимых диагностических методик. Здесь надо учитывать, что существует определенный перечень проводимых методик для различных психических расстройств. Но их уточнение или изменение необходимо в зависимости от конкретной диагностической ситуации и особенностей человека.

*Четвертый этап* – проведение психодиагностических методик. Выполнению каждого задания должна предшествовать инструкция, кото-

рая должна определять ситуацию исследования и обеспечивать сотрудничество психолога и пациента. Небрежно поданная инструкция может привести к неадекватным результатам. Возможно использование предварительных примеров. Если пациент не справляется с заданием, важно совместно обсудить причины этого. Также важно оценить, принимается ли помощь со стороны психолога пациентом или отвергается им (негативизм, нарочитость, сопротивление). Необходима полная и точная запись обстоятельств проводимого эксперимента, высказываемых пациентом суждений.

Если после проведения психодиагностических методик рабочая гипотеза подтверждается, наступает *пятый этап* – составление заключения. Если же гипотеза не подтверждается, то психолог возвращается к третьему этапу. Заключение всегда должно быть ответом на вопрос, поставленный перед психологом. Единой формы заключения нет. Но заключение никогда не является простым повторением протокола исследования. Важны поведенческие характеристики пациента, особенности психического состояния, выделяются ведущие патопсихологические особенности (синдромы), указываются особенности протекания психических процессов (например, темп реакций, истощаемость, устойчивость), описываются сохранные стороны психической деятельности. Допускается приведение характерных ярких примеров. В конце делается резюме, отражающее наиболее важные данные (например, структуру патопсихологического синдрома).

### 3. ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ

Основными задачами исследования в клинической психологии является обнаружение изменений отдельных психических функций и выявление (выделение) патопсихологических синдромов. Под патопсихологическим синдромом понимают патогенетически взаимообусловленную и взаимосвязанную общность симптомов, признаков психических расстройств, к ним также относят совокупность поведенческих, мотивационных и познавательных особенностей психической деятельности больных, выраженную в психологических понятиях. В патопсихологическом синдроме отражаются нарушения различных уровней функционирования центральной нервной системы. На основании патопсихологических синдромов оцениваются особенности структуры и протекания психических процессов, к клиническим проявлениям – психопатологическим синдромам.

В настоящее время различают следующие патопсихологические симптомокомплексы или синдромы:

1. • шизофренический симптомокомплекс;
2. • психопатический симптомокомплекс;

- 3 • органический симптомокомплекс;
- 4 • олигофренический симптомокомплекс;
- 5 • психогенной дезорганизации психической деятельности.

Каждый из этих патопсихологических синдромов включает в себя ряд признаков, относящихся не к какой-либо одной сфере личности, а описывающих совокупность нарушений психической деятельности и личностных расстройств.

### **Шизофренический симптомокомплекс**

Шизофренический симптомокомплекс складывается из личностно-мотивационных расстройств, таких, как:

- изменение структуры и иерархии мотивов;
- расстройства мыслительной деятельности, нарушающие целенаправленность мышления и смыслообразования (резонерство, соскальзывание, разноплановость, патологический полисемантизм) при сохранности операционной стороны;
- эмоциональные расстройства (упрощение, диссоциация эмоциональных проявлений, знаковая парадоксальность);
- изменения самооценки и самосознания (аутизм, сенситивность, отчужденность и повышенная рефлексия).

### **Психопатический симптомокомплекс**

Второй симптомокомплекс – психопатический. Патологический склад личности при психопатиях возникает на основе взаимодействия двух факторов – дрожженной или рано приобретенной биологической неполноценности нервной системы и влияния внешней среды. Обнаружение отдельных характерологических проявлений недостаточно для постановки диагноза заболевания. Диагноз психопатии обычно не ставится до достижения 21–25 лет, поскольку в подростково-юношеском возрасте происходит интенсивный процесс формирования личности. Диагностируется психопатия в том случае, если уже нарушена адаптация личности в среде, а психопатические свойства тотальны и малообратимы.

Для него характерно следующее:

- патохарактерологические расстройства (патологический вариант характера);
- эмоционально-волевые расстройства;
- нарушение структуры и иерархии мотивов;
- неадекватность самооценки и уровня притязаний;
- нарушение мышления в виде «относительного аффективного слабоумия»;
- нарушение прогнозирования и опоры на прошлый опыт.

Различают «ядерные» психопатии, в генезе которых главную роль играют биологические, конституциональные факторы, и «краевые», становление которых обусловлено внешней средой, социальными факто-

рами, прежде всего воспитанием в семье и детском коллективе, межличностными отношениями. От нормального характера, на который наложили отпечаток неправильное воспитание, педагогическая запущенность или длительное ведение антиобщественного образа жизни, психопатия отличается наличием лежащей в ее основе неполноценности нервной системы. Патологические особенности личности значительно сужают ее адаптационные возможности и уже в силу этого имеют большое криминогенное значение.

### **Органические поражения головного мозга**

Третьей по распространенности психической аномалией являются органические поражения головного мозга, особенно у лиц с травматическим поражением головного мозга. В этих случаях наблюдаются остаточные явления черепно-мозговых травм, при которых, прежде всего, наблюдаются признаки травматической астении – явления раздражительности и истощаемости, утомляемости, легкого возникновения тревожных опасений и сомнений, проявления слабодушия. Появляются головные боли, головокружения, рассеянность, забывчивость, трудность сосредоточения. При черепно-мозговых травмах легкой и средней степени, особенно полученных в детском и юношеском возрасте, эти расстройства развиваются быстро и отличаются устойчивостью. Характерны резкие колебания настроения, истерические реакции. При пониженном настроении часто отмечается злобность, при повышенном – дурашливость. Особенно утяжеляет аномалию присоединяющийся алкоголизм. Характеристика органического патопсихологического синдрома:

- общее снижение интеллекта;
- распад имевшихся сведений и знаний;
- мнестические расстройства, затрагивающие как долгосрочную, так и оперативную память;
- нарушение внимания и умственной работоспособности;
- нарушение операционной стороны и целенаправленности мышления;
- изменение эмоциональной сферы с аффективной лабильной неустойчивостью;
- нарушение критических способностей и самоконтроля.

Выделяют в рамках органического экзогенно-органический и эндогенно-органический регистр-синдромы. В клинике экзогенно-органическому синдрому соответствуют такие поражения головного мозга, как церебральный атеросклероз, последствия черепно-мозговой травмы, токсикомании и т.д. Эндогенно-органическому синдрому в клинике соответствуют истинная эпилепсия, а также первичные атрофические процессы в головном мозге (энцефалопатии).

## Олигофренический синдром

Олигофренический синдром представлен следующими характеристиками:

- неспособность к обучению и формированию понятий;
- дефицит интеллекта;
- дефицит общих сведений и знаний;
- примитивность и конкретность мышления;
- неспособность к абстрагированию;
- повышенная внушаемость, эмоциональные расстройства.

Олигофрения (буквально – малоумие) – это врожденное или рано приобретенное (в первые три года жизни) слабоумие, которое выражается в недоразвитии психики в целом, преимущественно интеллекта, понятийного мышления, вследствие поражения головного мозга на ранних этапах его развития (внутриутробно, в первые месяцы и годы жизни) или обусловленное наследственной неполноценностью мозга.

Олигофрения отличается от приобретенного слабоумия (деменции) тотальностью недоразвития психики, наличием в большинстве случаев диспластических признаков строения тела, уродств, недоразвитием моторики, отсутствием прогредиентной динамики.

### Психогенная дезорганизация психической деятельности

Психогенная дезорганизация психической деятельности наблюдается при реактивных состояниях и характеризуется:

- динамичными, преходящими расстройствами аффективной сферы;
- нарушениями восприятия;
- расстройствами памяти, мышления;
- нарушениями мотивации.

Реактивными состояниями (психическими реакциями) называются временные и обратимые расстройства психической деятельности, возникающие как реакции в ответ на воздействие психической травмы. Глубина реактивных состояний колеблется от психологически понятных реакций на психогенный фактор (в основе которого лежит физиологический механизм эмоций) до тяжелых реактивных психозов (в основе которых имеются глубокие патофизиологические нарушения высшей нервной деятельности).

Таким образом, для этих состояний характерно то, что:

- они развиваются в связи с психической травмой;
- психическая травма непосредственно отражается в болезненных переживаниях;
- состояние прекращается после ликвидации вызвавшей его психической травмы.

Выделяют в рамках психогенного синдрома психогенно-психотический (в клинике – реактивные психозы) и психогенно-невротический (в клинике – неврозы и невротические реакции).

В настоящее время принято выделять следующие формы реактивных состояний:

- аффективно-шоковые психогенные реакции (встречаются при массовых катастрофах, в связи с реальной угрозой жизни; дают о себе знать либо бессмысленным хаотическим возбуждением, либо обездвиженностью);
- депрессивные психогенные реакции, или реактивная депрессия (чрезмерно сильная и длительная болезненная реакция печали на утрату или жизненную неудачу);
- реактивные (психогенные) бредовые психозы, а также истерические реакции и психозы.

Патопсихологическая диагностика использует батарею экспериментальных методик-тестов, с помощью которых выявляются особенности функционирования отдельных сфер психической деятельности и интегративных образований – темперамента, характера, свойств личности. Разделение психических функций является условным, и на самом деле трудно установить их границы.

### Методы психодиагностики патопсихологических симптомокомплексов

Основные нарушения	Диагностируемая сфера	Психодиагностические методики
<b>ШИЗОФРЕНИЧЕСКИЙ СИМПТОМОКОМПЛЕКС</b>		
Изменение структуры и иерархии мотивов	Структура личности	Личностные опросники ММРІ (СМИЛ)
Изменения самооценки и самосознания (аутизм, сензитивность, отчужденность и повышенная рефлексия)	Личностные особенности	Проективные методики: рисуночные тесты, ТАТ, Розенцвейг
Расстройства мыслительной деятельности, нарушающие целенаправленность мышления и смыслообразования	Особенности мышления	Классификация, исключение предметов, понятий; сравнение понятий; понимание текстов, сюжетных картинок, интерпретация пословиц; методика пиктограмм
Эмоциональные расстройства (упрощение, диссоциация эмоциональных проявлений, знаковая парадоксальность)	Эмоционально-личностные проявления	Цветовой тест Люшера, ассоциативный эксперимент
<b>ПСИХОПАТИЧЕСКИЙ СИМПТОМОКОМПЛЕКС</b>		
Патохарактерологические расстройства (патологический вариант характера)	Структура личности	Личностные опросники ММРІ (СМИЛ), ПДО, Шмишека



Основные нарушения	Диагностируемая сфера	Психодиагностические методики
Эмоционально-волевые расстройства	Эмоционально-волевая сфера	Цветовой тест Люшера, шкалы депрессии, тревоги, самооценки
Нарушение структуры и иерархии мотивов	Структура личности	Личностные опросники ММРІ (СМИЛ), ценностные ориентации
Неадекватность самооценки и уровня притязаний, нарушение прогнозирования и опоры на прошлый опыт	Эмоционально-личностные проявления	Методика Дембо – Рубинштейн, уровень притязаний, рисуночные тесты, ТАТ, Розенцвейг
Нарушение мышления в виде «относительного аффективного слабоумия»	Особенности мышления	Пиктограммы, классификация, ассоциативный эксперимент
<b>ОРГАНИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА</b>		
Общее снижение интеллекта	Уровень интеллекта	Шкала Векслера, матрицы Равенна
Распад имевшихся сведений и знаний	Психические процессы	Психометрическое обследование при помощи MMSE (тест Фольштейна)
Мнестические расстройства, затрагивающие как долгосрочную, так и оперативную память	Память	Запоминание и воспроизведение различного стимульного материала: слова, цифры, текст, несмысловые словосочетания, предметы и т.д.
Нарушение внимания и умственной работоспособности	Внимание и мышление	Таблицы Шульце, Горбова, счет по Крепелину, корректурная проба, устный счет, чтение, письмо; рисование, конструирование фигур по образцу
Нарушение операционной стороны и целенаправленности мышления	Особенности мышления	Классификация, исключение предметов, последовательные картинки, интерпретацию пословиц, текстов
Изменение эмоциональной сферы с аффективной лабильной неустойчивостью	Эмоционально-волевая сфера	Личностные опросники: ММРІ (СМИЛ), ПДО, шкалы депрессии, тревоги и др.
Нарушение критических способностей и самоконтроля	Ориентации и критичности	Психометрическое обследование при помощи MMSE (тест Фольштейна)
<b>ОЛИГОФРЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ</b>		
Дефицит интеллекта, дефицит общих сведений и знаний	Уровень интеллекта	Шкала Векслера, матрицы Равенна
Примитивность и конкретность мышления; неспособность к абстрагированию	Качество мышления	запоминание 10-ти слов, текстов, сюжетные и последовательные картинки, простые и сложные аналогии, исключение предметов, понятий, классификация, конструирование или рисование по образцу и т.п.

Основные нарушения	Диагностируемая сфера	Психодиагностические методики
Повышенная внушаемость, эмоциональные расстройства	Эмоционально-личностные проявления	Личностные опросники: ММРІ (СМИЛ), ПДО, рисуночные тесты: рисунок человека, семьи, несуществующего животного, тест «Дом-дерево-человек»
<b>ПСИХОГЕННАЯ ДЕЗОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ</b>		
Динамичными, преходящими расстройствами аффективной сферы	Эмоционально-волевая сфера	Шкалы депрессии, тревоги, самооценки
Нарушениями восприятия	Эмоционально-личностные проявления	Незаконченные предложения, ТАТ, цветовой тест Люшера, рисуночные методы
Расстройствами памяти, мышления	Психические функции	Запоминание 10 слов, таблицы Шульте, счет по Крепелину, корректурная проба, методика пиктограмм, ассоциативный эксперимент
Нарушениями мотивации	Структура личности	Личностные опросники: ММРІ (СМИЛ), ПДО, проективные методы: ТАТ, цветовой тест Люшера, рисуночные методы

## 4. ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОБСЛЕДУЕМЫХ

Несмотря на необходимость применения психологического инструментария в практической работе, прикладная психология все же не является процедурой тестирования. В индивидуальной диагностике основной является клинико-психологическое интервью, которое подкрепляется данными тестов. В патопсихологическом заключении первым блоком идет описание поведенческих характеристик обследуемого – контактность, процесс выполнения заданий, общее описание нейродинамики, эмоциональное состояние, особенности речи, особенности психомоторики. 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.

### **Контакт**

Контакт пациента с психологом имеет важное значение как для проведения диагностики, так и для понимания психических особенно-

стей обследуемого. Проявления контакта зависят от многих разнообразных факторов.

Нормальный контакт проявляется в виде спокойно-ответственного отношения испытуемого к процедуре обследования. В заключении отмечается «адекватный контакт», «достаточный», «без особенностей».

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.

Формальный контакт возможен при отсутствии доверия к психологу. Также он имеет место в выраженных шизоидных чертах характера.

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.

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, и иные объективные свидетельства, да и признаки лживого поведения обычно вполне очевидны. Симуляция выявляется по несоответствию заявлений и жалоб больного какому-либо определенному синдрому.

### **Процесс выполнения заданий**

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 разобратся в ситуации, когда мотивация не проявляется, это может указывать на несформированную мотивационную сферу – инфантилизм, или антисоциальные личностные наклонности.

От мотивации зависит вид отношение к работе, которое проявляется в:

- старательности, наличия или отсутствия ориентации на успех отмечается обязательно, поскольку влияет на оценку экспертом достоверности полученных экспериментальных данных;
- повышенной отвлекаемости, свойственная гипертимным акцентуантам, гиперстенической фазе невротозов, гипоманиакальным состояниям, при явлениях повышенной истощаемости.

При описании понятливости инструкций следует отметить легкость восприятия инструкций. Замедленное понимание инструкций не всегда зависит от интеллектуального снижения, иногда это проявление общей торпидности нервно-психических процессов. Выраженное снижение понятливости 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.

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.

### **Общая оценка нейродинамики**

Общая оценка нейродинамики необходима в особенности для тех случаев, когда внешне не наблюдаемые органические изменения нейродинамики все-таки проявляются в значительно измененных по органическому типу результатах аттентивно-мнестических проб. По внешним поведенческим реакциям можно описать следующие особенности нейродинамики.

- Общую торпидность во всех сферах (в мышлении, моторной сфере, особенностях речи), обычно называемую брадипсихией.

- 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 эпилептоидов, торпидных «органиков», иногда для психастеников и пациентов с эпилептическими изменениями личности. Следует обратить внимание на то, что обстоятельность может быть избирательной, то есть проявляться в эмоционально значимых для данной личности темах.

### **Эмоциональное состояние**

Эмоциональное состояние внешне проявляется в:

- ровном и спокойном фоне;
- подавленном настроении, скорбной позе;
- повышенном настроении, которое может быть в маниакальной фазе;
- эйфорического благодушия, которое проявляется в ровном благодушном настроении независимо от внешних обстоятельств;

▪ раздражительности и гневливости, что характерно для больных органическим поражением ЦНС, эпилептоидов, индивидуумов с психоорганическим синдромом.

### **Психомоторика**

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.

*Аимия* может встречаться при депрессивных проявлениях, выраженных шизоидов, при неврологических поражениях.

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

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

### **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*, которая 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.

### **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.

Все вышеописанные 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.

## 5. ИССЛЕДОВАНИЕ НАРУШЕНИЙ ОРИЕНТИРОВКИ И СОЗНАНИЯ

Проверка ориентировки в месте, времени и собственной личности позволяет в общих чертах выяснить уровень сознания пациента. Она тестируется простыми вопросами, в том числе, где пациент находится, знает ли он дату (сезон, год) и знает ли, кто он такой. Ориентировка меняется при качественных расстройствах сознания (делирий, онейроид, аменция, сумерки) и затрудняется при оглушении. Трудно отличить нарушения ориентировки от бредовой интерпретации окружающего, поэтому условно говорят о двойной ориентировке при бреде. При множественном личностном расстройстве может быть множественная ориентировка.

Хотя в психиатрии между ориентировкой и сознанием ставится часто знак равенства, последнее понятие значительно шире. Тестирование сознания основано на способности реагировать на окружающие импульсы, в том числе речь, прикосновение, боль, другие рефлекторные воздействия, а также по особенностям внимания, способности к суждениям, структуре речи (лингвистика измененных состояний сознания). К нему еще относятся представления о собственном Я (единичном или множественном), телесном образе и месте своего Я в отношениях с окружающими, а также целостность образа мира (форм, динамики, цвета) и течения времени. Сновидения и собственно сон тоже отражают эту психическую функцию.

Количественные расстройства сознания тестируют по речевому контакту, рефлексам, поведению, в частности реакциям на стимулы. К признакам минимальных расстройств сознания относятся пассивное внимание, нечеткость восприятия, нарушения осмысления, ослабленное запоминание и воспоминание, затрудненное подыскивание слов, снижение способности к суждениям и умозаключениям. При этих расстройствах в речи отмечаются повторы (персеверации), повторы вопроса, увеличиваются расстояние между словами, число слов-«паразитов», недоговариваются окончания слов.

Расстройства сознания представляют либо собой завершенные синдромы (делирий, онейроид, аменция, сумеречное расстройство сознания), либо включены в диссоциативный синдром, органические расстройства личности.

## 6. ИССЛЕДОВАНИЕ НАРУШЕНИЙ ВОСПРИЯТИЯ

Нарушения восприятия подразделяют на иллюзии и галлюцинации, психосенсорные расстройства. Иллюзии делят по причинам возникновения (физические, эйдетические, физиологические, психические), по сложности (элементарные, простые, сложные, парейдолические), по органам чувств (тактильные, зрительные, визуальные, аудиальные, ольфакторные, проприоцептивные, кинестетические). Галлюцинации аналогичным образом классифицируются по органам чувств и по степени сложности. По условиям возникновения выделяют гипногические и гипнопампические галлюцинации. В зависимости от проекции галлюцинации делят на истинные (проецируемые в реальное пространство) и псевдогаллюцинации (проецируемые в мыслимое пространство). Галлюцинации входят в состав галлюцинаторных, параноидных синдромов, синдромов нарушенного сознания. Психосенсорные расстройства делят на деперсонализацию (изменения и расщепления Я, нарушения схемы тела, к особой деперсонализации относятся депрессивная и анозогнозия) и дереализацию (изменение цвета, формы, размеров окружающего, темпа течения времени).

Предполагается, что можно выделить визуальное, аудиальное, ольфакторное, тактильное, аудиальное, проприоцептивное восприятие, а также субъективное восприятие пространства и времени. Элементы восприятия – ощущения являются основой представления о себе (аутопсихическая ориентировка) и мире (аллопсихическая ориентировка). Восприятие собственного тела тестируется различением правой и левой стороны тела, частей тела. Основными законами восприятия являются: закон подобия, близости, закрытости и дополнительности, симметрии и имитации, продолжения. Эти законы определяют нашу предрасположенность к образованию функциональных иллюзий и галлюцинаций. Такие расстройства всегда возникают при изоляции (сенсорной депривации), например, при тюремном заключении. К косвенным признакам нарушения восприятия относятся: разговор с самим собой, необоснованное изменение отношения к окружающим, неологизмы (новые словообразования), внезапное изменение мимики и настроения, склонность к уединению, сокращение жевательных мышц и грудино-ключично-сосцевидной мышцы, асимметрия мимики правой и левой половины лица, напряжение орбитальной области при полужаком рте, нецеленаправленные жесты при неподвижной мимике, отсутствие ассоциации между мимикой, позой и жестом, ответы в сторону.

Нарушения восприятия в меньшей степени, чем расстройства других сфер психической деятельности, поддаются патопсихологической

оценке. Это связано с субъективным характером переживания нарушений восприятия. При исследовании восприятия выявляются скрытые расстройства.

### **6.1. Пробы зрительного и слухового восприятия**

В пробе Ашафенбурга обследуемому предлагается разговаривать по телефону, который предварительно отключен от сети. В пробе Рейхардта обследуемому предъявляется чистый лист бумаги и предлагается рассмотреть то, что на нем нарисовано. В пробе Липмана после надавливания на веки обследуемого предлагается сказать, что он видит. Эти пробы направлены на выявление галлюцинаторных или иллюзорных образов. При анализе проб нельзя исключать возможное внушение галлюцинаторных феноменов.

### **6.2. Узнавание изображений на картинах**

Исследуемому предлагают рассмотреть по рядам одно за другим изображение и назвать предметы. На картинках изображены предметы с наложением друг на друга. В зависимости от тяжести расстройств изображение более простые и близкие к реальным предметам воспринимаются правильно, а восприятие рисунков силуэтных, контурных или наложенных друг на друга затруднено.

### **6.3. Проба сенсорной возбудимости по Лукьяновой**

При исследовании сенсорной возбудимости (Н.Ф. Лукьянова) обследуемому предлагают всмотреться в рисунки «движущиеся квадраты» и «волнистый фон», состоящие из расположенных в определенном порядке и ракурсе квадратов и линий, пересекающих геометрические фигуры. Затем предлагается подсчитать количество квадратов в каждом ряду или неясно нарисованные фигуры. Анализируются субъективные ощущения, возникающие в процессе эксперимента, возможный иллюзорный и стереоскопический обман.

## **7. ИССЛЕДОВАНИЕ НАРУШЕНИЯ ВНИМАНИЯ**

О внимании обычно судят по способности пациента фиксироваться на инструкциях, как вербальных, так и невербальных, а также по актуальной фиксации системы рецепторов на объектах мира. При оценке внимания определяется его активность (произвольная, произвольная), направленность (внешняя, внутренняя), ширина (объем и распределе-



ние), переключение (легкое, трудное), интенсивность (высокая, низкая). Расстройства внимания патогномичны для больных с патологией центральной нервной системы, церебральным атеросклерозом, гипертонической болезнью 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.

Нарушения памяти, как и нарушения внимания, входят в структуру экзогенно-органических расстройств. Нередко они сопутствуют невротическим нарушениям. Для астенических состояний различного генеза (чаще соматического) типичными оказываются истошаемость и ослабление запоминания к концу исследования. При умственной отсталости наблюдается равномерное снижение непосредственной и оперативной памяти. Для старческих деменций характерны нарушения механической и ассоциативной памяти на фоне истошаемости и резко выраженных расстройств запоминания. Нарушения мнестических процессов при шизофрении не типичны и носят модально-неспецифический характер. Для маниакальных состояний характерны гипермнезии.

Для выявления расстройств внимания наиболее часто используются патопсихологические методики оценки внимания по таблицам Шульте, корректурная проба, счет по Крепелину, методика Мюнстерберга.

### **7.1. Таблицы Шульте**

Таблицы Шульте представляют собой набор цифр (от 1 до 25), расположенных в случайном порядке в клетках. Испытуемый должен показать и назвать в заданной последовательности (как правило, возрастающей от единицы до двадцати пяти) все цифры. Предлагается подряд четыре-пять неидентичных таблиц Шульте, в которых цифры расположены в различном порядке. Психолог регистрирует время, затраченное испытуемым на показывание и называние всего ряда цифр в каждой таблице в отдельности. Отмечаются следующие показатели:

- превышение нормативного (40–50 секунд) времени, затраченного на указывание и называние ряда цифр в таблицах;
- динамика временных показателей в процессе обследования по всем пяти таблицам.

По результатам данного теста возможны следующие характеристики внимания испытуемого:

- Внимание концентрируется достаточно – если на каждую из таблиц Шульте испытуемый затрачивает время, соответствующее нормативному (40–50 секунд).

- Внимание концентрируется недостаточно – если на каждую из таблиц Шульте испытуемый затрачивает время, превышающее нормативное.
- Внимание устойчиво – если не отмечается значительных временных отличий при подсчете цифр в каждой из четырех-пяти таблиц.
- Внимание неустойчиво – если отмечаются значительные колебания результатов по данным таблиц без тенденции к увеличению времени, затраченного на каждую следующую таблицу.
- Внимание истощаемо – если отмечается тенденция к увеличению времени, затрачиваемого испытуемым на каждую следующую таблицу.

## **7.2. Методика счета по Крепелину**

Методика счета по Крепелину используется для оценки осуществления счетных операций и состояния внимания. Результаты оцениваются по количеству отнятых в определенный промежуток времени чисел и допущенных ошибок. Исследование заключается в отсчитывании от 100 или 200 одного и того же числа (предпочтительно 7 или 13). Обследуемого предупреждают, что считать он должен про себя, а вслух называть полученное при очередном вычитании число.

## **7.3. Корректирующая проба**

Корректирующая проба используется для выявления устойчивости внимания и способности к его концентрации. Исследование проводят при помощи специальных бланков, на которых приведен ряд букв (или цифр), расположенных в случайном порядке. Инструкция предусматривает зачеркивание обследуемым одной или двух букв по выбору исследующего. При этом через каждые 30 или 60 секунд исследователь делает отметки в том месте таблицы, где в это время находится карандаш испытуемого, а также регистрирует время, затраченное на выполнение всего задания. Интерпретация та же, что и при оценке результатов по таблицам Шульте. Нормативные данные по корректирующей пробе – 6–8 минут при 15 ошибках.

## **7.4. Методика Мюнстерберга**

Методика Мюнстерберга предназначена для определения избирательности внимания. Она представляет собой буквенный текст, среди которого имеются слова. Задача испытуемого, как можно быстрее считывая текст, подчеркнуть эти слова. На работу отводится две минуты. Регистрируется количество выделенных слов и количество ошибок (пропущенных или неправильно выделенных слов).

## 7.5. Подсчет кружков в секторах круга по Рыбакову

Методика обычно используется для исследования активного внимания, «реакции сосредоточения». Исследуется главным образом степень концентрации возбудительного процесса в зрительном и двигательном анализаторах при счете, связанном с мелкими глазодвигательными реакциями (имеет значение и запоминание того какие кружки уже отсчитаны, то есть прочность образуемых временных связей, а также другие моменты, прежде всего – сохранность счета, функции второй сигнальной системы). Больному предлагают сосчитать без помощи пальцев зеленые кружки в одном секторе (17), затем синие в другом секторе (25). Если он быстро и правильно сосчитал кружки в первых двух секторах, можно предложить ему сосчитать и красные кружки (34). Если же при подсчете зеленых кружков возникают трудности, предлагают сосчитать кружки в верхних двух секторах. При оценке ответов необходимо учитывать, правильно ли и как быстро решена задача.

Больные с выраженными явлениями астении (токсикоинфекционного, органического или другого происхождения) считают с трудом, нуждаются в побуждении или повторении инструкции, часто прибегают к помощи пальцев, закрывая ими подсчитанные кружки. Больные в маниакальном состоянии считают быстро, но нередко вследствие неустойчивости внимания делают ошибки.

## 8. ИССЛЕДОВАНИЕ НАРУШЕНИЙ ПАМЯТИ

К функции памяти относится способность запоминать, удерживать и воспроизводить события. Выясняют, сохранена ли память на события сегодняшнего дня или только что сказанное, а также на события прошлого. Перечисление слов, которые пациент должен повторить через 5 минут, позволяет уточнить фиксационные расстройства памяти. Выделяется сенсорная, кратковременная, долговременная память.

Нарушения памяти отмечаются в форме амнезий (ретроантроградная, фиксационная, а также связанная с вытеснением), гипермнезии, искажениях памяти (конфабуляции, псевдореминесценции, палимпсесты). Расстройства памяти включены в психоорганический синдром, корсаковский синдром. Нарушения памяти часто происходят по закону Рибо (от настоящего к прошлому).

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 деятельно-

сти. Методики исследования памяти чрезвычайно просты и не требуют дополнительной аппаратуры.

## **8.1. Исследование оперативной памяти**

Для запоминания предъявляются 10 рядов по 5 чисел в каждом. Необходимо запомнить их в порядке называния, затем сложить первое число со вторым, второе с третьим, третье с четвертым и т.д. в каждом ряду. Числа зачитываются один раз. Нормальным является не менее 30 правильно названных сумм.

## **8.2. Запоминание 10 слов**

Методика используется для изучения непосредственного кратковременного, долговременного, произвольного и непроизвольного запоминания. Обследуемому зачитывают десять слов, подобранных так, чтобы между ними было трудно установить какие-либо смысловые отношения (гора, игла, роза, кошка, часы, вино, пальто, книга, окно, пила). После зачитывания предлагается воспроизвести слова в любом порядке. Затем слова зачитываются повторно. Нормальным считается воспроизведение 10 слов после 4–5 повторений, при тренированной памяти после 2 повторений. Через 20–30 мин испытуемому предлагается воспроизвести эти слова в любом порядке.

Выделяют следующие показатели:

- количество воспроизведенных слов;
- динамику воспроизведения слов (кривая произвольного запоминания).

Результаты теста свидетельствуют о следующих особенностях запоминания:

- Непосредственное запоминание не нарушено – если обследуемый непосредственно после зачитывания десяти слов воспроизводит в четырех-пяти попытках не менее 7 слов.

- Непосредственное запоминание нарушено – если обследуемый непосредственно после зачитывания десяти слов воспроизводит менее 7 слов. Чем меньше слов воспроизводится, тем более выраженными признаются нарушения непосредственного запоминания.

- Долговременная память не нарушена – если через 20–30 мин без предварительного предупреждения обследуемый воспроизводит не менее 7 запоминаемых слов.

- Долговременная память снижена – если через 20–30 мин без предварительного предупреждения обследуемый воспроизводит менее 7 запоминаемых слов.

### **8.3. Проба на ассоциативную память**

Зачитываются 10 пар слов с легко устанавливаемыми смысловыми связями, затем повторяется первое слово каждой пары, а обследуемый должен назвать второе. Например: река-море, яблоко-груша, гармонь-гитара, утро-вечер, брат-сестра, золото-серебро, пальто-шапка, голубь-ворона, автомобиль-троллейбус, книга-тетрадь. Нормальным считается выполнение пробы после двух повторений.

### **8.4. Воспроизведение цифровых рядов**

Субтест «воспроизведение цифровых рядов» из шкалы интеллекта Векслера диагностирует объем кратковременной памяти и способность создавать слуховые образы. Данный субтест состоит из двух частей: воспроизведение цифр в прямом порядке и воспроизведение цифр в обратном порядке. Наибольшее количество цифр, правильно воспроизведенных в каждой из этих частей, суммируются. Полученный суммарный результат является итоговой оценкой по субтесту. В норме считается результат 8–10 цифр при двух воспроизведениях. При органических расстройствах пациенты испытывают трудности при воспроизведении цифр в обратном порядке. Обследуемому называется ряд цифр со скоростью одна в секунду. Вначале предъявляется ряд из трех цифр. Если испытуемый правильно воспроизводит этот ряд с первой попытки, он получает плюс и переходит к запоминанию следующего ряда. Если же с первой попытки он с заданием не справился, ему предоставляется вторая попытка. Испытание прекращается, если испытуемый не справился с заданием при использовании двух попыток.

Следует отметить, что этот субтест не столько характеризует состояние функции памяти во всем ее многообразии, сколько отражает особенности активного внимания. Воспроизведение цифр в прямом порядке с возрастом снижается незначительно, более заметно у стариков затруднение в воспроизведении цифр в обратном порядке. Снижение результатов обратного воспроизведения может признаком или органических изменений когнитивных процессов, или низкого интеллекта, или эпилептоидного мышления в рамках эпилептоидного типа характера при нормальном уровне интеллекта.

### **8.5. Пиктограмма**

«Пиктограмма» (опосредованное запоминание) – методика направлена на исследование особенностей опосредованного запоминания, его продуктивности, особенностей мыслительной деятельности и включает в себя предъявление испытуемому для запоминания 10–15 понятий, которые он должен нарисовать так, чтобы впоследствии по рисунку

вспомнить заданные понятия. Через 40–60 мин обследуемому предлагается по рисункам воспроизвести заданные слова. Примеры набора слов и словосочетаний: веселый праздник, тяжелая работа, развитие, вкусный ужин, смелый поступок, болезнь, счастье, разлука, дружба, темная ночь, печаль.

Интерпретация результатов сходна с тестом десяти слов. Особенности опосредованного запоминания выражаются в рисунках обследуемого. Выделяют 5 вариантов изображений:

- Абстрактные изображения – линии, не оформленные в какой-либо узнаваемый образ.
- Знаково-символические – в виде знаков или символов (геометрические фигуры и т.д.).
- Конкретные – конкретные предметы.
- Сюжетные – изображения объединены в какой-то сюжет.
- Метафорические – изображения в виде метафор.

## 8.6. Тест зрительной ретенции Бентона

Применяют в качестве вспомогательной методики в диагностике мозговых нарушений. Материал теста включает 10 карт, на которых изображены простые геометрические фигуры и комбинации. Каждое задание предъявляется с экспозицией в 10 секунд, после чего испытуемый на листе бумаге или специальном бланке воспроизводит изображение. При этом оценка ответа производится по количественному и качественному показателям. Количественная оценка ответа несложна: при правильном репродуцировании ставится один балл, при неправильном – 0 баллов. Сравнивая соотношение правильно и неправильно выполненных заданий, мы получаем своеобразный показатель умственного ущерба.

Более интересен качественный анализ получаемых результатов с помощью теста. Автором составлена специальная таблица возможных ошибочных репродукций каждой картинки-образца. При этом различают ошибки, допускаемые здоровыми, а также лицами с органической церебральной патологией. Типичными ошибками при органических поражениях головного мозга могут быть: пропуск отдельных фигур, повторение фигур, инверсия и нарушение последовательности элементов, комбинации изображений, выраженные деформации, «слипание» изображений и др.

Тест Бентона оказывается весьма эффективным для геронтопсихологических исследований. У большой группы обследованных обнаружено заметное возрастание числа «органических» ошибок с возрастом, особенно после 60 лет. Кроме того, проведено сравнение результатов, полученных с помощью теста Бентона при исследовании практически здоровых и страдающих органической церебральной патологией.

При этом также получены статистически достоверные данные, свидетельствующие о том, что тест Бентона отчетливо выявляет органическую патологию. Исследование этих двух групп в возрастном аспекте показало, что указанная разница показателей с возрастом значительно уменьшается. Отмечено, что наличие одной «органической» ошибки возможно и у психически здоровых и может быть объяснено фактором переутомления. Наличие же двух «органических» ошибок отмечается очень редко у психически здоровых обследуемых даже в старческом возрасте.

Рисунки, используемые для обследования, объединяются в пять серий (форм). Имеются 3 эквивалентные формы, по 10 карточек равной сложности. Также разработаны 2 дополнительные усложненные формы, каждая из которых содержит 15 заданий по 4 набора фигур.

### 8.7. Забывание и нарушения памяти

Каждая функция памяти (независимо от того, идет ли речь о кратковременной или долговременной, визуальной, семантической или эпизодической памяти) может быть сведена к трем компонентам:

- точность сохранения или кодирования информации;
- эффективность процессов поиска;
- структурно-функциональные особенности (как, например, вид связи и активации), которые действуют между кодами.

Или, проще говоря, сохранение, поиск и связь – это три важнейших параметра памяти человека. Поэтому неудивительно, что подобное деление на три элемента присутствует и в классификации различных методов проверки памяти. Функциональная возможность каждого из этих трех компонентов может понизиться под воздействием специфических факторов. Если при наличии таких факторов речь идет о не отклоняющихся от нормы или «повседневных» феноменах, то говорят о «забывании». Но если речь идет о влияниях, обусловленных болезнью (таких, как, например, отравления; изменения, обусловленные нарушениями обмена веществ; шоковые состояния или распад, вызванный деменцией), тогда с полным правом можно употреблять термин «нарушение памяти». Обычно различают два вида забывания и нарушений памяти:

- первый обусловлен потерей накопленной информации;
- второй – диссоциативными процессами или ошибками в процессе поиска.

Первый тип забывания или нарушения памяти называется забыванием, или нарушением памяти «типа А», а второй – забыванием, или нарушением памяти «типа В».

Наглядный пример *забывания типа А* представляет собой происходящая в течение длительного периода времени постепенная потеря

информации, например забывание имен. К нарушениям памяти типа А относят также амнезии, возникающие в рамках распада, вызванного деменцией, и амнезии, вызванные длительной хронической интоксикацией (как, например, амнезия Корсакова). В обоих случаях можно утверждать, что дегенеративные процессы разрушают (по меньшей мере отчасти) основу, необходимую для запоминания и сохранения информации. Понятно, что процессы поиска теряют всякий смысл, если искомая информация больше не хранится в памяти.

*При нарушениях памяти группы В* речь идет совсем о других феноменах памяти. В таких случаях представляется вполне вероятным, что искомая информация еще содержится в памяти, однако не может быть вызвана оттуда – по меньшей мере временно. Наиболее удачным примером забывания и нарушения памяти типа В является феномен «вертится на языке». Этот феномен состоит в том, что человек тщетно пытается вспомнить что-то, например имя; причем он точно знает, что смог бы узнать это имя среди других и вспомнить некоторое время спустя. К нарушениям памяти типа В относятся амнезии с очень гетерогенными симптомами, которые нередко находятся в тесной связи с психическими или невротическими расстройствами.

## 9. ИСЛЕДОВАНИЯ НАРУШЕНИЯ МЫШЛЕНИЯ

Под мышлением понимается способность к формулировке понятий, суждений и обобщений. Определяются темп мышления (количественная характеристика), структура и специфика, то есть типология мышления (качественная характеристика), в том числе фантазии, а также повторы в высказывании идей. Важным моментом является изучение творческой продуктивности и аспектов социальной мотивации. Оценивается логика мышления, которая классифицируется на формальную (прагматическую), символическую (мифопоэтическую).

Нарушения мышления часто встречаются при психических заболеваниях. Клинические варианты расстройств мышления патогномны для шизофренического процесса и наиболее ярко проявляются при проведении патопсихологического обследования. Характерны такие симптомы, как соскальзывание, разорванность, разноплановость мышления, опора на латентные признаки и др.

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 мышление. В свою очередь в паралогическом мышлении вы-



деляют идентифицирующее, символическое, формализующее, аутистическое, прелогическое (мифопоэтическое) мышление.

Нарушения мышления по *содержанию* подразделяют на аффективное, эгоцентрическое, параноидное (бредовое), обсессивное, паранойальное, парафренное и сверхценное. Среди бредовых идей чаще встречаются идеи отношения и значения, преследования, воздействия, ревности, ущерб, величия, виновности, ипохондрические и нигилистические (отрицания) идеи.

Расстройства мышления включаются во многие синдромы, в частности, расстройства мышления по темпу в структуру маниакального и депрессивного синдромов, по структуре в аномалии личности, изменения личности при шизофрении, эпилепсии. Расстройства мышления по содержанию – в сверхценный, обсессивно-компульсивный и параноидный и галлюцинаторно-параноидный синдромы. Среди параноидных синдромов чаще встречается паранойальный (монотематический бред без галлюцинаций), собственно параноидный (политематический бред с включением отдельных галлюцинаций), парафренный (бред величия).

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

### 9.1. Методика «Классификация»

Применяется для исследования процессов обобщения и отвлечения, последовательности суждений. Модифицированная методика включает набор карточек с изображением животных, растений и предметов. Изображения могут заменяться надписями. Предлагается разложить карточки на группы так, чтобы они содержали однородные предметы и могли быть названы обобщающим словом.

Оцениваются:

- число этапов, затраченных на окончательную классификацию предметов (выделяются три группы – животные, цветы, неодушевленные предметы);
- принципы классификации.

При работе над тестом проявляются следующие особенности мышления:

- Конкретное мышление – если обследуемый объединяет предметы в конкретные ситуационные группы (например, пальто со шкафом, «пальто вешают в шкаф»).
- Излишняя детализация – если обследуемый выделяет дробные группы (например, «одежда зимняя, летняя, одежда на выход»).

- Опора на латентные признаки – если в классификации делается упор на незначимые, скрытые признаки понятий (например, в одну группу объединяются автобус и слон, так как оба «большие»).

На основании методики классификации понятий возможно подтверждение клинически выявляемых специфических расстройств мышления. Конкретность мышления может подтверждать наличие органически обусловленных психических расстройств, склонность к излишней детализации – эпилептический характер ассоциативных нарушений, опора мышления на латентные признаки – на нарушения мышления шизофренического спектра.

## 9.2. Исключение понятий

Позволяет оценить уровень процессов обобщения и исключения, способность выделять существенные признаки предметов. Существуют вербальный и невербальный варианты методики. Предлагается из четырех предметов/слов исключить один предмет или слово, которые не подходят к остальным, сходным по общему для них признаку. Анализ методики сходен с методикой классификации понятий.

Примеры стимульного вербального материала:

кошелек	портфель	чемодан	книга
часы	весы	очки	термометр
самолет	гвоздь	пчела	вентилятор

## 9.3. Исключение четвертого

Невербальный вариант методики известен как проба «Исключение четвертого». Используется для наиболее точной диагностики категориального уровня мышления. Количество карточек должно быть около полутора десятков. Они также должны быть эмпирически ранжированы по степени сложности, включать карточки, где возможно предъявление двух родовых понятий (для исключенного и для трех объединяемых), а также карточки с обобщением по функциональным признакам. Кроме того, сюда же должен быть добавлен блок из нескольких карточек с принципиально необобщаемыми объектами – пробы Полякова.

Важно отношение обследуемого к допущенным ошибкам – сам заметил или с помощью исследователя. Доступны ли ошибки коррекции. Обобщение возможно в следующих вариантах.

- Правильные решения без пояснения. Такое явление не всегда служит показателем уровня мышления, так как причиной его могут быть не только умственная отсталость, но и алекситимия, олигофазия любого генеза, левополушарный органический дефект. По сути такие решения не относятся к собственно уровневым категориям.

- По признаку исключенного. Здесь возможны варианты: когда предмет исключается правильно, но решение аргументируется его свойствами и когда само решение неправильно.

- Иногда (обычно при настоянии экспериментатора) возникают просто перечисления частных свойств остальных объектов или даже слова по их родовой принадлежности, но это свидетельство практически синкретического уровня мышления, так как признаки разного ранга обобщенности (перцептивные, функциональные, родовые) перечисляются и осознаются как рядоположные.

- Конкретно-ситуационные объединения. Предметы объединяются в житейскую ситуацию («пообедать», «книга и кошелек в портфеле» и т.д.). Ясно, что это не категориальный уровень мышления, даже если испытуемый использует в речи категоризирующие слова («портфель, чтобы носить что-то и класть в него, вот и лежат в нем книга и кошелек»). Категоризирующее слово (или выражение) применяется в качестве признака, рядоположного с частными свойствами, не происходит разведения уровней обобщенности в понимании субъекта.

- Решение с предъявлением только одного родового понятия для трех обобщаемых объектов. Это уже категориальное мышление, хотя отличается этот уровень от следующего, пятого, или они равновероятны в практике – надо еще проверить. Одно родовое понятие для исключенного предмета оценивается как выполнение на втором уровне, смысл такого решения пояснен ранее.

- Решение по двум родовым понятиям – это уверенный и хорошо сформированный категориальный уровень мышления.

## 9.4. Выделение существенных признаков

Методика «Выделение существенных признаков» выявляет понимание обследуемым главных и второстепенных признаков предметов и явлений. Характер выделения признаков свидетельствует о преобладании абстрактного или конкретного стиля мышления. При выполнении методики необходимо к слову, стоящему перед скобками, выбрать два слова (признака) предмета или явления, расположенных в скобках и являющихся неотъемлемыми признаками слова перед скобками. Примеры стимульного материала:

Сад	(растения, садовник, собака, забор, земля).
Река	(берег, рыба, рыболов, тина, вода).
Куб	(углы, чертеж, сторона, камень, дерево).
Деление	(класс, делимое, карандаш, делитель, бумага).
Сарай	(сеновал, лошади, крыша, скот, стены).

## 9.5. Образование аналогий

Методика «образование аналогий» выявляет умение обследуемого устанавливать логические связи и отношения между понятиями. В опыте легко обнаруживаются нарушения последовательности суждений, когда испытуемый на время перестает следовать избранному им модусу решения задания.

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

Электричество	_____ Пар _____
Проволока	лампочка, ток, вода, трубы, кипение

Обследуемому объясняют, что также, как электричество идет по проволоке, пар идет по трубам. Совместно с обследуемым можно решить еще один, более трудный и отличающийся другим принципом построения аналогичный пример: разъяснение носит следующий характер: «Каковы отношения между словами слева? Песню не слышит глухой. А картину?» И, если испытуемый сам не решил задачу, ему подсказывают, что «картину не видит слепой». Обязательно для примера надо выбрать задачи, где аналогии строятся по разному принципу. Для некоторых обследуемых это служит предупреждением о возможности ошибок.

При анализе результатов важно не только обнаружение ошибок, но и мотивировка их и возможность коррекции. Этим методом выявляются нарушения логического строя мышления, однако, ошибки типа «соскальзываний» не корригируются, тогда как непоследовательные суждения в связи с истощаемостью исправляются большими, как только они их замечают. Обнаружение возможности исправления ошибок в ходе эксперимента, недопущение их в дальнейшем, свидетельствует об определенной сохранности критичности мышления. Обсуждение, совместно с больным, допущенных им ошибочных решений дает исследующему материал, на основании которого можно судить о нарушениях логики.

## 9.6. Ассоциативный эксперимент

«Ассоциативный эксперимент» используется для оценки качественной специфики мышления. Тест также применяется в психоаналитических целях для исследования высшей нервной деятельности. При

проведении исследования предлагается привести первую пришедшую на ум ассоциацию на предъявляемые слова. Возможные наборы слов:

– шкаф – , город – , сват – , ветка – , перо – , воробей – , кролик – , свеча – , рама – , дорога – , платье – , чернила – , туфли – , кошка – , помидор – , нитка – , тетрадь – , солнце – , подушка – , день – , доска – , улица – , пила – , карандаш –

При анализе результатов исследования учитываются: латентный период (в норме от 0,5 до 2 сек); качественные характеристики ответов. По качеству ответов речевые реакции делят на:

- высшие речевые реакции (общеконкретные, индивидуально-конкретные, абстрактные);

- примитивные словесные реакции (ориентировочные, созвучные, отказные, экстрасигнальные, междометные, персеверирющие, эхолоалические);

- атактические реакции (соответствующие диссоциированному мышлению).

У больных шизофренией преобладают атактические (еда – крот) или созвучные (народ – урод) реакции. Это обусловлено особенностями расстройств мышления при данном заболевании, ассоциациями по созвучию и т.д. Адекватным выполнение исследования считается, если высшие речевые реакции составляют 98–100%, среди них общеконкретные – 68–72%, индивидуально-конкретные 8–12%, абстрактные – 20%, низшие, атактические и многословные реакции отсутствуют.

## 9.7. Понимание рассказов

Это одна из наиболее давно употребляющихся методик психологического исследования. Результаты исследования свидетельствуют об осмыслении сюжета рассказа и о состоянии памяти обследуемого. Для исследования применяются специально подобранные рассказы, чаще всего поучительного характера, притчи. Направленность задания в некоторой степени зависит от способа проведения. Так, при зачитывании текста рассказа облегчается восприятие смысла рассказа, однако от обследуемого требуется большее сосредоточение внимания. Если же обследуемый сам читает рассказ, то повторным чтением легко компенсирует недостаточность своего внимания.

Затем испытуемому предлагают воспроизвести рассказ (устно или письменно). При этом обращают внимание на характер изложения (словарный запас, возможное наличие парафазии, темп речи, особенности построения фразы, лаконичность или, наоборот, чрезмерная обстоятельность). Существенное значение имеет выяснение того, насколько доступен обследуемому скрытый смысл рассказа, связывает ли он его с

окружающей действительностью, доступна ли ему юмористическая сторона рассказа.

Понимание скрытого, переносного смысла рассказа часто бывает затруднено при интеллектуальной недостаточности, хотя пересказ при этом очень близок к заданному тексту. Для выявления резонерства и патологических рассуждений успешно используют рассказы «Колумбово яйцо», «Проблема Эверье» и др. Необходимо заранее приготовить серию текстов различной степени сложности.

Для исследования можно использовать и тексты с пропущенными словами (проба Эббингауза). Читая этот текст, испытуемый должен вставить недостающие слова, сообразуясь с содержанием рассказа и нередко ознакомившись с последующими фразами. При этом возможно обнаружение нарушения критичности мышления: обследуемый вставляет случайные слова, иногда по ассоциации с близко расположенными к недостающему, а допускаемые нелепые ошибки не исправляет иногда даже после замечания исследующего.

## 9.8. Пиктограмма

«Пиктограмма» (опосредованное запоминание) – методика направлена на исследование особенностей опосредованного запоминания, его продуктивности, особенностей мыслительной деятельности и включает в себя предъявление испытуемому для запоминания 10–15 понятий, которые он должен нарисовать так, чтобы впоследствии по рисунку вспомнить заданные понятия. Через 40–60 мин обследуемому предлагается по рисункам воспроизвести заданные слова. Анализ образов «Пиктограмм» позволяет судить о характере ассоциаций обследуемого. Оцениваются:

- особенности выполнения рисунков (величина, завершенность, их обрамление, подчеркивание, наличие уточняющих линий, отличия и сходство рисунков, относящихся к различным понятиям);
- расположение рисунков на листе;
- принципы запоминания;
- оригинальность или стандартность.

Выделяют варианты изображений:

1. Стандартные образы – если рисунки совпадают в контексте культуры (например, изображение флагов, шаров для запоминания понятия «веселый праздник»).

2. Атрибутивные образы – если при изображении понятий используется принадлежность к чему-то, то есть преобладают рисунки, отражающие неотъемлемую часть понятия (например, изображение блюд, ассоциирующихся с «вкусным ужином»).

3. Конкретные образы – если рисунки содержат предметы или явления, непосредственно связанные с ситуацией (например, лежащий в постели человек при изображении понятия «болезнь»).

4. Метафоры – если для изображения понятия берутся конкретные образы, прямо с ним не связанные и использующие абстрагирование (например, туча, закрывающая солнце, при изображении «болезни»).

5. Индивидуально значимые образы – если при изображении понятий используются значимые для данного человека образы (например, ребенок на понятие «счастье»).

6. «Органичность» «графики» – если в рисунках преобладают незаконченные линии, штриховка в тех случаях, когда предполагается завершенность (круг), повторные линии, персевераторные включения.

7. Грубая органическая графика – если преобладают макрографии, подчеркивание, обрамление рисунков, чрезмерная стереотипия рисунков.

8. Геометрические изображения – если понятия запоминаются с помощью геометрических фигур.

В норме преобладают конкретные, атрибутивные, стандартные упорядоченные образы. Для органических поражений головного мозга характерны стереотипии, упорядоченность, подчеркнутая аккуратность изображений, незавершенность линий, штриховка, подчеркивание, обрамление изображений. При психозе преобладают вычурные, абстрактные образы, буквенное изображение, геометрические фигуры, атипичное расположение рисунков.

Внешняя простота проб на вербальное мышление у испытуемых с нормальным или высоким интеллектом нередко вызывает негативизм, но проводить их необходимо в силу того, что они оценивают в этом случае не уровень интеллекта, а когнитивный стиль, тип мышления, особенности эмоционального реагирования, характер мотивации и другие параметры, важные для определения характерологического типа. Минимальный набор вербальных проб состоит из интерпретации идиом, сравнении пар понятий, методики «Исключение четвертого», но при возможности его следует дублировать дополнительными вербальными заданиями.

## 9.9. Интерпретация идиом

Применяются идиомы двух уровней сложности: метафоры и пословицы. В них заключены практически все операции мышления, и можно ожидать, что в таких пробах будут наиболее тонко проявляться и в катамнезе рано появляться специфические нарушения мышления. Недаром неспособность лиц с интеллектуально-мнестическим снижением к пониманию юмора и переносного смысла была одним из первых соб-

ственно когнитивно-психологических наблюдений в области неврологии и психиатрии.

Метафоры преимущественно используются для исследования детей до 7–10 лет. Далее использовать их не имеет смысла, поскольку достаточно сформированное понятийное мышление позволяет легко справляться с десятью-пятнадцатью широко известными «крылатыми словами». В то же время при наличии значительной умственной отсталости у подростка или взрослого исследование понимания метафор обязательно. Обычно предъявления 5–7 метафор достаточно для последующего анализа. Но следует учесть, что метафоры бывают разного уровня не только по сложности (качественной), но просто по известности.

Все, связанное с «золотом» («золотая голова», «золотые руки», «золотое сердце») широко представлено в сказках, в живой речи и в методической работе с детьми. Чуть «сложнее» (то есть менее известны и «отработаны» в живой речи) выражения, связанные с красным-красивым – «красна девица», «красное солнышко», «Красная площадь». Третий уровень доступности – «каменное сердце», «зубастый парень», «громкое имя» еще имеет образный коррелят и поэтому допускает буквальное понимание, может трактоваться как «сердце из камня, у памятника». На четвертом уровне доступности метафора совмещает образы разной модальности и вызывает наибольшие затруднения – «острое слово», «глухая ночь», «холодный разговор».

Пословицы также следует применять разной степени сложности – широко известные, которые изучают даже в детском саду («Не красна изба углами, а красна пирогами», «Без труда не выловишь и рыбку из пруда»); средние по сложности, известные, но не предъявлявшиеся детям в саду или начальной школе («Не все то золото, что блестит», «Не в свои сани не садись»); сложные, менее известные в широких кругах населения («Слышит звон, да не знает, где он», «В огороде бузина, а в Киеве дядька»). Кроме того, каждый специалист должен иметь собственный ряд пословиц, которые он ранжирует по степени сложности на собственном эмпирическом материале. Обычно в практическом обследовании 4–5 пословиц оказывается достаточно.

Оценивать интерпретации (трактовки, пояснения) пословиц можно на семи уровнях:

- «эхолалический», когда ответ испытуемого представляет собой одно ключевое слово («Об избе», «О рыбке» и т.д.);
- тавтологическая интерпретация, когда испытуемый практически дает повторение пословицы, зачастую в более упрощенном варианте;
- буквальный, когда обследуемый правильно, но только в буквальном смысле трактует пословицу, применяя другие слова;
- конкретно-ситуационный (испытуемый говорит: «Это можно сказать тогда, когда кто-то ленится» – при предъявлении пословицы «Без



труда не выловишь и рыбку из пруда»), то есть имеется интуитивное понимание переносного смысла с неспособностью к его вербализации;

- интерпретация на широком круге конкретных ситуаций, когда приведено 2–3 примера таких ситуаций;

- правильное понимание переносного смысла с достаточно правильным словесным оформлением;

- аналогия, когда приводится другая пословица с аналогичным смыслом.

## 9.10. Сравнение пар понятий

При проведении пробы «Сравнение пар понятий» следует предъявить не менее 8–10 пар, обращая внимание на то, чтобы все пары были бытовыми, хорошо известными даже детям.

Причем первый уровень сложности понятий предполагает, что предметы имеют общее отдельное хорошо известное детям свойство (все предметы должны быть знакомы детям «вживую», а не по картинкам) – «елка и ежик» («колются»), «листья и травка» («зеленые»), «мяч и яблоко» («круглые»), «флажок и роза» («красные»). Здесь процесс абстрагирования признака и объединение по нему двух предметов доступны, в норме с 3–4 лет.

Второй уровень сложности предполагает, что понятия имеют предметное содержание, чувственный коррелят («стол и стул», «яблоко и груша», «ботинок и сапог», «кошка и мышка»), а объединяются понятием, которое уже не имеет реального образа (мебель, фрукты, обувь, животные).

Сложнее процесс сравнения понятий, которые сами представляют собой обобщенное родовое понятие или морально-этическую категорию – «фрукты и овощи», «ошибка и обман». В этот же ряд последними вводятся и провокационные пробы – несравнимые пары, предлагаемые Поляковым («пробы Полякова»).

Необходимо следить, чтобы сначала предлагалось определение сходства понятий – упорное предпочтение испытуемым начинать с дифференцировки является известным диагностическим признаком органического мышления. Категорически нельзя произносить выражение: «Дайте общее слово», поскольку это является прямым предложением найти родовое понятие, а это уже является другой пробой («Прямая проба на родовое понятие»). Только после обсуждения сходства понятий надо просить определить различия. Если испытуемый постоянно начинает давать различия вместо обобщения, это признак или органических изменений когнитивных процессов, или низкого интеллекта, или эпилептоидного мышления в рамках эпилептоидного типа характера

при нормальном уровне интеллекта. Оценивать можно по обобщению или по различию. На обобщение могут даваться:

- перцептивные признаки (внешне описывающие объекты);
- частные признаки – правильные, адекватно описывающие объекты;
- родовое понятие – обобщающее слово, свидетельствующее о наличии категориального уровня мышления.

Различие (дифференцировка) может описываться по:

- признакам на перцептивном уровне;
- частным признакам, не всегда играющим существенную роль;
- существенным признакам или различиям по функциям.

В этом случае также следует провести верификацию на контрольной группе, так как некоторые простые понятия даже людьми с хорошим интеллектом обобщаются по частным признакам (то есть учитывать общепринятую норму).

При наличии значительных органических стигм или значительно сниженного интеллекта можно дополнительно предъявить пробы Пиаже на родовидовые конструкции: «У тебя имеются такие цветы – 5 роз и 3 тюльпана. Чего у тебя больше – роз или цветов?» В случае правильного ответа «цветы» следует обязательно уточнить: «А почему?» Возможен ответ: «Их в поле много» или «Так цветов вообще-то много», что явно свидетельствует о непонимании испытуемым родовидовых отношений в конкретной ситуации, непонимании иерархических отношений. Недоступность этой пробы свидетельствует о не достижении ребенком уровня школьной зрелости, у взрослых же об умственной отсталости в степени имбецильности.

## 9.11. Нарушения мышления

Нарушения мышления являются одним из наиболее часто встречающихся симптомов при психических заболеваниях. Некоторые из них считаются типичными для той или другой формы болезни. Нарушения мышления могут быть самыми разными. Исходя из структуры мышления, выделяют следующие виды патологии мышления.

**Нарушения операционной стороны мышления** могут иметь следующие варианты.

*Снижение уровня обобщения;* которое 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.

*Искажение процесса обобщения*, выражается в снижении уровня обобщения. Испытуемыми устанавливаются конкретно-ситуационные связи. Аналогичные результаты могут быть получены и при выполнении младшими школьниками заданий по методике «Четвертый лишний». Например, из ряда *коза, курица, кошка* и *корова* выделяется *кошка*, так как «она живет в квартире, и поэтому она домашняя, а все остальные живут в сарае (на улице); они уличные, а не домашние животные». 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.

*Искажение обобщения* – это нарушение операционной 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 динамики мыслительной деятельности* проявляется в следующих разновидностях.

*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 путь неправильных или случайных сочетаний. 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 жестикой и мимикой. Иногда выкрикивают отдельные слова. Характерна чрезвычайная неустойчивость и раз-

бросанность 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 уведут пациента от начальной темы.

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.

***Нарушение мотивационного (личностного) компонента мышления.***

Утеря целенаправленности 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 многоречивые 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 большему обобщению по отношению к мелкому объекту суждений.

## 10. ИССЛЕДОВАНИЕ НАРУШЕНИЙ ИНТЕЛЛЕКТА

В понятие интеллектуальной функции входит способность ставить и разрешать задачи, обучаемость, творческая активность и чувство юмора. Это интегративная функция психики, имеющая содержательную (фигуративная, символическая, семантическая и поведенческая составляющие), оперативную (память, мышление, конвергентная и дивергентная составляющие) и продуктивную (способность создавать понятия, классы, группы) стороны.

Интеллект можно тестировать психометрически с помощью тестов, его также отражают словарный запас и способность к адаптации. Экспериментально-психологическое исследование интеллекта позволяет уточнить характер и тяжесть снижения интеллекта. Интеллект оценивается с помощью различных диагностических методик. Наиболее часто применяется шкала интеллекта Векслера.

### 10.1. Шкала интеллекта Векслера

Она состоит из 11 отдельных методик – субтестов, разделенных на вербальную и невербальную группы. Имеется взрослый и детский вариант данного теста.

*Субтест 1 – «Общая осведомленность»* – предполагает оценку знания сведений, усвоенных испытуемым в процессе естественной социализации, не обязательно связанной с образовательным и социальным статусом семьи, в связи с чем его иногда называют «субтестом информированности». По ответам на эти вопросы можно в известной мере судить о памяти обследуемого, о круге его интересов, об образовании. Результаты по этому субтесту мало меняются при старении или под влиянием болезненного процесса (исключением являются заболевания, протекающие с грубым интеллектуально-мнестическим снижением). Степень трудности задаваемых обследуемому вопросов постепенно нарастает. Этот принцип характерен и для других субтестов.

*Субтест 2 – «Общая понятливость»* – оценивает способность индивидуума к социализации, усвоению социальных норм. Но он также включает интерпретацию пословиц, что относится не столько к социальным нормам и поведению, сколько к сугубо интеллектуальным свойствам. Тест содержит вопросы, охватывающие особенности поведения обследуемого в какой-то конкретной ситуации, а также определяющие понимание им переносного смысла пословиц. Оценивают полноту понимания смысла выражений, способность к суждению, понимание общественных норм. Материалы по этому субтесту свидетельствуют о «социальном и культурном фонде» обследуемого. Считается, что с по-

мощью второго субтеста исследуется «здравый смысл», объем практических знаний.

*Субтест 3 – «Арифметический»,* или «Счетные операции», – представлен 14 заданиями. Арифметические задачи, предъявляемые обследуемому, характеризуются нарастанием трудности. Время лимитировано. Результаты выполнения заданий по этому субтесту свидетельствуют о способности концентрации активного внимания и оперирования арифметическим материалом. Следует строго соблюдать инструкцию и последовательность предъявления задания, не переставляя, к примеру, вычитаемое и уменьшаемое, – они должны следовать именно в этом порядке. После проведения этого субтеста необходимо определить механическое знание таблицы умножения, а потом сопоставить со сформированностью операций второго порядка (умножения и деления), со способностью испытуемого применять операцию умножения или деления при решении задач. Следует отметить, что нередко испытуемые заменяют деление или умножение операциями первого порядка (сложения или вычитания), что свидетельствует о несформированности школьных счетных навыков, но скорость подсчета при этом бывает довольно высокой, что маскирует указанный дефект. Способность к выполнению арифметических действий в уме не обнаруживает с возрастом значительной тенденции к ухудшению. Результаты в этом субтесте при старении несколько хуже, чем при выполнении субтеста «повторение цифр», но значительно лучше, чем в субтестах, о которых речь будет идти ниже.

*Субтест 4 – «Сходство»* – оценивает способность к формированию понятий, классификации, упорядочиванию, абстрагированию, сравнению. Испытуемый должен установить и охарактеризовать общность между парой понятий. Оценка варьирует от 0 до 2 баллов, в зависимости от достигнутого уровня обобщения: конкретного, функционального, концептуального. Время ответов не учитывается. Следует указать, что нередко оценка ответа на определение уровня сравнения понятий представляет большие затруднения и требует от испытующего опыта и знаний. Возможны ответы, квалификация которых весьма затруднительна. В этом субтесте оценивается, главным образом, логический характер мышления. В этом субтесте особенно важен качественный анализ, поскольку возможен такой вариант успешности, когда решены все задания с оценкой в один балл и средняя стандартная оценка соответствует средней норме, в то же время с качественной точки зрения мышление не достигает категориального уровня, а это уже один из признаков умеренно выраженной дебильности. Категорически нельзя заменять положенный по инструкции вопрос: «Чем похожи...?» заданием: «Дай общее слово», так как это уже прямая проба на родовое понятие, значительно более простая. Результаты здесь значительно снижаются с возрастом. Пожилые люди становятся менее способными не

только к формированию абстрактных принципов, но также и к различию их.

*Субтест 5 – «Перечисление цифр»* – применяется для исследования памяти (оперативной) и внимания. Для исследования пользуются рядами цифр. В каждой серии цифр имеется два равнозначных задания. Второе задание серии предъявляется обследуемому только в том случае, если он не справился с первым. Цифры, согласно инструкции, воспроизводятся в прямом и обратном порядке. Поводом для прекращения исследования является несостоятельность обследуемого в обоих заданиях данной серии. Время не регламентируется. Каждое правильно выполненное задание оценивается в один балл. Следует отметить, что этот субтест не столько характеризует состояние функции памяти во всем ее многообразии, сколько отражает особенности активного внимания. Воспроизведение цифр в прямом порядке с возрастом снижается незначительно, более заметно у стариков затруднение в воспроизведении цифр в обратном порядке. Снижение результатов обратного воспроизведения может признаком или органических изменений когнитивных процессов, или низкого интеллекта, или эпилептоидного мышления в рамках эпилептоидного типа характера при нормальном уровне интеллекта.

*Субтест 6 – «Словарный»* – служит для оценки вербального опыта (понимания и умения определить содержание слов) и словарного запаса. В связи с тем, что словарный запас зависит от образовательного уровня, он мало изменяется при старении. Обследуемому предлагают дать определение, объяснить значение 40 слов. Первые 10 – весьма распространенные, повседневного употребления; следующие 20 – средней сложности; третью группу составляют слова высокой степени сложности. Разумеется, в этом субтесте усложнение задания носит относительный характер и обнаруживается при сравнении не столько отдельных слов, сколько групп слов.

Перечисленные шесть субтестов относятся к группе вербальных. Несмотря на то, что по результатам их выполнения производится общая оценка, которая сравнивается с показателем выполнения невербальных субтестов, сами по себе они являются достаточно неоднородными. Это убедительно видно у пожилых пациентов. У них мало меняются результаты выполнения заданий по субтестам «словарному», «общей осведомленности» и «общей понятливости». Эта неизменность результатов при старении объясняется характером активности, необходимой для выполнения заданий; отсутствием требований, касающихся быстроты выполнения; относительной простотой заданий. Эти субтесты измеряют скорее интеллектуальные достижения, удерживающиеся при старении, чем интеллектуальные способности снижающиеся после определенного возраста.

*Субтест 7 – «Шифровка»* – является показателем свойств внимания, восприятия, зрительно-моторной координации и скорости форми-

рования новых навыков. Задача состоит в том, чтобы написать под каждой цифрой в клеточке соответствующий ей символ. Время выполнения лимитировано. Оценка соответствует количеству правильно зашифрованных цифр. При исследовании этой методикой различных возрастных групп установлено, что показатель результативности обнаруживает отчетливую тенденцию к снижению после 40 лет.

*Субтест 8 – «Недостающие детали»* – изучает особенности зрительного восприятия, наблюдательность, способность отличить существенные детали. Испытуемому предъявляют 21 изображение, в каждом из которых необходимо отыскать какую-либо недостающую деталь или какое-то несоответствие. Правильный ответ оценивается одним баллом (лимит времени – 20 с).

*Субтест 9 – «Кубики Кооса»* – исследует конструктивный праксис, пространственное воображение конструктивного мышления. Обследуемый должен обнаружить способность перенесения зрительного образа с карточки-образца на определенную конструкцию, которую он в ином масштабе воссоздает из цветных кубиков. Набор карточек-образцов стандартный. Время четко регламентировано. При работе с конструктивным праксисом следует быть очень осторожным при оказании помощи. В качестве решенных оцениваются задания, выполненные полностью самостоятельно и с абсолютно правильной пространственной ориентацией фигуры.

*Субтест 10 – «Последовательные картинки»* – оценивает способность к организации фрагментов в логическое целое, к пониманию ситуации и предвосхищению событий. В задании предлагается восемь серий картинок. В каждой серии картинки объединены сюжетом, в соответствии с которым испытуемый должен расположить их в определенной последовательности. Оценка зависит от правильности и времени решения. Обследуемый должен уловить смысл изображенной истории, проявить способность упорядочения группы факторов в логическую систему. Задания в порядке предъявления усложняются.

*Субтест 11 – «Составления фигур»* – измеряет способность составления из отдельных фрагментов единого смыслового целого, совокупности этих фрагментов. Из отдельных фрагментов обследуемый должен воссоздать целую фигуру. Время четко регламентировано. Направленность субтеста аналогична субтесту 9. Испытуемому предлагают в определенной последовательности детали четырех фигур («человек», «профиль», «рука», «слон») без указания на то, что из этих деталей должно быть составлено. В оценке учитывается время и правильность выполнения.

Автор теста разделяет субтесты на основные, мало изменяющие с возрастом результаты («словарный», осведомленность, составление фигур, обнаружение недостающих деталей), и те, которые обнаруживают с



возрастом явное ухудшение результатов (воспроизведение цифр, сходство, «шифровка» и «кубики Кооса»). Деление это, конечно, в известной мере условно.

После выполнения заданий теста, по специальной таблице, первичные «сырые» оценки результатов выполнения отдельных субтестов переводят в унифицированные. Полученные данные позволяют получить структуру интеллекта и анализировать разброс.

## 10.2. Профили интеллекта

На основании полученных данных можно получить следующие профили интеллекта.

1. *Гармонический* профиль предполагает невысокую вариативность профиля (примерно в пределах менее одной сигмы) по субтестам. При этом какой-либо из известных типов измененных профилей (в слабом варианте) не прослеживается.

2. *«Расщепленный»* профиль имеет большую разницу между уровнями вербального и невербального интеллекта (15 и более баллов). В начале 1980-х гг., было доказано, что явное превышение вербального интеллекта над невербальным свойственно органическому поражению правого полушария, а невербального над вербальным – левого. Вклад социально-педагогической запущенности (доля участия) в такой форме профиля также не исключен, но оценка его веса ждет своего исследования.

3. *«Органоидный»* – тип профиля диагностируется в случаях «западения» (заметного снижения относительно других субтестов) показателей субтестов V и VIII, что указывает на снижение аттентивно-мнестических функций, нередко при этом имеется и снижение по субтесту VII (возможно, имеется общая торпидность, отражающаяся в психомоторике). Это указывает на следующие патологические варианты:

- вероятность органического поражения ЦНС;
- органоидные изменения свойств нервной системы;
- общую торпидность лиц с выраженными эпилептоидными чертами характера.

Для дифференциации этих вариантов необходим анализ данных всего патопсихологического обследования и медицинские критерии.

4. *Диссоциативный* профиль – это очень резкие перепады результативности по субтестам, анализ которых не позволяет предположить какой-либо нейропсихологический синдром. Такой профиль может наблюдаться как при резидуально-органическом поражении, при процессуальном заболевании, так и при любых вариантах дизонтогенеза. Такой профиль – широкое поле для исследовательской работы, результаты которой уже сейчас остро востребованы практикой.

### 10.3. Прогрессивные матрицы Равенна

Тестовый сборник охватывает 60 заданий, разделенных на 5 серий по 12 задач в каждой. Сборник тестов состоит из матриц прямоугольной формы, содержащих в себе разные фигуры и совокупности фигур, составленных так, что они создают логически целое, элементы которого расставлены согласно определенной закономерности и определенным правилам. Каждая серия начинается с более легкой задачи, и постепенно задания в ней усложняются, так же и серии постепенно от А до В усложняются. Это развивает способности испытуемого к решению заданий отдельных серий.

Согласно Равену, – это тест испытания способностей воспринимать определенные формы, охватывать их особенности, характер и взаимные отношения или ансамбль, совокупность отношений, а поэтому он требует по отдельным задачам метода логических рассуждений. Автор не считает, что таким образом можно производить измерения некоего абсолютного интеллекта, однако существующие результаты дают понять, что измеренные тестом мнения и навыки в определенной мере представляют интеллект.

При решении заданий выступают 3 основных психических процесса:

- внимание, внимательность (внимание отделяется от восприятия и мышления);
- перцепция – восприятие, восприимчивость;
- мышление, понятливость.

При решении задач внимание очень напряжено, оно поддерживает стремление (интерес) к решению. В процессе выполнения задания требуется концентрация внимания и его распределение. При снижении внимания всегда появляются ошибки. Кроме внимания имеют значение воля и эмоции.

Поэтому испытание прогрессивными матрицами Равена не является тестом «всеобщего интеллекта», а исследует способность к систематизированной, планомерной интеллектуальной деятельности. Было бы ошибкой, если бы тесты Равена считали интеллектуальными тестами. В этом случае речь идет об определении способностей к систематизации в мышлении, к планомерности и методичности, а не о самом интеллекте. Тесты Равена – невербальные испытания, свидетельствующие о том, что вербализация как мыслительный процесс в их решении значения не имеет.

При индивидуальном тестировании экзаменатор сам записывает решение в испытательный протокол согласно ответу испытуемого. При этом он следит за верным соблюдением последовательности согласно инструкции. Если испытуемые при ответах исправляют их, экзаменатор

записывает поправку таким образом, что ошибочный ответ перечеркивает, а новый ответ записывает в соответствующую рубрику строчки.

При коллективном тестировании записывают ответ и зачеркивают ошибки сами испытуемые. Они же при оценке и подсчете сами считают перечеркнутый и исправленный результат как правильное решение.

За правильное решение полагается 1 балл, поэтому испытуемый может получить высшую оценку – 60 баллов. Но баллы подсчитываются частично по каждой серии и суммарно по всему тесту. Рекомендуется сделать шаблон с правильными решениями, который можно приложить к формуляру, т.е. к выполненному протоколу обследуемого, что позволит быстро сосчитать правильные решения.

Общий счет является индексом (показателем) интеллектуальной способности испытуемого, выявляет его умение мыслить согласно определенному методу и системе мышления. Эта система выражается способом упорядочения (составления) фигур в образцах. Интеллектуальная способность выражается общим результатом с учетом физического возраста испытуемого.

Результаты, свидетельствующие о том, что испытуемый только отгадывал, следует считать плохими и неблагоприятными. На такое гадательное избирание фигур указывают в целом низкие результаты. Низкие показатели следует всегда считать менее надежными, чем высокие показатели.

*В серии А* тестовое значение заключается в дополнении недостающей части образца (основного изображения) или матриц. Фигуры его статичны. При решении заданий серии А протекают 2 мыслительных процесса:

- дифференциация и анализ структуры (целого) согласно ее основным составным частям и уяснения взаимосвязи между этими частями (элементами);
- идентификация недостающей части структуры (основной матрицы) и сравнение окружения недостающей части с 6 вырезками под матрицей.

Психологическое значение: решение зависит от уровня внимательности, уровня статистического представления, воображения и уровня визуального различия (дискриминации).

*Задание серии В* состоит в нахождении аналогии между двумя парами фигур (дополнение отношений). Задание испытуемого заключается в раскрытии данного принципа отношений по аналогии путем постепенной дифференциации элементов. При решении используется способность постигать симметричность между фигурами.

Психологическое значение: способность линейной дифференциации и суждение (умозаключение) на основе линейных взаимосвязей.

*Задание серии С* основано на усложняющихся изменениях фигур в матрицах в соответствии с определенным логическим принципом непрерывного развития положения (позиции) фигур и динамических перемен в пространстве (обогащение фигур в горизонтальном и вертикальном направлении и суммирование этих новых элементов в конечной недостающей фигуре). Психологическое значение: проявляется способность к динамической (быстрой) наблюдательности и прослеживанию непрерывных изменений, динамическая внимательность и воображение, способность представлять.

*Серия Д* составлена согласно принципу перестройки (переструктуризации) фигур в матрице в горизонтальном и вертикальном направлении. Решение требует проследить закономерную последовательность фигур и чередование фигур в целостной структуре. Психологическое значение: решение зависит от способностей схватывать количественные и качественные изменения в упорядочении (составлении) фигур согласно закономерности используемых изменений.

*Серия Е* состоит из заданий, заключающихся в анализе и синтезе фигур из отдельных элементов согласно принятому принципу. Здесь требуется складывать и вычитать элементы фигур, смешивать части согласно алгебраическому принципу. Недостающий член структуры находят с помощью алгебраических операций с остальными членами структуры. Психологическое значение: способность наблюдать сложное количественное и качественное различие кинетических, динамических рядов. Высшая форма абстракции и динамического синтеза.

Результаты оцениваются по количеству правильно подобранных недостающих фрагментов по каждому заданию. Выделяют пять степеней развития интеллекта по тесту Равена:

*I степень* – более 57 правильных ответов (баллов), то есть более 95% – особо высокоразвитый интеллект.

*II степень* – от 45 до 57 баллов (75–94%) – интеллект выше среднего.

*III степень* – от 15 до 45 баллов (25–74%) – интеллект средний.

*IV степень* – от 3 до 15 баллов (5–24%) – интеллект ниже среднего.

*V степень* – менее 3 баллов (5%) – интеллектуальный дефект.

#### **10.4. Критерии для оценки степени умственной отсталости**

В Международной классификации болезней (МКБ-10) от 1992 года, в разделе /F70-F79/ «Умственная отсталость» рекомендуется использовать следующие рубрики:

- умственная отсталость легкой степени (F-70);
- умственная отсталость умеренная (F-71);
- умственная отсталость тяжелая (F-72);
- умственная отсталость глубокая (F-73).

## 10.5. Пограничная умственная отсталость (нижняя граница нормы)

Лица с пограничной умственной отсталостью (это вариант нормы) интерпретируют одну-две пословицы в переносном смысле, остальные пословицы – на более низких уровнях. Сравнение пар понятий выполняется на категориальном уровне в половине простых заданий. В «Исключении четвертого» половина заданий выполняется также на категориальном уровне. Только 20% испытуемых не понимают инструкцию к пиктограмме, остальные выполняют их с интеллектуальными затруднениями. В дефинитивном мышлении достаточно часто появляются решения с правильными родо-видовыми конструкциями. Категориальный уровень мышления доступен, хотя не является доминирующим.

## 10.6. Легкая умственная отсталость (дебильность)

Легкая умственная отсталость – наименьшая степень психического недоразвития, наиболее ее распространенная форма, она составляет 75–89% от всей популяции умственно отсталых. Предполагается, что подавляющее количество заболеваний является эндогенными или семейными по своему происхождению. Легко умственно отсталые дети, обладающие удовлетворительным вниманием и памятью, способны к обучению по программе коррекционной школы, основанной на конкретно-наглядных методах обучения. Они осваивают профессиональные навыки низкой квалификации и при определенных условиях самостоятельно трудятся на обычном производстве. Диапазон интеллектуальной недостаточности у легко умственно отсталых субъектов составляет в показателях IQ 50–69. Структура психических нарушений легкой умственной отсталости складывается из особенностей недоразвития практически всех психических проявлений.

*Нарушения процессов ощущения и восприятия.* Ощущения и восприятия формируются замедленно и с большим количеством особенностей и недостатков. То, что нормальные лица воспринимают сразу, умственно отсталые воспринимают последовательно. Это затрудняет ориентирование. Умственно отсталые не усматривают связей и отношений между объектами. Им не удается различить выражения лиц на картинках, уловить светотени, понять перспективу и значение частичных перекрытий предметов из-за их разной удаленности на картинках. Недифференцированность восприятия проявляется в неспособности различить сходные предметы при попытке их узнать. Кошка ими не отличается от белки, а компас воспринимается как часы. Большие затруднения возникают при специфическом узнавании предметов. Они легче относят предмет к категории рода, чем вида. Для них вошедший человек – про-

сто дядя, а не сосед, почтальон или садовник. К квадратам относят и треугольники, и ромбы, и прямоугольники, так как у всех у них имеются углы. Инактивность восприятия умственно отсталых лиц обнаруживается по отсутствию стремления рассмотреть, разобраться в деталях и во всех свойствах предъявляемой картинке, игрушки или другого предмета. Нарушение ими константности восприятия выявляется по затруднению сохранить восприятие определенной величины предмета по мере его удаления. Эта особенность перцепции усложняет ориентировку в пространственном расположении предметов. Нарушение сложного восприятия проявляется в том, что они недостаточно воспринимают глубину изображений на картинках. Развитие различения звуков происходит замедленно и с затруднениями, сказываясь на формировании речи, ориентировке на звук (упавшего предмета, местонахождении говорящего человека и т.д.).

*Расстройства внимания.* Ухудшение концентрации внимания, имеющееся у умственно отсталых лиц, приводит к снижению его устойчивости. Это затрудняет целенаправленную познавательную деятельность, являясь одной из основных предпосылок к возникновению трудностей в мыслительной деятельности. Изменение устойчивости внимания может быть связано с нарушением баланса возбуждения и торможения, т.е. преобладания либо одного, либо другого физиологического процесса. Уменьшение объема внимания, количественное сужение совокупности раздражителей из-за нарушения способности к их удержанию постоянно обнаруживается у умственно отсталых детей. Они смотрят и не видят, слушают и не слышат. У умственно отсталых индивидов нередко наблюдается нарушение переключаемости внимания, т.е. расстройство перехода от одной деятельности (задания) к другой, или нарушение отторжения предыдущих способов деятельности. В их деятельности часто проявляются застревания или «соскальзывания» на уже знакомый способ решения задания.

*Расстройства мышления.* Расстройства мышления – первейший признак умственной отсталости. Недоразвитие мышления умственно отсталых детей, в частности, определяется тем, что оно формируется в условиях неполноценного чувственного познания, речевого недоразвития и ограниченной практической деятельности. Снижение уровня обобщения у умственно отсталых проявляется преобладанием в суждениях непосредственных представлений о предметах и явлениях, установлением сугубо конкретных связей между предметами. Например, при классификации предметов они объединяют в группы разнородные предметы (тетрадь и стол, поскольку они нужны для письма). Предметы ими группируются на основе второстепенных признаков. Этот тип нарушения мышления выявляется методом «четвертый лишний». Например, кошку они отделяют от козы, курицы и коровы на том основании,

что она живет в доме, а не в сарае. Отмечается непонимание условности и обобщенности образа при толковании пословиц и метафор. Не понятен перенос смысла пословиц на другие ситуации. Не происходит переноса способа решения одной задачи на другую. При сравнении предметов отсталым субъектам легче установить различия, чем уловить сходство. Они не способны совершать опосредование словом объективных связей между предметами и явлениями реального мира, что затрудняет им управление своим поведением.

Нарушение динамики мыслительной деятельности проявляется в форме лабильности и инертности мышления. Лабильность мышления, чередование адекватных и неадекватных решений наблюдаются при разных вариантах атонической формы умственной отсталости. Инертность мышления, затрудненность переключения с одной мысли на другую, т.е. вязкость, своеобразное резонерство, проявляются в обстоятельности и излишней детализации.

*Нарушения речи.* Нарушения речи у умственно отсталых лиц встречаются часто (40–60%). При легкой умственной отсталости дети приобретают элементарные речевые навыки с задержкой, но большинство из них овладевают способностью использовать речь в повседневных целях и поддерживать беседу. Однако для их речи характерны фонетические искажения, ограниченность лексикона, недостаточность понимания слов («слова-клички»), неточное знание употребляемых слов. Слово не используется в полной мере как средство общения. Активный лексикон крайне ограничен, перегружен штампами. Нарушение грамматического строя связано с редкостью использования прилагательных, предлогов и союзов. Фразы бедные, односложные. Имеются затруднения в оформлении своих мыслей, передаче содержания прочитанного или услышанного. В тяжелых случаях отмечаются признаки общего речевого недоразвития. Отстающая в своем развитии речь умственно отсталых детей не может быть ни адекватным средством общения, ни обозначения, ни полноценным орудием мышления.

*Расстройства памяти.* Память умственно отсталых детей и подростков отличается замедленностью и непрочностью запоминания, быстротой забывания, неточностью воспроизведения, эпизодической забывчивостью, плохим припоминанием. Наиболее неразвитым оказывается логическое опосредованное запоминание. Механическая память может оказаться сохранной или даже хорошо сформированной. Обычно запечатлеваются лишь внешние признаки предметов и явлений. Вызывают большие затруднения воспоминания о внутренних логических связях и обобщенных словесных объяснениях.

*Эмоционально-волевая сфера.* С трудом формируются высшие чувства: гностические, нравственные, эстетические и др. Преобладают непосредственные переживания конкретных жизненных обстоятельств.

Настроение, как правило, неустойчивое. Однако степень эмоционального недоразвития не всегда соответствует глубине интеллектуального дефекта. Для умственно отсталых лиц характерны несамостоятельность, безынициативность, неумение руководить своими действиями, неумение преодолевать малейшие препятствия, противостоять любым искушениям или воздействиям, которые сочетаются с волевыми нарушениями противоположного типа. Сюда относятся неожиданные проявления настойчивости и целеустремленности, умение преодолевать некоторые трудности, обдуманность поведения, возникающие при появлении элементарного стремления получить пищевое удовлетворение, скрыть проступок, добиться удовлетворения эгоистических интересов. При обычной вялости и безынициативности иногда можно видеть безудержность, непреодолимость отдельных желаний. Эти контрасты проявлений воли – выражение незрелости личности, недоразвитие духовных потребностей. Мотивы учебных, трудовых и других действий умственно отсталого индивида заданы взрослыми людьми, но они не превращаются в собственные действенные мотивы, вытекающие из потребностей их сознания.

### **10.7. Умеренная умственная отсталость (легкая имбецильность)**

Умеренная умственная отсталость – средняя степень психического недоразвития, она составляет несколько более 10% от всего числа выявляемых в населении умственно отсталых. Ее этиологией могут быть как наследственные дефекты, так последствия перенесенных органических повреждений головного мозга. Она характеризуется главным образом несформированными познавательными процессами (конкретным, непоследовательным, тугоподвижным мышлением) и, как правило, неспособностью образовывать отвлеченные понятия. Интеллектуальный коэффициент умеренно умственно отсталых лиц находится в пределах 35–49.

*Статические и локомоторные функции* у умеренно умственно отсталых лиц статические и локомоторные функции развиваются со значительной задержкой и недостаточно дифференцируются. У них нарушена координация, точность и темп движений. Движения замедлены, неуклюжи, что является помехой формированию сложного механизма бега и прыжков. Умственно отсталые с трудом воспроизводят даже заданные движения или позы. Грубые дефекты моторного недоразвития могут воспрепятствовать формированию навыков самообслуживания, требующих тонких движений пальцев: при шнуровании ботинок, застегивании пуговиц, завязывании ленточек. Большинство от-



стающих в развитии нуждаются в постоянной помощи во многих домашних делах, а некоторые из них и в надзоре.

*Расстройства внимания.* У всех больных нарушено внимание. Оно с трудом привлекается, отличается неустойчивостью и отвлекаемостью. Крайне слабое активное внимание препятствует достижению поставленной цели. При благоприятных условиях его удается значительно улучшить, можно добиться более активного включения в занятия с воспитателем, переключения в процессе выполнения освоенной деятельности.

*Нарушения процессов ощущения и восприятия.* Сенсорная сфера (ощущения, восприятия), как правило, оказывается очень нарушенной. Отстает развитие зрительного, слухового, тактильного и других анализаторов. Часто имеются грубые аномалии зрения и слуха. Однако и при их сохранности многие не умеют ими пользоваться для более полной ориентировки в происходящем. Плохо перерабатываются даже получаемые сведения, поступающие в большем количестве, чем им удастся освоить. Предметы и явления воспринимаются в общих чертах. В процессе восприятия не проявляется активность, необходимая для получения специфических для данного предмета характеристик.

*Расстройства мышления.* У умеренно умственно отсталых субъектов запас сведений и представлений весьма ограничен. Они с трудом оперируют имеющимися представлениями. Мышление у них конкретное, непоследовательное, тугоподвижное. Страдает развитие даже наглядного мышления. Образование отвлеченных понятий либо недоступно, либо резко ограничено самыми элементарными обобщениями. Их можно научить группировать одежду, животных и т.д. Устанавливать различия им удастся только на конкретных предметах. Они совершенно не способны оперировать отвлеченными понятиями. Понятийные обобщения образуются с большим трудом или происходят на ситуативном уровне. Эти расстройства мышления проявляются в крайне неполноценном использовании предметов и орудий при решении наглядно-практических задач: жизненно-бытовых, игровых и конструктивных, в которых в качестве средств решения выступает наглядный или представляемый образец. Такие липа не умеют анализировать предмет, применять приемы сравнения, переноса, целенаправленного поиска. Их затрудняет установление связей между отдельными звеньями задачи. Составить связный рассказ по сюжету самой элементарной картинки не удается. Чаще всего называются отдельные изображенные предметы. Они не могут расположить по порядку картинку, объединенные единым сюжетом, и понять последовательность происходящего. Суждения бедны, как правило, являются повторением услышанных советов, рекомендаций и т.д. Некоторые умеренно умственно отсталые дети усваивают все буквы, сливают их в слоги и читают даже короткие тексты. Осмысление прочитанного текста, как правило, выше их возможностей. Они воспринимают его фрагментарно и потому передают

содержание не связанными между собой отрывками. Они усваивают материал неосознанно, механически. Овладевают порядковым счетом, совершают простейшие арифметические операции на конкретном материале. Отвлеченный счет в пределах первого десятка им не удается. Решение задач для них практически невозможно. В значительной степени это связано с тем, что условие задачи не удерживается в памяти, а смысловые связи не устанавливаются.

*Нарушения речи.* У этих детей медленно, запаздывая на 3–5 лет, развиваются понимание и использование речи, а окончательное ее формирование ограничено. Развитие речи обычно соответствует степени умственной отсталости. При этом ребенок понимает речь собеседника весьма ограниченно, удовлетворительно улавливая интонации, жесты и мимические движения. Экспрессивная речь ограничивается отдельными словами или короткими предложениями. Словарный запас беден, он состоит из наиболее часто употребляемых в быту слов и выражений. Произносительная сторона речи дефектна, речь почти лишена модуляций, имеются выраженные косноязычие, нарушения структуры многих слов и аграмматизмы. Используя наиболее употребительные предлоги, дети путают, заменяют их. У них удается выработать умение использовать свою речь в коммуникационных целях. У 20% умеренно умственно отсталых детей речь не появляется вовсе, что связывают с поражением речевых зон коры головного мозга.

*Расстройства памяти.* Память развита недостаточно. Ее объем мал, однако к подростковому возрасту он может увеличиваться, достигая уровня, имеющегося у легко отсталых детей. Долговременная память совершенствуется лучше кратковременной. При воспроизведении запечатленного материала часто возникают искажения. Нарушено произвольное запоминание. Страдает как логическая, так и механическая память. Умеренно отсталые взрослые, спокойные и поддающиеся руководству, обычно способны к простой практической работе при тщательном построении заданий, постоянном наблюдении и указаниях инструктора. Самостоятельная трудовая деятельность им не доступна.

*Эмоционально-волевые расстройства.* Независимое проживание невозможно. Тем не менее такие люди могут быть полностью мобильными, физически активными и большинство из них обнаруживают признаки социального развития, что заключается в способности установления контактов, общению с другими людьми и участию в элементарных социальных занятиях (вечеринки, организованные воспитателями, танцы).

Наиболее типичные особенности личности умеренно умственно отсталых субъектов – отсутствие инициативы, самостоятельности, косность психики, склонность к подражанию другим, сочетание внушаемости с негативизмом, неустойчивость в деятельности, сочетающаяся с инертностью и тугоподвижностью. Относительная сохранность их аффективной жизни проявляется в чувствительности к оценке их другими людьми.

## 10.8. Тяжелая умственная отсталость (выраженная имбецильность)

В населении выявляется 3–4 тяжело умственно отсталых индивида на 1000 человек, что составляет примерно 4% от всех умственно отсталых людей. У большинства больных наблюдаются выраженные двигательные нарушения или другие сопутствующие дефекты, указывающие на наличие органического повреждения или аномального развития центральной нервной системы. Коэффициент умственного развития колеблется в пределах от 20 до 34.

Тяжелая степень умственной отсталости выявляется рано, либо до года, либо в первые годы жизни. Позднее развитие, выраженные интеллектуальные нарушения и грубые расстройства всех сторон психики: моторики, сенсорной сферы, внимания, памяти, речи, мышления и высших эмоций – общие черты этой степени умственной отсталости.

*Недоразвитие двигательной сферы.* Даже при отсутствии явных параличей и парезов у лиц с тяжелой степенью умственной отсталости грубое недоразвитие двигательной сферы встречается в 90–100% случаев. Оно выражается в нарушениях и слабости статических и моторных функций, координации, точности и темпа произвольных движений. Движения детей замедленны, неуклюжи, они практически не умеют бегать и прыгать.

*Расстройства внимания.* Внимание всегда серьезно нарушено: иногда оно не привлекается вовсе, а если это удастся сделать, то оно малоустойчиво. Активное внимание может отсутствовать. В младшем возрасте внимание части детей иногда удается привлечь, но только яркими предметами, да и то на очень короткий срок.

*Нарушения восприятия.* Восприятие тяжело умственно отсталых отличается глобальностью и поверхностностью. Окружающие предметы воспринимаются и различаются удовлетворительно. Незнакомые явления не вызывают ориентировочной деятельности, необходимой для более точного восприятия и сравнения его с известными объектами. Это хорошо видно при создании ребенком мозаичного узора по образцу. Вместо создания точной копии он выполняет нечто приблизительное, в лучшем случае сходное с заданием, значительно упрощенный вариант, дефекты которого он не способен оценить. Недифференцированность восприятия приводит к отсутствию анализа, сравнения, применения действий для улучшения восприятия. Деятельность становится беспорядочной и неосмысленной.

*Недоразвитие мышления и речи.* Мышление тяжело умственно отсталых лиц хаотично, бессистемно. Чаще всего оно характеризуется отсутствием и, реже, слабостью смысловых связей, конкретностью и в исключительных случаях – возможностью осуществления элементар-

ных обобщений. Они способны различать отдельные конкретные предметы, а при обучении – объединять объекты, которые непосредственно воспринимают (одежда, картинки с животными). Оперировать отвлеченными понятиями не могут. Передать содержание простой сюжетной картинки не удастся, в лучшем случае происходит перечисление отдельных изображенных предметов. Расположить картинки, составляющие единый смысловой ряд, составить связный рассказ из сюжетных картинок также не удастся. Некоторые из них овладевают порядковым счетом и с помощью наглядного материала производят простейшие математические операции. Они не способны выявлять и понимать связи между действиями и потому не выполняют некоторые из них. Это можно обнаружить, предложив для выполнения любую игровую или бытовую задачу.

Речь тяжело умственно отсталых глубоко недоразвита, ее появление очень запаздывает. Степень ее недоразвития обычно соответствует тяжести психических нарушений. В очень редких случаях развивается речь, которая представляет поток бессмысленных эхолалических повторов, нередко с сохранением услышанных ранее интонаций. Более чем у четверти тяжело умственно отсталых детей речь не формируется. Большинство понимает чужую речь приблизительно, примитивно. Все же им удается улавливать интонацию, мимику собеседника и его отдельные слова, главным образом связанные с основными потребностями. Пассивный словарь постепенно обогащается, однако понимание остается ограниченным. Самостоятельная устная речь детей состоит из отдельных слов и коротких предложений, не подчиняется грамматическим правилам. Она недостаточно модулирована, косноязычна. Из-за недоразвития фонематического слуха они не способны различать разницу между правильным и неправильным произношением звуков. Структура слов нарушена.

*Недоразвитие памяти.* Память тяжело умственно отсталых детей отличается очень малым объемом и постоянными искажениями при воспроизведении запечатленного материала. Преобладающее развитие механической памяти, так называемой частичной памяти на события, места, числа, в сравнении с очень плохой логической встречается нечасто. Препятствия в освоении отдельных элементов трудовой деятельности находятся в связи с отсутствием мотивации, очень низким уровнем познавательных возможностей, затруднениями в организации деятельности и очень часто с грубыми расстройствами моторики. С большими сложностями, осмыслив задание, с трудом овладев навыком, часто не могут применить его даже в привычной ситуации.

*Типичные черты личности* тяжело умственно отсталых лиц – отсутствие побуждений или хаотическое стремление ко всему, что находится в пределах видимости. Все они отличаются большой инертностью и тугоподвижностью психики, с трудом переключаются на что-то новое,

охотно подражают другим, повторяют старые заученные штампы. Эмоциональные реакции характеризуются однообразием и недифференцированностью. Они могут быть вспыльчивыми и агрессивными. Им свойственна тугоподвижность эмоциональных реакций.

### 10.9. Глубокая умственная отсталость (идиотия)

Глубокая умственная отсталость встречается в 1% случаев от всех наблюдающихся умственно отсталых лиц. В большинстве случаев в ее происхождении устанавливается органическая этиология. Обычно это последствия тяжелой патологии беременности, родов, мозговых инфекций, или тяжелых черепно-мозговых травм в первые три года жизни. Причиной глубокой умственной отсталости могут быть также наследственные заболевания, сочетающиеся с поражением ЦНС. Психологическая диагностика этих детей невозможна, их коэффициент умственного развития ориентировочно оценивается ниже, чем 20.

Это означает, что глубоко умственно отсталые субъекты весьма ограничены в способностях к пониманию или выполнению требований или инструкций. Их психика – на низких ступенях развития. У них не развиты даже предпосылки интеллекта: внимание, восприятие, память. В связи с этим отсутствует способность к элементарным процессам мышления. Большинство таких больных неподвижны или резко ограничены в движениях, страдают недержанием мочи и кала. С ними возможны лишь самые рудиментарные формы невербальной коммуникации. Они не способны или малоспособны заботиться о своих основных потребностях и нуждаются в постоянной помощи и надзоре.

Понимание и использование речи в лучшем случае ограничивается выполнением основных команд и выражением элементарных просьб. Речь им часто заменяют отдельные нечленораздельные звуки. Могут приобретаться наиболее базисные и простые зрительно-пространственные навыки, и при адекватном надзоре и руководстве больные могут принимать участие в сам обслуживании. Наиболее тяжелые из них не плачут, не смеются, не узнают окружающих. Их внимание ничем не привлекается. Они с трудом ориентируются. Реагируют только на боль. Выражение лица тупое. Речь и жесты не понимают. Наблюдаются аффекты гнева, стремлений к нанесению себе повреждений (кусают свои конечности, бьются головой о стену, мебель). Часты проявления сексуального возбуждения – безудержный онанизм. Одни апатичны, вялы, другие – злобны, раздражительны, крикливы, агрессивны.

## 11. ИССЛЕДОВАНИЕ НАРУШЕНИЙ 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 мания, гипомания и мания), снижении настроения (скрытая депрессия, субдепрессия и депрессия), аффективной неустойчивости, эмоциональной холодности, эмоциональной лабильности. Патология эмоций включается в аффективные и психаффективные 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. Патофизиологическая оценка нарушений сознания и воли не является определяющей в диагностическом процессе.

Двигательно-волевые нарушения проявляются в повышении волевой активности (гипербулия), снижении (абулия) и искажении (парабулия) отмечаются в целом и в структуре отдельных инстинктов. Двигательная недостаточность может быть тотальной при каталепсии, ступоре или коме. Двигательное возбуждение входит в структуру почти всех острых психозов, а искажение рисунка двигательной активности отмечается при тиках, гиперкинезах, моторных стереотипиях. Двигательные и волевые расстройства входят в структуру кататонического, апатико-абулического синдрома, редукции энергетического потенциала и многих других синдромов.

Эмоциональный уровень описывается психометрическими методами Спилбергера, опросником САН, шкалой тревоги Тейлора и шкалой депрессии Гамильтона. Объективно эмоции описываются этологическим методом по особенностям экспрессивности и типологии мимики, позы и жеста. Также часто применяют различные проективные методики, которые могут диагностировать не только личностно-эмоциональные особенности, но и актуальное эмоциональное состояние.

### 11.1. Шкала Гамильтона для оценки депрессии

Это один из наиболее широко используемых инструментов клинической оценки депрессивного состояния. Она предназначена для измерения тяжести депрессии в клинических и экспериментальных целях. Шкала обеспечивает простой способ оценки тяжести депрессии и отражает динамику изменений состояния пациента.

Время оценки определяется как «сейчас» или «в течение последней недели». Значение баллов для 9 пунктов – от 0 до 4. Шесть пунктов, в которых переменные не могут быть выражены количественно, оцениваются качественно от 0 до 2 баллов. Сумма баллов в результате оценки лиц, не страдающих депрессией, равна нулю. Максимально возможный общий балл составляет 52 и отражает крайнюю степень тяжести депрессивного синдрома. Последние четыре пункта не измеряют выраженность депрессии, а отражают типы депрессии или редкие симптомы.

Точность измерения зависит, в первую очередь, от квалификации и опыта исследователя и аккуратной регистрации используемой информации. Не следует оказывать давление на пациента; пациенту необходимо предоставить достаточно времени для подробного ответа на вопрос, но при этом не позволять ему отклоняться от темы вопроса. Число прямых вопросов должно быть сведено к минимуму, задавать их следует различными способами, комбинируя варианты с утвердительными или отрицательными ответами. Желательно получать дополнительную информацию от родственников пациента, его друзей, медицинского персонала и т.д., если есть сомнения в корректности ответов. Для пункта 7 (работа и другая активность) исследователь может получить информацию от родственников или медицинского персонала. Пункт 16 (потеря в весе) требует ответа по типу «да или нет», то есть или по пункту 16А или 16Б. Более предпочтительной во время терапии является объективная оценка изменений веса (16Б), оценка изменения веса по анамнестическим сведениям (6А) используется только как начальная, перед проведением терапии. Пункт 18 (суточные колебания) оценивается следующим образом: *при отсутствии суточных колебаний ставится оценка «0» по пункту 18А, а пункт 18Б остается пустым; при наличии суточных колебаний по пункту 18А отмечается время суток, когда симптомы выражены в наиболее тяжелой степени, а степень или выраженность колебаний отмечается в пункте 18Б.*

Интерпретация данных:

От 7 до 16 – легкая депрессия.

От 17 до 27 – депрессия средней тяжести.

Более 27 – тяжелая депрессия.

52 – крайне глубокая выраженность депрессивного состояния.

## 11.2. Шкала Гамильтона для оценки тревоги

Она предназначена для точной оценки степени тяжести тревожного синдрома у пациентов с уже установленным диагнозом тревожного расстройства. Затраты времени от 20 до 30 минут. Время оценки определяется как «сейчас» или «в течение последней недели». Значение баллов по всем 14 пунктам от 0 до 4. Суммарный балл имеет значения в интервале от 0 до 56.

Измеряемые показатели: По 7 пунктам измеряется соматическая тревога, по другим 7 – психическая. Оба фактора могут измеряться отдельной суммой баллов. Общие рекомендации те же, что и для шкалы Гамильтона для оценки депрессии. По каждому пункту необходимо выбрать значение, наиболее соответствующее состоянию пациента.

### 11.3. Интегрированный тест тревожности

Методика является экспресс-диагностическим медико-психологическим инструментом для выявления уровня выраженности тревоги как ситуативной (реактивной) переменной тревожности как личностно-типологической характеристики. Особенностью является его многомерность (интегративность), которая реализуется путем выделения 5 дополнительных компонентов (субшкал), раскрывающих содержательный характер самооценки аффективного состояния, определяемого тестом: эмоциональный дискомфорт, астенический и фобический компоненты, тревожная оценка перспектив и социальная защита. Эти субшкалы также оцениваются по степени их выраженности наряду с общей оценкой тревожности.

Обследование по обеим шкалам обычно занимает не более 5 минут; расчет общих баллов тревоги и тревожности для СТ-Л и СТ-С – не более минуты. Средний фактический балл, полученный для нормативной группы из 540 практически здоровых лиц в возрасте от 22 до 55 лет равен 11,91 (стандартное отклонение – 4,58). Статистически достоверных различий для СТ-Л и СТ-С, а также отдельно для мужчин и женщин получено, не было, хотя тенденцию более высокой тревожности женщин все же следует отметить, что, как известно, отмечается и в литературе. Нормативные материалы для подростков (12–15 лет – 520 человек) дали средний балл 12,88 (сигма 5,5), однако здесь, в отличие от взрослого контингента, разница средних для юношей и девушек оказалась статистически достоверной с надежностью  $p < 0,001$  (соответственно, юноши – 11,64 и девушки – 14,13 балла).

В структуре методики из 15 признаков выделены 5 факторов, интерпретируемых в качестве вспомогательных шкал:

- «эмоциональный дискомфорт» (ЭД);
- «астенический компонент тревожности» (АСТ);
- «фобический компонент» (ФОБ);
- «тревожная оценка перспективы» (ОП);
- «социальная защита» (СЗ).

*Оценка данных.* Оценка по шкале общей тревоги ниже 4 станайнов соответствует низкому уровню тревожности, равная 4–6 станайнам соответствует нормальному уровню, а оценка от 7 станайнов и выше свидетельствует о высоком уровне, тревожности, о наличии дезадапта-



ции как в интер- или интраиндивидуальных отношениях, так и о наличии дисгармонии со средой в целом. Расчет оценок в станайнах на основании сырых оценок шкал производился по известной в психометрии процедуре. Это интегральный показатель, с которого целесообразно начинать качественное оценивание испытуемого и которым в ряде случаев можно и ограничиться, если его величина оказывается очевидно ниже средней, а сам испытуемый не вызывает подозрения с клинической точки зрения.

*Интерпретация данных.* Первой по величине объяснимой дисперсии среди вспомогательных шкал выступила шкала, интерпретируемая как «эмоциональный дискомфорт» (ЭД). Наибольшие, факторные нагрузки в этой шкале легли на вопросы, смысл которых напрямую или косвенно связан с наличием эмоциональных расстройств, сниженным эмоциональным фоном или неудовлетворенностью жизненной ситуацией, эмоциональной напряженностью, элементами ажитации.

Второй по значению вспомогательной шкалой оказалась шкала «астенического компонента тревожности» (АСТ), факторные нагрузки по которой и опыт общения с лицами, имеющими по ней повышенные показатели свидетельствуют о преобладании в структуре тревожности усталости, расстройств сна, вялости и пассивности, быстрой утомляемости.

Следующей по удельному весу, но не по психологической значимости является вспомогательная шкала, получившая название «фобический компонент» (ФОБ), отражающий наиболее специфический фактор в структуре тревоги-тревожности. В картине эмоционального фона испытуемых с пиком в данной шкале преобладают ощущения непонятной угрозы, неуверенности в себе, собственной бесполезности. Такие лица не всегда могут сформулировать источник своих тревог и в беседе апеллируют главным образом к феноменологии «хронических» страхов, периодически возрастающих в зависимости от внутреннего состояния или обострения внешней ситуации.

Четвертая вспомогательная шкала – «тревожная оценка перспективы» (ОП) – тесно связана с предыдущей, но здесь совершенно отчетливо прослеживается проекция страхов не на текущее положение дел, а в перспективу, общая озабоченность будущим на фоне повышенной эмоциональной чувствительности. Если шкалы ЭД и АСТ можно рассматривать как неспецифические, фоновые, то последние две шкалы, по-видимому, собственно и представляют тревогу-тревожность в ее специфике.

Последняя, пятая шкала, в силу своих основных факторных нагрузок, была интерпретирована как «социальные реакции защиты» (СЗ), что связывалось с основными проявлениями тревожности в сфере социальных контактов или с попытками испытуемого рассматривать социальную среду как основной источник тревожных напряжений и неуверенности в себе.

Необходимо подчеркнуть, что, несмотря на то, что перечисленные вспомогательные шкалы рассматриваются как автономные в силу их производно-математического происхождения, фактически они являются взаимодополняющими и психологически являют лишь разные стороны одного и того же, психического явления, отличающегося у разных лиц балансом представленных компонентов.

#### 11.4. Цветовой тест Люшера

Проективный «цветовой тест Люшера» используется для оценки эмоциональных нарушений. Он представляет собой набор карточек разного цвета (обычно используется восьмицветный тест). Обследуемому предлагают расположить их по мере снижения симпатии к цвету – на первое место поставить «самый приятный» на момент обследования цвет, на последнее – «самый неприятный». Исследование повторяется дважды. За каждым цветом закреплены соответствующие параметры, характеризующие индивидуально-психологические особенности человека. Символика цвета уходит корнями в истоки существования человека на земле и связана с эмоциональной оценкой явлений природы (солнца, плодов, ночи, крови и пр.). Люшер выделил четыре основных цвета (синий, зеленый, красный, желтый) и четыре дополнительных (фиолетовый, коричневый, черный, серый). Он также отметил, что постановка цвета на первое место указывает на цветовые ассоциации с основным способом действия, на второе – с целью, к которой человек стремится, на третье и четвертое – с эмоциональной оценкой истинного положения вещей, на пятое и шестое – с неустраивающими в данный момент резервами, на последние места – с подавленными потребностями.

В аффективной сфере синий цвет ассоциируется с крайней чувствительностью человека, повышенной тревожностью и вследствие этого с потребностью в эмоциональном комфорте, покое. Зеленый цвет указывает на повышенную чувствительность человека к оценке его со стороны окружающих, к критике. Красный демонстрирует жизнерадостность, оптимистичность и раскованность чувств. Желтый – эмотивность и экзальтированность, нетерпеливость, неустойчивость и отсутствие глубины переживаний, а также эмоциональную незрелость. Выбор фиолетового цвета как наиболее приятного может трактоваться как эмоциональная неустойчивость, напряженность. Коричневый цвет отражает тревожность с соматическими эквивалентами; черный – агрессивность, озлобленность, дисфорию; серый – усталость, безразличие.

На основании метода цветových выборов Люшера (МЦВ) возможна оценка уровня тревожности и стресса. Этот показатель высчитывается на основании перераспределения основных и дополнительных цветов в ряду предпочтительных выборов. Считается, что перемещение основ-

ного цвета на 6, 7 или 8 позицию, так же как перемещение дополнительного цвета на 1, 2 или 3 позицию, указывает на имеющийся стресс. Баллы начисляются так: для основных за 8 позицию 3 балла, за 7-ю – 2, за 6-ю – 1, для дополнительных за 1-ю – 3, за 2-ю – 2, за 3-ю – 1. Максимальное количество баллов, указывающих на уровень стресса, – 12. Кроме того, оценивается динамика стресса: нарастание в случае большего количества баллов во втором выборе цветов, убывание или отсутствие нарастания при обратных соотношениях.

### **11.5. Незаконченные предложения**

В исследовании эмоциональных проблем используют вид ассоциативного эксперимента «незаконченные предложения». Сокращенный вариант теста состоит из 20 начатых фраз, простых по содержанию, и применяется для выявления отношения исследуемого к жизненным обстоятельствам, самому себе, окружающему и т.п. и получения общего представления о скрытых переживаниях, которые не удастся выявить в свободной беседе. Инструкция содержит указание о необходимости делать это как можно быстрее, без обдумывания, не пропуская ни одного из предъявленных предложений. При этом могут быть выявлены признаки ипохондричности, мысли о самоубийстве, чрезмерная мнительность. Этот метод хорош тем, что он применим как для индивидуальных, так и для групповых исследований и помогает выявить скрываемые пациентами или даже не осознаваемые им переживания.

### **11.6. Эмоциональные нарушения и их связь с клиническими расстройствами**

Различают:

- эмоциональные расстройства как таковые (например, избыток депрессивных эмоций – печаль, тревога и гнев);
- эмоциональные расстройства как компоненты сложных клинических синдромов (например, глубокая печаль как компонент депрессии).

Эмоциональные расстройства характеризуются тем, что содержание, частота возникновения, интенсивность или продолжительность определенных эмоций с общественной, клинической или субъективной точек зрения являются неадекватными. Они характеризуются следующими параметрами:

*Содержание.* С этой точки зрения среди содержаний переживания можно выделить отдельные эмоции (например: радость, печаль, тревога и т.п.).

*Частота возникновения, интенсивность и устойчивость.* Эмоции могут возникать с различной частотностью, интенсивностью и продолжительностью (устойчивостью). Расстройства обычно характеризуются

ются чрезмерной частотой возникновения, значительной интенсивностью и/или продолжительностью негативных эмоций и недостаточностью частоты возникновения, интенсивности или продолжительности положительных эмоций. Наряду с этим расстройства характеризуются еще и производными параметрами более высокого порядка. К ним прежде всего относится частота смены эмоциональных состояний (эмоциональная «лабильность»).

*Осознанность и реалистичность.* Эмоциональное состояние может зависеть от когнитивных процессов, которые могут быть в большей или меньшей степени дифференцированными и осознанными. Так, тревога может возникнуть вследствие длительного предэкзаменационного ожидания, в то время как в другом случае она наступает спонтанно. Наряду с этим эмоции, особенно их когнитивные компоненты, могут различаться по степени адекватности реальности. Как неадекватная реальность может быть рассмотрена, например, депрессивная печаль, сопровождающаяся негативной самооценкой, если эта самооценка выглядит с точки зрения общества как неоправданная.

*Эмоциональные расстройства и клинические синдромы.* Эмоциональные расстройства находятся в центре многих психопатологических синдромов, т.е. представляют собой основные компоненты сложных расстройств. При этом в норме они не изолированы от других компонентов, а пребывают с ними во взаимоотношенном отношении: они оказывают влияние на другие симптомы и сами испытывают влияние с их стороны.

*Фобические расстройства* предполагают наличие устойчивого страха перед определенными объектами и соответствующее избегающее поведение. При этом необходимо признать, что страх является причиной избегающего поведения; страх по отношению к какому-либо объекту (например, змеям) или каким-либо ситуациям (например, экзаменам) ведет к мотивации избегать этих объектов или возникающих ситуаций. Но избегающее поведение, со своей стороны, оказывает обратное подкрепляющее воздействие на соответствующее чувство страха; так как конфронтация с опасной ситуацией избегается, то вряд ли есть шанс устранить продуцирующие страх ожидания и значимость. Этот порочный круг можно разорвать с помощью терапии, направленной на приобретение реалистичного опыта взаимоотношений с объектом, вызывающим страх, и на устранение негативных ожиданий и значимости.

*Навязчивые расстройства* не обязательно, но могут сопровождаться чрезмерной тревогой и печалью. При этом роль тревоги и печали, по-видимому, состоит прежде всего в следующем.

Навязчивое поведение (например, мытье рук по сотне раз за день) может субъективно являться способом избежать события, перед которым испытывается страх (в данном случае страх заразиться).

При чрезмерной печали, напротив, предполагается, что она является прежде всего следствием навязчивых мыслей и действий: если такие мысли и действия так сильно захватывают человека, что нарушают всю его повседневную жизнь, то в качестве вторичного эффекта они способны привести к потере позитивных жизненных событий (подкрепляющих стимулов), которая приводит человека в состояние печали.

*Аффективные расстройства.* Тоска является ведущим симптомом *депрессии*. При этом депрессивная тоска зачастую переживается как нечто качественно отличное от обычной тоски. Могут возникнуть и другие негативные эмоции (тревога, гнев, чувство вины), а также недостаток позитивных эмоций. С точки зрения когнитивной психологии эмоции депрессивные эмоции могут состоять прежде всего в следующих функциональных взаимосвязях. Негативные мысли, чрезмерные негативные эмоции, недостаток позитивных эмоций, сниженная мотивация и редуцированные действия при депрессии так переплетены между собой, что они взаимно поддерживают друг друга и обеспечивают устойчивость депрессивного состояния.

Иначе дело обстоит при *маниакальных состояниях*, для которых характерны состояние эйфории (или раздражительности) и гиперактивность. Эйфорическая радость здесь рассматривается как основа чрезмерной мотивации, которая, в свою очередь, ведет к лихорадочной, зачастую плохо координированной активности. Несмотря на частое отсутствие позитивных результатов действий, эйфорическое настроение во время маниакальных фаз чаще всего сохраняется, так как негативные результаты интерпретируются как позитивные и не способствуют оценке возможностей для будущих действий. Таким образом, когниции и реальность оказываются разделены, из чего следует, что такие эмоции не адекватны реальности.

*При шизофрении*, в отличие от других клинических расстройств, общая эмоциональная симптоматика неоднородна. Чаще всего наблюдаются три следующих аспекта.

Недостаток как позитивных, так и негативных эмоций, т.е. в целом имеет место «уплощенная» эмоциональная жизнь.

Интенсивные, неожиданно возникающие и часто сменяющие друг друга эмоции, причем по обычным представлениям они не адекватны ситуации (например, смеются, когда умер член семьи, и т.п.). В обоих случаях эмоции по большей части не адекватны реальности (это справедливо также и для дефицитарных эмоций, так как больной шизофренией первой из вышеназванных категорий зачастую эмоционально не реагирует на важнейшие события, происходящие в его окружении).

Параноидная шизофрения зачастую характеризуется манией преследования и ревности, которые вызывают тревогу и/или гнев, а то и ярость; мания преследования включает когниции опасного повреждения со стороны преследователя (то же самое относится и к ревности).

## 12. ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ

Понятие личности является многомерным и охватывает множество сфер психической деятельности, связанных с Я и системой отношений с другими, хотя всегда необходимо выявлять «ядро», то есть специфические характеристики данной личности. В данное время получили распространение два основных типа личностных тестов: проективные и объективные (структурные) тесты.

Старейшими из них являются проективные тесты. Тестируемому 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. Клиенты должны «спроецировать» собственные соображения, мысли и ощущения на эти образы, чтобы извлечь из них какой-то смысл. Предполагается, что тестируемые проявят в своих проективных ответах собственную подсознательную индивидуальность. Отсутствие явной структуры самого теста и возможных его толкований не позволяет ни смощенничать самому, ни быть обманутым, ни истолковать увиденное защитным способом. 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. Клиенты обычно вписывают ответы карандашом прямо в сами тесты. Как правило, требуются краткие ответы: «верно» – «неверно» или «согласен» – «не согласен».

Субъективные характеристики личности выявляются проективными тестами (тестом Роршаха, тематическим апперцептивным тестом, рисуночными тестами и др.). Объективные характеристики личности определяют с помощью Миннесотского многопрофильного опросника личности (ММРП), рейтинговыми шкалами, прямым описанием личности, стандартизацией и этологическими методами, эмоционально-оценочные характеристики – тестами Айзенка и Кэттела. Структура личности также описывается на основе структуры мотивации, формирования самосознания, значимой деятельности и одаренности, воли, чувства, восприятия. Они составляют ядро личности, которая имеет конституциональное измерение, связанное с морфологией тела (пикник, нормастеник, астеник).

## 12.1. Миннесотский многопрофильный опросник личности (MMPI)

Он позволяет уточнить личностные особенности пациентов с психическими нарушениями, анализировать их индивидуальные тенденции и психопатологические переживания. Опросник состоит из трех оценочных и десяти клинических шкал. Каждая шкала способна выявить как психологические особенности, так и психопатологические симптомы и синдромы.

*Первая клиническая шкала (невротического сверхконтроля/ипохондричности)* помогает уточнить склонность к контролю своих эмоций, ориентацию в поведении на традиции, общепризнанные нормы, гиперсоциальность установок. При превышении уровня 70Т шкала указывает на фиксированность внимания человека на внутренних ощущениях, склонность к преувеличению тяжести своего состояния, ипохондричность.

*Вторая шкала (депрессии)* отражает уровень снижения настроения, пессимистическую настроенность, опечаленность, удрученность собственным положением, желание уйти от решения сложных жизненных ситуаций. Превышение уровня 70Т может говорить о клинически выраженной депрессии с чувством тоски, бесперспективности, суицидальными мыслями и намерениями.

*Третья шкала (эмоциональной лабильности/истерии)* указывает на выраженность неустойчивости настроения, склонность к драматизации событий, чувствительность. При показателях этой шкалы выше 70Т можно отметить истерические черты поведения: демонстративность, «жажду признания», эгоцентризм, экзальтированность, инфантильность.

*По четвертой шкале (социальной дезадаптации/психопатии)* возможно обнаружение и подтверждение таких черт, как склонность к импульсивности, конфликтности, недоучет объективных обстоятельств и ориентация на желания, а не на реальность. Показатель по 4 шкале выше 70Т демонстрирует признаки социальной дезадаптации, конфликтность, агрессивность, выраженную импульсивность и потерю контроля над собственным поведением.

*Пятая шкала (мужественности /женственности)* указывает на выраженность свойств, характерных для того или иного пола.

*Шестая шкала (аффективной ригидности/паранойи)* регистрирует такие качества, как застреванность на отрицательных переживаниях, обидчивость, склонность к прямоте в общении, практичность, догматизм. Зашкаливание за 70Т может быть подозрительным в отношении формирования у человека сверхценных или бредовых идей с чувством собственной ущемленности, враждебности со стороны окружающих.

*Седьмая шкала (тревоги/ психастении)* демонстрирует выраженность психастенических черт характера, тревожности, мнительности, склонности к образованию навязчивых идей, а при превышении 70Т – о дезорганизации поведения вследствие этих особенностей.

*Восьмая шкала (индивидуалистичности/ аутизма/ шизофрении)* отражает такие личностные качества, как своеобразие иерархии ценностей, отгороженность от окружающих, индивидуалистичность, трудности в общении. Превышение уровня 70Т может указывать на выраженную дезорганизацию поведения, снижение реалистичности, склонность к аутистическому типу мышления.

*По девятой (оптимизма/ гипомании) и десятой (интра-экстраверсии)* возможна оценка данных качеств как в рамках психологических особенностей, так и при психической патологии.

При неврозах преобладают показатели первых трех шкал. Нередко им сопутствует повышение по 7 шкале. При истерических симптомах профиль личности по ММРІ приобретает вид «конверсионной пятерки» – при повышении трех шкал невротической триады лидируют первая и третья, а вторая несколько ниже, образуя вид латинской буквы V. При психопатиях отмечается повышение по четвертой шкале. При психозах регистрируется повышение шкал психотической тетрады (4, 6, 8, 9). Кроме того, выделяют астенический и стенический тип профиля. В первом случае отмечается повышение по 2 и 7 шкалам, во втором – по 4, 6 и 9 шкалам. Депрессивный синдром психотического уровня отражается на ММРІ пиками по 2, 7 и 8 со снижением (отрицательным пиком) по 9 шкале, маниакальный – пиками по 9 и 4 и снижением по 2 и 7 шкалам.

## **12.2. Опросник Мини-мульти (сокращенный вариант ММРІ)**

Опросник Мини-мульти представляет собой сокращенный вариант ММРІ, содержит 71 вопрос, 11 шкал, из них 3 – оценочные.

К методике прилагается специальный бланк, где на одной стороне фиксируются ответы испытуемого. Если испытуемый согласен с утверждением, то в клетке с номером вопроса он ставит знак «+» («да», «верно»), если не согласен – знак «-» («нет», «неверно»). На обратной стороне бланка экспериментатор строит профиль личности испытуемого с учетом значения шкалы коррекции, добавляя к указанным в бланке шкалам соответствующее значение шкалы коррекции. Таблица этих значений приведена на бланке.

Значение шкалы К добавляется к базисным шкалам № 1, 4, 7, 8, 9. Например: если по шкале К получено 9 баллов, то к значению шкалы № 1, исходя из таблицы добавляют 5 баллов, к значению шкалы номер 4 – 4 балла, к значению шкал № 7 и № 8 по 9 баллов, к значению шкалы № 9 – 2 балла.



*Описание шкал:*

1. Шкала лжи (L) – оценивает искренность испытуемого;
2. Шкала достоверности (F) – выявляет недостоверные ответы, чем больше значение по этой шкале, тем менее достоверны результаты.
3. Шкала коррекции (K) – сглаживает искажения, вносимые чрезмерной осторожностью и контролем испытуемого во время тестирования. Высокие показатели по этой шкале говорят о неосознанном контроле поведения. Шкала (K) используется для коррекции базисных шкал, которые зависят от ее величины.

*Базисные шкалы:*

1. Ипохондрии (Hs) – близость испытуемого к астено-невротическому типу. Испытуемые с высокими оценками медлительны, пассивны, принимают все на веру, покорны к власти, медленно приспосабливаются, плохо переносят смену обстановки, легко теряют равновесие в социальных конфликтах.

2. Депрессии (D). Высокие оценки имеют чувствительные, чувствительные лица, склонные к тревогам, робкие, застенчивые. В делах они старательны, добросовестны, высокоморальны и обязательны, но не способны принять решение самостоятельно, нет уверенности в себе, при малейших неудачах они впадают в отчаяние.

3. Истории (Hu). Выявляет лиц, склонных к неврологическим защитным реакциям конверсионного типа. Они используют симптомы соматического заболевания как средство избегания ответственности. Все проблемы разрешаются уходом в болезнь. Главной особенностью таких людей является стремление казаться больше, значительнее, чем есть на самом деле, стремление обратить на себя внимание во что бы то ни стало, жажда восхищения. Чувства таких людей поверхностны и интересы неглубоки.

4. Психопатии (Pd). Высокие оценки по этой шкале свидетельствуют о социальной дезадаптации, такие люди агрессивны, конфликтны, пренебрегают социальными нормами и ценностями. Настроение у них неустойчивое, они обидчивы, возбудимы и чувствительны. Возможен временный подъем по этой шкале, вызванный какой-нибудь причиной.

5. Паранойяльности (Pa). Основная черта людей с высокими показателями по этой шкале – склонность к формированию сверхценных идей. Это люди односторонние, агрессивные и злопамятные. Кто не согласен с ними, кто думает иначе, тот или глупый человек, или враг. Свои взгляды они активно насаждают, поэтому имеют частые конфликты с окружающими. Собственные малейшие удачи они всегда переоценивают.

6. Психастении (Pt). Диагностирует лиц с тревожно-мнительным типом характера, которым свойственна тревожность, боязливость, нерешительность, постоянные сомнения.

7. Шизоидности (Se). Лицам с высокими показателями по этой шкале свойственен шизоидный тип поведения. Они способны тонко чувствовать и воспринимать абстрактные образы, но повседневные радости и горести не вызывают у них эмоционального отклика. Таким образом, общей чертой шизоидного типа является сочетание повышенной чувствительности с эмоциональной холодностью и отчужденностью в межличностных отношениях.

8. Гипомании (Ma). Для лиц с высокими оценками по этой шкале характерно приподнятое настроение независимо от обстоятельств. Они активны, деятельны, энергичны и жизнерадостны. Они любят работу с частыми переменами, охотно контактируют с людьми, однако интересы их поверхностны и неустойчивы, им не хватает выдержки и настойчивости.

Высокими оценками по всем шкалам, после построения профиля личности, являются оценки, превышающие 70. Низкими оценками считаются оценки ниже 40.

Время проведения опросника не ограничивается.

Также при исследовании личностных особенностей (особенно подростков) используют опросники, определяющие акцентуацию личности. Согласно теории, существуют черты личности, которые сами по себе не являются патологическими, но могут при определенных условиях развиваться в положительном или отрицательном направлениях, черты эти являются как бы заострением некоторых присущих каждому человеку свойств. У психопатов эти черты достигают высокой степени выраженности.

Группы акцентуированных личностей объединяются по принципу акцентуации черт характера и темперамента. К акцентуации свойств характера относятся:

*истероидный (демонстративный)* – в патологии психопатия истерического круга;

*педантичный* – в патологии ананкастическая психопатия;

*эпилептоидный (возбудимый)* – в патологии эпилептоидные психопаты;

*застравающий* – в патологии паранойяльные психопаты.

Остальные акцентуации относятся к особенностям темперамента и отражают темп и глубину аффективных реакций. Для диагностики используется различные опросники: Шмишека, Леонгарда и Личко (ПДО).

### 12.3. Опросник Шмишека

Он состоит из 10 шкал. На основании полученных по каждой шкале ответов выстраивается профиль личности. Признаком акцентуаций в тесте Шмишека является показатель свыше 18 баллов.

1. Гипертимные личности – со склонностью к повышенному настроению.
2. Застравающие – со склонностью к «заострению» аффекта и бредовым реакциям.

3. Эмоциональные, аффективно-лабильные.
4. Педантичные с преобладанием черт ригидности, педантизма, психастенический.
5. Тревожные-сензитивные.
6. Циклоидные (циклотимные) – со склонностью к депрессивному реагированию.
7. Истероидные (демонстративные) – с истерическими чертами характера.
8. Эпилептоидные (возбудимые) – со склонностью к повышенной импульсивной реактивности в сфере влечений.
9. Дистимные – с склонностью к расстройствам настроения.
10. Экзальтированные – склонные к аффективной экзальтации.

#### **12.4. Рисованный апперцептивный тест**

В практике клинического обследования применяется проективный рисованный апперцептивный тест (РАТ), который является адаптированным и модифицированным аналогом тематического апперцептивного теста (ТАТ) Мюррея. Он позволяет в системном многоуровневом исследовании личности, с помощью механизмов идентификации и проекции выявить глубинные, не всегда поддающиеся контролю сознания переживания, стороны внутреннего конфликта и сферу нарушенных межличностных отношений. По сравнению с ТАТ он менее структурирован, более лаконичен и методически прост.

Стимульный материал методики представлен восемью контурными рисунками, на которых изображены два, реже три человечка; каждый персонаж изображен в условной манере: ни пол, ни возраст, ни его социальный статус по картинке определить нельзя. В то же время позы, экспрессия жестов, особенности расположения фигурок позволяют судить о том, что на каждой из картинок изображена ситуация скорее всего конфликтная и по крайней мере два персонажа задействованы в сложных межличностных отношениях. При этом там, где имеется третий участник или наблюдатель событий, его позиция может быть по-разному истолкована.

Испытуемому дается задание последовательно, согласно нумерации, рассматривать каждую картинку, при этом постараться дать волю фантазии и сочинить по каждой из них небольшой рассказ, в котором будут отражены ответы на следующие вопросы:

- Что происходит в данный момент?
- Кто эти люди?
- О чем они думают и что чувствуют?
- Что привело к этой ситуации и чем она закончится?

Высказывается также просьба не использовать известные сюжеты, взятые из книг, театральных постановок или кинофильмов, а придумы-

вать свое. Подчеркивается, что объектом внимания экспериментатора является воображение испытуемого, умение выдумывать. Ответы на содержание картинок может записывать экспериментатор. Это позволяет сэкономить время и быть более спонтанным и свободным обследуемому (особенно у пациентов которые стесняются своего почерка или грамотности). Можно предложить записать свои ответы на предлагаемые картинки обследуемому. Обычно испытуемому дается двойной тетрадный лист, на котором чаще всего свободно размещаются восемь коротеньких рассказов, содержащих отчеты на все поставленные вопросы. Время также не ограничивается, однако экспериментатор поторапливает испытуемых, чтобы получить более непосредственные ответы. Помимо анализа сюжетов, их содержательной стороны, экспериментатору предоставляется возможность проанализировать почерк испытуемого, стиль письма, манеру изложения, культуру языка, словарный запас, что также имеет большое значение для оценки личности в целом. Защитные тенденции могут проявляться в виде несколько однообразных сюжетов, где отсутствует конфликт.

*Картинка 1* провоцирует создание сюжетов, в которых выявляется отношение испытуемого к проблеме власти и унижения? Чтобы понять, с кем из персонажей идентифицирует себя испытуемый, следует обратить внимание, кому из них в рассказе он уделяет больше внимания и приписывает более сильные чувства, приводит оправдывающие позиции доводы, нестандартные мысли или высказывания. Размер рассказа также в значительной степени зависит от эмоциональной значимости того или иного сюжета.

*Картинки 2, 5 и 7* в большей степени связаны с конфликтными ситуациями (например, семейными), где сложные отношения между двумя людьми переживаются кем-то третьим (к примеру, ребенком), кто не может решительным образом изменить ситуацию. При этом позиция этого третьего лица проявится на соответствующей картинке идентификацией и может выглядеть как индифферентная (картинка 2), пассивная – уход от вмешательства (картинка 5), миротворческие тенденции или иная попытка вмешательства (картинка 7). Картинка 2 чаще других вызывает эмоциональный отклик у неустойчивых натур, напоминает о бессмысленных всплесках неуправляемых эмоций, в то время как по поводу картинки 5 больше строятся сюжеты, в которых фигурирует дуэль мнений, спор, стремление обвинить другого и оправдать себя. Аргументация испытуемыми своей правоты и переживание обиды (когда эти темы для них значимы) в сюжетах к картинке 7 нередко разрешается взаимной агрессией персонажей. Здесь важно, превалирует ли у героя, с которым идентифицирует себя обследуемый, внешнеобвиняющая (экстрапунитивная) позиция или склонность к приписыванию самому себе вины за сложившийся конфликт (интропунитивная позиция).

Если *картинка 3* чаще провоцирует выявление конфликта в сфере личных, интимных отношений, то *картинка 4* может рассматриваться как аналогичная ситуация в сфере служебных отношений. На этих картинках также проявляются сюжеты с освещением проблемы одиночества, покинутости, фрустрированной аффилиативной потребности, непонятности и неприятия в коллективе.

*Картинка 6* провоцирует выражение агрессивных реакций испытуемого в ответ на субъективно переживаемую им несправедливость, или, если он идентифицирует себя с поверженным человеком, выявляется жертвенность позиции, приниженность.

*Картинка 8* выявляет проблему от отвержения индивида объектом аффилиативной привязанности или бегства от назойливого преследования отвергаемой им личности. Признаком идентификации себя с тем или иным героем рассказа является тенденция приписывать сюжетно разработанные переживания и мысли именно тому персонажу, который в рассказе оказывается принадлежащим идентичному с испытуемым полу.

Межличностный конфликт, звучащий фактически в каждой картинке, не только позволяет определить зону переживаемых испытуемым нарушенных отношений с окружающими, но нередко высвечивает сложный внутрличностный конфликт.

## 12.5. Определение уровня притязаний

Одним из мотивационно-личностных особенностей является уровень притязаний. Исследование уровня притязаний проводится во время наблюдения за особенностями деятельности обследуемого при исследовании у него памяти, внимания, мышления, а также можно воспользоваться и специальными методиками. Уровень притязаний не является однозначной, стабильной личностной характеристикой. Он в первую очередь определяется тем, насколько устойчива самооценка. Помимо самооценки в динамике уровня притязаний существенную роль играют такие моменты, как отношение обследуемого к ситуации эксперимента и исследующему, оценка деятельности обследуемого экспериментатором, регистрирующим в ходе опыта успех или неуспех, характер экспериментальных заданий.

Для психодиагностической практики был разработан следующий вариант методики исследования уровня притязаний. Перед пациентом раскладывают двумя рядами оборотной стороной вверх 24 карточки. В каждом ряду (от 1 к 12 и от 1а к 12а) карточки содержат следующие вопросы нарастающей сложности:

1. Написать три слова на букву «Ш».
- 1а. Написать три слова на букву «Н».

2. Написать названия четырех животных на букву «Л».
- 2а. Написать четыре названия фруктов на букву «А».
3. Написать названия пяти городов на букву «Л».
- 3а. Написать шесть имен на букву «Б».
4. Написать шесть имен на букву «А».
- 4а. Написать названия шести государств па букву «П».
5. Написать три названия цветов на букву «Р»
- 5а. Написать названия пяти городов на букву «К».
6. Написать названия шести животных на букву «К».
- 6а. Написать двадцать слов па букву «С».
7. Написать пять названий цветов на букву «Г».
- 7а. Написать, какие части света начинаются на букву «А».
8. Написать четыре названия деревьев на букву «О».
- 8а. Написать названия пятнадцати городов на букву «М».
9. Написать названия городов на букву «Л».
- 9а. Написать названия пяти фильмов на букву «М»,  
Написать фамилии пяти писателей на букву «С».
- 10а. Написать фамилии пяти известных советских киноартистов  
на букву «Л».
11. Написать фамилии четырех композиторов на букву «С».
- 11а. Написать фамилии известных русских композиторов, художников и писателей на букву «Р».
12. Написать фамилии семи французских художников.
- 12а. Написать фамилии известных русских художников на букву «К».

Обследуемому сообщают, что в каждом ряду карточки расположены по степени возрастающей сложности содержащегося в них задания, параллельно в двух рядах лежат карточки одинаковой трудности. Затем ему предлагают соответственно своим возможностям выбирать задания той или иной сложности и выполнить их. Обследуемого предупреждают о том, что на каждое задание отпускается определенное время (какое – не уточняют). Включая секундомер каждый раз, когда обследуемый берет новую карточку, исследующий при желании может сказать обследуемому, что он не уложился в положенное время и, поэтому, задание считается невыполненным. Это позволяет исследующему искусственно создавать «неуспех».

Опыт тщательно протоколируют. Обращают внимание на то, насколько уровень притязаний больного соответствует его возможностям (интеллектуальному уровню, образованию) и как он реагирует на успех или неуспех. Одни пациенты после успешного выполнения, например, 3-го задания сразу же берут 8-ю или 9-ю карточку, другие, наоборот, крайне осторожны – правильно выполнив задание, они берут карточку либо той же степени сложности, либо следующую. То же самое при неуспехе – одни обследуемые берут карточку либо той же сложности,

либо незначительно менее трудную, тогда как другие, не выполнив 9-е задание, переходят на 2-е или 3-е, что свидетельствует о крайней хрупкости у них уровня притязаний. Возможно и такое поведение больного, когда, несмотря на неуспех, он продолжает выбирать задания все более сложные – это свидетельствует об известной недостаточности критичности мышления.

Для проведения исследования могут быть использованы и задачи другого рода, при подборе которых можно относительно объективно установить градацию по степени сложности (кубики Кооса, одна из серий таблиц Равена). К каждому из заданий необходимо подобрать параллельное, примерно равное по степени трудности. Результаты исследования могут быть представлены для большей наглядности и облегчения их анализа в виде графика.

Методика исследования уровня притязаний, как показывает практический опыт, позволяет обнаружить личностные особенности больных при шизофрении, циркулярном психозе, эпилепсии, психопатиях, церебральном атеросклерозе, органических поражениях головного мозга, протекающих с характерологическими изменениями.

## 12.6. Методика Дембо – Рубинштейн

Исследование самооценки по методике Дембо – Рубинштейн. В методике Т.В. Дембо – С. Я. Рубинштейн обследуемому предоставляется возможность определить свое состояние по избранным для самооценки шкалам с учетом ряда нюансов, отражающих степень выраженности того или иного личностного свойства.

Методика отличается крайней простотой. На листе бумаги проводят вертикальную черту, в отношении которой обследуемому говорят, что она обозначает счастье, причем – верхний полюс соответствует состоянию полного счастья, а нижний занимают самые несчастливые люди. Обследуемому просят обозначить на этой линии чертой свое место. Такие же вертикальные линии проводятся и для выражения самооценки больного по шкалам здоровья, умственного развития, характера.

Затем приступают к беседе с больным, в которой выясняют его представления о счастье и несчастье, здоровье и нездоровье, хорошем и плохом характере и т.д. Выясняется, почему больной сделал отметку в определенном месте шкалы для обозначения своих особенностей. Например, что побудило его поставить отметку в данном месте шкалы здоровья, считает ли он себя здоровым или больным, если больным, то какой болезнью, кого вообще он считает больным.

В анализе полученных результатов (по С.Я. Рубинштейн) уделяется основное внимание не столько расположению отметок на шкалах, сколько обсуждению этих отметок. Психически здоровым людям при-

суща тенденция определять свое место по всем шкалам точкой «чуть выше середины».

У психически больных отмечается тенденция относить точки отметок к полюсам линий и исчезает «позиционное» отношение к исследуемому, играющее важную роль в определении своего места на линиях шкал психически здоровыми, независимо от их самооценки и реальной жизненной ситуации.

Получаемые с помощью этой методики данные приобретают особый интерес при сопоставлении с результатами обследования у данного больного особенностей мышления и эмоционально-волевой сферы. При этом могут быть выявлены нарушение критичности к себе, депрессивная самооценка, эйфоричность. Сопоставление данных о самооценке с объективными показателями по ряду экспериментально-психологических методик в известной мере позволяет судить о присутствии большого уровня притязаний, степени его адекватности. Можно думать, что самооценка при некоторых психических заболеваниях не остается постоянной и характер ее зависит не только от специфичности психопатологических проявлений, но и от стадии болезни.

В диагностике личностных особенностей широко применяется рисуночные проективные методики. Половина из 10 ведущих психологических тестов, применяемых в США является проективными, из них 2 – рисуночные.

## 12.7. Рисунок человека

Этот тест – наиболее используемый диагностический метод. При тестировании перед пациентом кладут вертикально лист бумаги. Инструкция: «Нарисуйте человека – всего, целиком. Постарайтесь нарисовать как можно лучше – так, как вы умеете». При уточняющих вопросах («Мужчину или женщину?» и др.), отвечают: «Рисуйте так как хотите». После выполнения рисунка ему дают задание нарисовать человека противоположного пола. Заключительный этап обследования – опрос. Полезно провести обсуждение рисунка, выяснить, что за человек нарисован – какого он возраста, пола (если это не ясно из рисунка), какой у него характер, чем он занимается, что любит и чего не любит, что ожидает его в будущем, о чем он мечтает и т.п. Если обследуется подросток или взрослый человек, то можно попросить его написать небольшой рассказ об изображенном персонаже.

При интерпретации полученных данных исходят из идеи о том, что рисунок является выражением «Я» обследуемого. Значительное внимание уделяется анализу разнообразных деталей рисунка, прежде всего особенностям изображения основных частей тела, которые зачастую оценивают в соответствии с психоаналитической символикой.



## 12.8. Несуществующее животное

Проективный рисунок «Несуществующее животное». Рисунки следует делать на стандартном листе бумаги. Инструкция к рисующему в общем случае звучит так: «На этом листе нарисуйте, пожалуйста, несуществующее животное. Это животное не должно иметь природного аналога. После того как Вы нарисуете, я задам Вам несколько вопросов, чтобы уточнить детали рисунка». Рисовать следует простым или цветными карандашами. Шариковая ручка или фломастер не позволят оценить нажим и наклон линии. Когда обследуемый кончает рисовать, его просят придумать животному название. Его записывают в протоколе. Если придумывание названия вызывает очень большие затруднения, то эту часть задания опускают. При необходимости выясняют, какой части тела (или какому органу) соответствуют те или иные детали изображения.

Бывает, что вместо несуществующего животного изображают обычное, известное, что отражается в его названии (заяц, осел и т.п.). В этом случае нужно попросить сделать еще один рисунок, нарисовав на этот раз животное, которого на самом деле не бывает. Инструкцию при этом полностью повторяют. Если и повторный рисунок представляет собой изображение реального животного, то эту работу прекращают. Если вид нарисованного животного вполне обычен (например, явно изображен заяц), но названо оно необычно (например, сказано, что это «волшебный заяц»), то задание считается успешно выполненным и повторять его не нужно.

Выяснив название животного, проверяющий говорит: «Теперь расскажите про него, про его образ жизни. Как оно живет?» Рассказ записывают, по возможности, дословно. При обследовании подростка или взрослого человека можно предложить ему написать рассказ об образе жизни придуманного животного самостоятельно. Если в рассказе нет достаточных сведений о животном, то по окончании работы задаются дополнительные вопросы:

- Чем оно питается?
- Где живет?
- Чем обычно занимается?
- Что любит делать больше всего?
- А чего больше всего не любит?
- Оно живет одно или с кем-нибудь?
- Есть у него друзья? Кто они?

### 13. ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Хотя психологическое заключение пишется в свободной форме, но традиционно в клинической психологии сложилась определенная структура психологического заключения.

*В первой части* заключения кратко представляются основные жалобы пациента и важные обстоятельства его жизни и болезни, которые имеют значения для лучшего понимания психологического функционирования обследуемого. Далее описываются поведенческие характеристики пациента во время проведения обследования. Регистрируется особенности контакта и заинтересованность пациента в полученных результатах. Особенно важно указывать установочное поведение, лживость и симуляцию. Также имеет важное значение процесс выполнения заданий и динамика психических процессов на протяжении всего исследования. Обязательно отмечаются эмоциональные проявления и общий фон настроения. В течение предварительной беседы и во время выполнения заданий фиксируется насколько критичен пациент к своему состоянию и поступкам. Важно также указывать особенности речи и состояние психомоторики.

*Вторая, наиболее содержательная, часть* заключений должна ответить на конкретный вопрос клиники. 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 дается характеристика обследуемых психических процессов и личностных особенностей. Характеристики подтверждаются (при необходимости) цифровыми данными и выдержками из ответов (реакций) испытуемого. Важно также для аргументации приводить не только качественные характеристики, но и указывать количественные показатели.

*В конце* заключения резюмируются наиболее важные данные, полученные при исследовании. В этой части должны быть ясно и однозначно представлены выводы, которые отвечают на врачебный запрос. В ней не должны содержать суждения о диагнозе, так как диагноз может быть лишь итогом общего клинического изучения пациента.

После этой части приводится перечень используемых психологических методик.

#### *Психологическое заключение № 1*

Вадим С. 17 лет.

Поступал в психиатрическую больницу в детское отделение с диагнозом «органическое поражение головного мозга», имеет инвалидность второй группы. 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. Из-за легкого заикания временные ограничения в психометрической методике в вербальной части снижены. Испытуемый крайне импульсивен, с очень неустойчивым эмоциональным состоянием, с колебаниями уровня мышления. Плохо переносит монотонную деятельность, легкую даже для его интеллектуального уровня, раздражается. Очень 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. При высоком объеме кратковременной памяти кривая запоминания снижается, привносятся лишние слова.

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. Снижены показатели в графомоторном субтесте. Интеллект в целом на уровне пограничной умственной отсталости.

В суждениях и поведении инфантилен. Несмотря на знание некоторых социальных норм, не применяет их в жизни. Субтест на социальную ориентацию ниже интеллектуального уровня.

Таким образом, исследование выявило у обследуемого нарушение нейродинамики с умеренно выраженными органическими изменениями, также уровень интеллекта соответствует пограничной умственной отсталости ( $IQ-82/75 = 78$ ).

Использованные методики — исследование аттентивно-мнестических процессов; исследование вербального мышления; шкала интеллекта Векслера.

### *Психологическое заключение № 2*

Алексей Б, 26 лет.

Испытуемый проходил лечение в психиатрической больнице. Там проходил и психологическое обследование, в котором выявились легкие органические изменения астенического типа, истероидные черты характера и интеллект, соответствующий умеренно выраженной дебильности. Жалоб не предъявляет.

Испытуемый контактен, активен, очень импульсивен, дает множество опережающих реакций. Эмоциональные реакции несколько инфантильны, эмоциональный фон неустойчив. Предыдущие обследования помнит плохо, в работе ориентирован на успех, при затруднениях проявляет волевые усилия. Несколько снижена критика своего состояния.

Восприятие целостное, без нарушений. При нормальном объеме внимания наблюдается истощаемость, несколько снижена переключаемость внимания. Долговременная и оперативная память в норме.

Мышление подвижное, темп вначале средний снижается в связи с утомлением. Наблюдаются колебания уровня мышления, особенно на фоне утомления, мышление носит органоидный характер. Переносный смысл идиом на уровне метафор доступен, но пословицы правильно интерпретирует только простейшие, хорошо знакомые, остальные – буквально. Сравнение пар понятий производит крайне неровно, применяя как родовые понятия, так и частные признаки, не дифференцируя их. «Исключение четвертого» выполняет только в простейших заданиях.

Полное психометрическое исследование дает довольно равномерный профиль интеллекта с наиболее успешными субтестами на уровень обобщения и конструктивный праксис. Счетные операции второго порядка не автоматизированы (хотя понимание смысла умножения и деления есть), некоторые задания на счет выполнены со значительным превышением времени. Вербальный интеллект незначительно превышает невербальный.

Из личностных особенностей обращает на себя внимание довольно низкая самооценка (при внешне уверенном поведении), очень высокая эмоциональная лабильность, высокая внушаемость, довольно богатая речь, не соответствующая реальным интеллектуальным возможностям, легкомыслие, низкое чувство ответственности. Также выражены истероидные черты, демонстративен, возможны психосоматические реакции.

Таким образом, исследование выявило, что снижение психических процессов астенического характера. Также пациент имеет психический инфантилизм, уровень интеллекта соответствует легкой умственной отсталости ( $IQ$  по *WAIS* –  $73 / 69 = 69$ ).

Использованные методики – исследование аттентивно-мнестических процессов; исследование вербального мышления; шкала интеллекта Векслера, личностные опросники, проективные тесты.

### *Психологическое заключение № 3*

Валерий М., 24 года.

Жалобы на раздражительность, онемение правой стороны тела от груди. За время обследования неоднократно подчеркивает, что у него неустойчивая, слабая нервная система. Испытуемый живой, активный, инициативный, разговорчивый, мимика подвижная. Эмоциональный

фон характеризуется неустойчивостью и некоторой возбудимостью. Держится без чувства дистанции: вмешивается в речь экспериментатора, заглядывает в протокол. Все инструкции и вопросы схватывает на лету. Работает активно, нейродинамика без снижения, смог заполнить большое количество опросников без признаков утомления.

Вербальное мышление на концептуальном уровне во всех пробах, причем даже при интерпретации сложных идиом, дает четкие, хорошие формулировки на высоком уровне. Пиктограммы стандартны, примитивны, чаще конкретно-ситуационны, без признаков структурных нарушений мышления. Признаков сниженного интеллекта не обнаруживается.

Эмоционально-волевая сфера характеризуется повышенным уровнем личностной тревожности, повышенной демонстративностью, импульсивностью и эмоциональной неустойчивостью. Состояние стресса, беспокойство, нарушающее продуктивную концентрацию внимания. Заострены истероидные черты личности, наличие конверсионной симптоматики. Индивидуалистичность утрирована и усугубляется при противодействии окружения, что проявляется усилением признаков дезадаптации.

Таким образом, исследование показало сохранность психических функций, в эмоционально-волевой сфере – повышенную демонстративность, тревожность и эмоциональную неустойчивость, заострение истероидных черт личности.

## **14. ПРИМЕРНЫЕ МОДЕЛИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

### **F 00-F09 ОРГАНИЧЕСКИЕ, ВКЛЮЧАЯ СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ, ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА**

Экспериментально-психологическое обследование проводится при постановке или уточнении диагноза, а также при выборе методов психотерапии, реабилитации.

Обследование направлено на изучение динамики психических процессов (темп, подвижность, истощаемость), выявление их изменений по органическому типу и включает следующие методики:

- запоминание и воспроизведение различного стимульного материала: слова, цифры, текст, бессмысловые словосочетания, предметы и т.д.;
- таблицы Шульте, Горбова, счет по Крепелину, корректурная проба;

- психометрическое обследование при помощи MMSE (тест Фольштейна);

- классификация, исключение предметов, последовательные картинки, интерпретацию пословиц, текстов;

- устный счет, чтение, письмо;

- рисование, конструирование фигур по образцу;

- личностные опросники: MMPI (СМИЛ), ПДО, опросник Кеттелла, шкалы депрессии, тревоги и др.

При необходимости проведения количественной оценки уровня интеллектуального снижения, проводится психометрический тест Векслера или Равена.

## **F20 – F 29 ШИЗОФРЕНИЯ, ШИЗОТИПИЧЕСКИЕ И БРЕДОВЫЕ РАССТРОЙСТВА**

Экспериментально-психологическое обследование проводится при постановке или уточнении диагноза, а также для оценки эффективности терапии и выявления скрытых в острый период специфических нарушений психических процессов – в процессе лечения или в последующие периоды (по показаниям).

Обследование направлено на выявление диагностически значимых изменений восприятия, мышления, аффективно-личностных свойств и включает следующие методики:

- понимание текстов, сюжетных картинок, интерпретация пословиц;

- методика пиктограмм;

- классификация, исключение предметов, понятий; сравнение понятий;

- ассоциативный эксперимент;

- личностные опросники MMPI (СМИЛ), опросник Кеттелла;

- проективные методики: ТАТ, Розенцвейг, рисуночные тесты, цветовой тест Люшера.

### **F20.8 XX3 ДЕТСКИЙ ТИП ШИЗОФРЕНИИ**

Экспериментально-психологическое обследование проводится при постановке или уточнении диагноза, в дальнейшем – при необходимости.

Обследование направлено на выявление специфических нарушений мышления, эмоций и поведения и включает следующие методики:

#### **ДЕТИ ДО 10 ЛЕТ**

- интервью с родителями ребенка с целью сбора психологического «анамнеза»;

- наблюдение за поведением ребенка в ситуации спонтанной и экспериментальной игровой деятельности;

- проективные методы: рисунки, лепка, песок; методика САТ;

- соответствующие возрасту тесты на мышление: интерпретация текстов, пословиц, сюжетных картинок, исключение предметов, классификация предметов, методика пиктограмм, сравнение понятий и др.;

- личностный опросник Кеттелла (с 8 лет),

**ДЕТИ СТАРШЕ 10 ЛЕТ:**

- беседа с подростком и членами его семьи;

- исследование мышления: пиктограмма, классификация, исключение понятий, предметов, сравнение понятий, интерпретация пословиц, текстов, шуток;

- личностные методики: ММРІ (СМИЛ) – (с 14 лет), ПДО (с 12 лет), опросник Кеттелла (использовать один из них),

- проективные методы: рисунки, цветовой тест Люшера, ТАТ, тест Розенцвейга и др.;

- шкалы тревоги, депрессии, самооценки, ценностных ориентации.

### **F30 – F39 РАССТРОЙСТВА НАСТРОЕНИЯ (АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА)**

Экспериментально-психологическое обследование проводится на этапе постановки диагноза и после выхода пациента из острого состояния.

Обследование направлено на выявление изменений в эмоциональной сфере, мышлении и психомоторике и включает следующие методики:

- запоминание 10 слов, таблицы Шульте, Горбова, корректурная проба;

- методика пиктограмм;

- классификация,

- ассоциативный эксперимент;

- личностный опросник ММРІ (СМИЛ);

- шкалы депрессии (Бека, Гамильтона, Цунга, Монтгомери-Асберга), тревоги;

- цветовой тест Люшера.

### **F 30 – F39 РАССТРОЙСТВА НАСТРОЕНИЯ (АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА) У ДЕТЕЙ: СМ. F90**

#### **F 40 ФОБИЧЕСКИЕ ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ**

Экспериментально-психологическое обследование проводится при постановке диагноза, при выборе методов психотерапии.

Обследование направлено на выявление личностных особенностей ребенка, выраженности эмоционально-волевых нарушений, степени социальной дезадаптации и включает следующие методики.

**ДЕТИ ДО 10 ЛЕТ.**

- интервью с родителями, с целью сбора семейного «анамнеза», опросник АСВ для родителей;

- наблюдение за поведением ребенка в экспериментальной игровой ситуации;

- проективные методы: тест САТ (с 3-х лет), рисунки (человек, семья, мои страхи, несуществующее животное и др.).

#### ДЕТИ СТАРШЕ 10 ЛЕТ

- личностные опросники: Кеттелла (с 8 лет), ПДО (с 12 лет), ММРІ (СМИЛ) – (с 14 лет);

- шкалы тревоги, депрессии, самооценки и др.,

- проективные методы: цветовой тест Люшера, ТАТ, рисунки («Дом-дерево-человек», несуществующее животное, мои страхи и др.);

- таблицы Шульте, Горбова, корректурная проба, счет по Крепелину;

- пиктограмма, классификация, сравнение понятий.

#### F 42 ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОЕ РАССТРОЙСТВО У ДЕТЕЙ: СМ. F 40

#### F40-F48 НЕВРОТИЧЕСКИЕ, СВЯЗАННЫЕ СО СТРЕССОМ И СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Экспериментально-психологическое обследование проводится на этапе постановки диагноза, а также при составлении программы психотерапевтической помощи и реабилитации.

Обследование направлено на выявление личностных особенностей, сбор психологического «анамнеза» и анализ актуального состояния пациента и включает следующие методики:

- опросники: ММРІ (СМИЛ), ПДО, опросник Кеттелла;

- проективные методы: ТАТ, цветовой тест Люшера, рисуночные методы;

- шкалы депрессии, тревоги, самооценки (используется 1–2 личностных методик);

- незаконченные предложения;

- запоминание 10 слов, таблицы Шульте, счет по Крепелину, корректурная проба, методика пиктограмм;

- ассоциативный эксперимент.

#### F 43 РЕАКЦИЯ НА ТЯЖЕЛЫЙ СТРЕСС И НАРУШЕНИЯ АДАПТАЦИИ, ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО У ДЕТЕЙ

Экспериментально-психологическое обследование проводится при постановке диагноза, составлении программы реабилитации, а также после проведенного лечения для оценки эффективности.

Обследование направлено на выявление, психопатологических изменений в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сфере, вызванных травматическим стрессом и включает следующие методики:

- интервью с родителями;



- интервью с пациентом, пережившим психотравму (стандартизировано в 1986 г Пинусом и Спенсером);
- личностные опросники Кеттелла (с 8 лет), ММРІ (СМИЛ) – (с 14 лет), шкалы тревоги, депрессии, самооценки и другие;
- шкала последствий событий (Hogowitz, 1987);
- проективные методы: цветовой тест Люшера, методики САТ и ТАТ;
- глоссарий механизмов психологической защиты (Vaillant, 1987).

#### Р 48 НЕВРАСТЕНИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Экспериментально-психологическое обследование проводится при постановке диагноза, также для контроля за эффективностью проводимого лечения (по необходимости).

Обследование направлено на изучение личностных характеристик, особенностей эмоционально-волевой регуляции поведения, умственной работоспособности и включает следующие методики:

##### ДЕТИ ДО 10 ЛЕТ:

- интервью с родителями, сбор психологического «анамнеза»;
- рисунки, песок, лепка и другие виды творчества;
- наблюдение за ребенком в процессе спонтанной или организованной игровой деятельности;
- запоминание слов, рассказа;
- таблицы Шульте, корректурная проба; счет, исключение 4-го лишнего, кубики Кооса и др.;
- личностный опросник Кеттелла (с 8 лет), тест САТ (с 3-х лет).

##### ДЕТИ СТАРШЕ 10 ЛЕТ:

- личностные опросники ПДО (с 12 лет), ММРІ (СМИЛ) – (с 14 лет);
- шкалы тревоги, депрессии, самооценки;
- проективные методики: ТАТ, Розенцвейг, Люшер, рисуночные тесты (человек, семья, «Дом-дерево-человек», несуществующее животное);
- 10 слов, таблицы Шульте, Горбова, корректурная проба, исключение 4-го лишнего, кубики кося.

#### Р 50 РАССТРОЙСТВО ПРИЕМА ПИЩИ

Экспериментально-психологическое обследование проводится при постановке диагноза, с целью дифференциальной диагностики (с шизофренией, органическим поражением ЦНС), а также при выборе методов психотерапии и реабилитации.

Обследование направлено на выявление характеристик личности пациента, особенностей его познавательных процессов и включает следующие методики:

- личностные опросники ММРІ (СМИЛ), ПДО, опросник Кеттелла, ТАТ, тест Люшера, рисуночные тесты и др. (используются 1–2 личностных методики);

- запоминание 10 слов, таблицы Шульте, методика пиктограмм, исключение предметов или понятий, сравнение понятий, классификация.

#### **F 51 РАССТРОЙСТВА СНА НЕОРГАНИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ**

Экспериментально-психологическое обследование проводится при постановке диагноза и для оценки эффективности терапии (по показателям).

Обследование направлено на выявление личностных характеристик, специфики протекания психических процессов и включает следующие методики:

- ММРІ (СМИЛ), шкалы депрессии, тревоги, самооценки, тест Люшера;

- запоминание 10 слов, таблицы Шульте, Горбова, корректурная проба;

- методика пиктограмм, классификацию, сравнение понятий.

#### **F 60 РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ И ПОВЕДЕНИЯ В ЗРЕЛОМ ВОЗРАСТЕ**

Экспериментально-психологическое обследование проводится при постановке диагноза или перед началом психотерапии.

Обследование направлено на выявление личностных особенностей пациента, системы его ценностных ориентации и включает следующие методики:

- личностные опросники ММРІ (СМ И Л), П ДО, опросник Шмишека, Кеттелла, тест Люшера, шкалы депрессии, тревоги, самооценки, ценностных ориентации и др. (использовать 1–2 личностные методики);

- пиктограмм, классификацию, ассоциативный эксперимент.

#### **F 62.0 СТОЙКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЛИЧНОСТИ ПОСЛЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ КАТАСТРОФЫ**

Экспериментально-психологическое обследование проводится при постановке диагноза, при выборе методов психологической коррекции и реабилитации.

Обследование направлено на выявление личностных характеристик, уровня дезадаптации, выраженности эмоционально-волевых нарушений и включает следующие методики:

- клиническое интервью с пациентом, пережившим психотравму;

- личностные опросники ММРІ (СМИЛ), опросник Кеттелла; шкалы тревоги, депрессии, самооценки, тест Люшера;

- шкала последствий событий (Hogowiz, 1987).

#### **F 63 РАССТРОЙСТВО ПРИВЫЧЕК И ВЛЕЧЕНИЙ**

Экспериментально-психологическое обследование проводится с целью дифференциальной диагностики основного заболевания, симптомами которого являются, как правило, расстройства привычек и влечений.

Методики: см. F 20.8xx3

## **F 64 РАССТРОЙСТВО ПОЛОВОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ**

Экспериментально-психологическое обследование проводится при постановке диагноза в целях дифференциальной диагностики (с шизофренией, органическим поражением ЦНС), для оценки эффективности психокоррекционных мероприятий.

Обследование направлено на выявление инверсий полового самосознания, поло-ролевого поведения, сексуального предпочтения; а также на выявление личностных характеристик и особенностей познавательных процессов и включает следующие методики:

- см. F 20;
- методика измерения степени андрогинности С. Бэм, методика полового дифференциала И. Кагана, составление автобиографии.

### **F 64.2 РАССТРОЙСТВО ПОЛОВОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ**

- Методики: см. F 20.8xx3

### **F 65 РАССТРОЙСТВО СЕКСУАЛЬНОГО ПРЕДПОЧТЕНИЯ**

- Методики см. F64.

### **F 66 ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, СВЯЗАННЫЕ С ПОЛОВЫМ (ПСИХОСЕКСУАЛЬНЫМ) РАЗВИТИЕМ И ОРИЕНТАЦИЕЙ ПО ПОЛУ**

- Методики см. F64.

### **F 68 ДРУГИЕ РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ И ПОВЕДЕНИЯ В ЗРЕЛОМ ВОЗРАСТЕ**

- Методики см. F 60

### **F 70-73 УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ**

Экспериментально-психологическое обследование проводится при постановке или уточнении диагноза, затем каждые 3–4 года (у детей) с целью определения структуры и уровня развития интеллектуальных функций, проведения дифференциальной диагностики социально-педагогической запущенности, нарушениями личности.

Обследование направлено на изучение когнитивной, эмоционально-волевой, коммуникативной сфер.

### **ДО 5-ЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА**

Используются методы (до начала обследования необходимо исключить грубые дефекты зрения и слуха):

- интервью с родителями ребенка, наблюдение за ребенком в процессе установления контакта, выполнения заданий;
- игровые задания с игрушками, геометрическими фигурами, картинками и т.п.;
- ролевые игры, рисунки, лепка, песок и другие.

### СТАРШЕ 5-ТИ ЛЕТ:

- интервью с родителями ребенка, при необходимости – методика АСВ, тест родительских отношений;
- при необходимости количественной оценки: адаптированный вариант методики Векслера, тест Равена;
- при необходимости качественного анализа – запоминание 10-ти слов, текстов, сюжетные и последовательные картинки, простые и сложные аналогии, исключение предметов, понятий, классификация, конструирование или рисование по образцу и т.п.;
- рисуночные тесты: рисунок человека, семьи, несуществующего животного, тест «Дом-дерево-человек»;
- личностные опросники: опросник Кеттелла (с 8 лет), ПДО (с 12 лет), СМИЛ подростковый (с 14 лет) и др.

## F 84 ОБЩИЕ РАССТРОЙСТВА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО (ПСИХИЧЕСКОГО) РАЗВИТИЯ

### F84.0 ДЕТСКИЙ АУТИЗМ

Экспериментально-психологическое обследование проводится при постановке диагноза, для составления программы реабилитации, в дальнейшем – по показаниям.

Обследование направлено на выявление индивидуальных особенностей развития ребенка, актуального состояния его психики, структуры дефекта и включает следующие методики:

- интервью с родителями (воспитателями) ребенка с целью сбора сведений о его раннем развитии, особенностях контакта с окружающим миром;
- изучение документации (медицинская карта, дневники родителей; рисунки, поделки, прописи ребенка и др.);
- наблюдение за деятельностью ребенка в процессе его спонтанной активности, организованной деятельности в процессе эксперимента.

## F90–F98 ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА И РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ, НАЧИНАЮЩИЕСЯ ОБЫЧНО В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Экспериментально-психологическое обследование проводится на этапе постановки диагноза, в дальнейшем – по показаниям, для оценки динамики развития ребенка, его социальной и психологической приспособляемости.

Обследование проводится с целью определения уровня психического развития ребенка, его личностных особенностей, нарушений эмоционально-волевой регуляции поведения и включает следующие методики:

### ДЕТИ ДО 10 ЛЕТ:

- интервью с родителями ребенка;

- при необходимости количественного анализа – адаптированный вариант методики Векслера (с 5 лет), матрицы Равена;
- игровые задания (с игрушками, геометрическими фигурами, картинками и пр.);
- запоминание слов, цифр, предметов; таблицы Шульте, сюжетные картинки, последовательные картинки, классификация, конструирование по образцу и т.д.

#### ДЕТИ СТАРШЕ 11 ЛЕТ:

- при необходимости качественного анализа: методика Векслера, прогрессивные матрицы Равена;
- 10 слов, счет, таблицы Шульте, Горбова; исключение предметов, простые и сложные аналогии, интерпретация пословиц, пересказ текстов, конструирование по образцу и т.д.;
- рисунки (человек, несуществующее животное, «Дом-дерево-человек»);
- личностные опросники. ПДО, Кеттелла, ММР1 (СМИЛ) – подростковый вариант (с 14 лет) и другие.

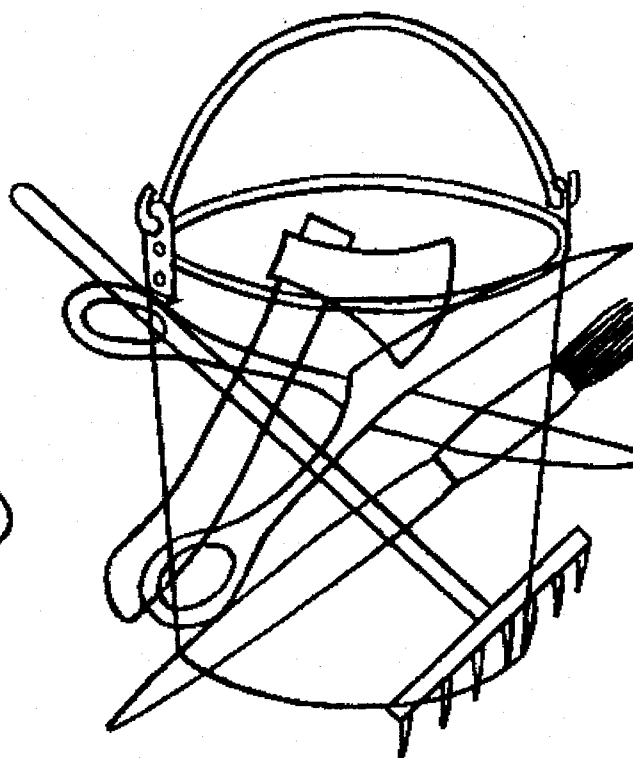
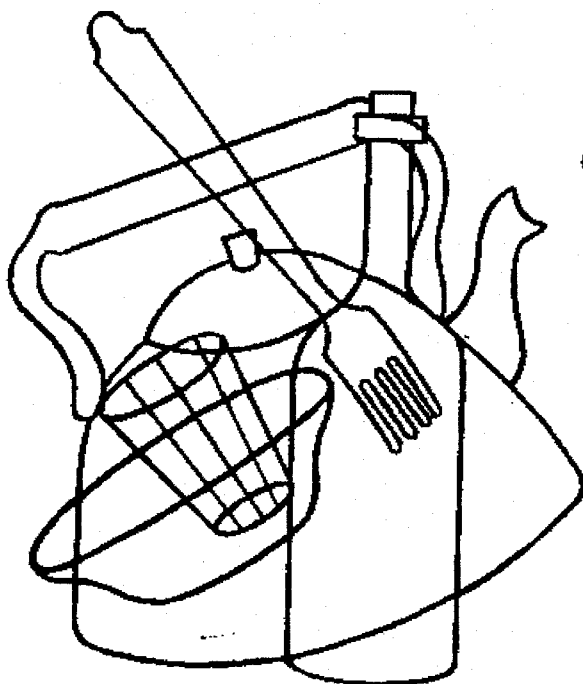
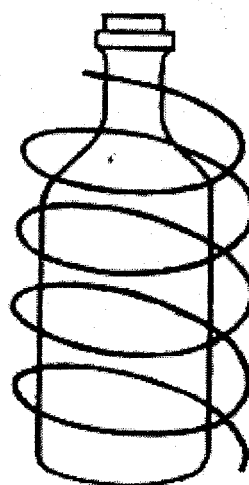
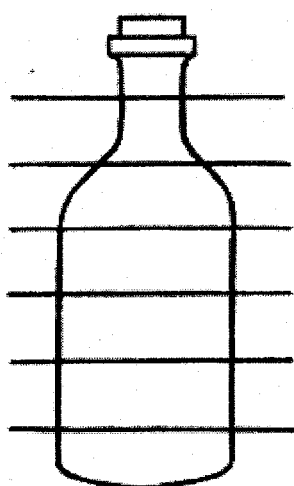
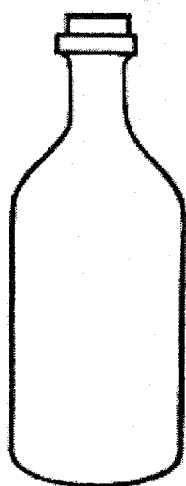
## 15. ЛИТЕРАТУРА

1. Атлас для экспериментального исследования отклонений в психической деятельности / Под ред. И.А. Полищука, А.Е. Выдренко. – 2-е изд. – Киев, 1979.
2. Балабанова Л.М. Судебная патопсихология. – Донецк, 1998.
3. Беломестова Н.В. Клиническая диагностика интеллекта. – СПб., 2003.
4. Блейхер В.М. Клиническая патопсихология. – Ташкент, 1976.
5. Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. Практическая патопсихология: Руководство для врачей и медицинских психологов. – Ростов-на-Дону, 1996.
6. Венгер А.Л. Психологические рисуночные тесты: Иллюстрированное руководство. – М., 2003.
7. Зейгарник Б.В. Патопсихология. – М., 1976.
8. Карвасарский Б.Д и др. Медицинская психология. – СПб., 2004.
9. Клиническая психология / Под ред. М. Перре, У. Баумана. – СПб., 2002.
10. Левченко И.Ю. Патопсихология: теория и практика. – М., 2000.
11. Личко А.Е. Типы акцентуаций характера и психопатий у подростков. – Л., 1983.
12. Менделевич В.Д. Клиническая медицинская психология – М., 1998.
13. Патопсихология. Хрестоматия / Сост. Н.Л. Белопольская. – М., 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., 1962.
17. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии (методическое руководство). – М., 1970.
18. Собчик Л.Н. Рисуночный аперцептивный тест РАТ. – СПб., 2002.
19. Собчик Л.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМИЛ. – СПб., 2000.
20. Тодд Д., Богарт А.К. Основы клинической и консультативной психологии / Пер. с англ. – СПб., 2001.
21. Хомская Е.Д. Нейропсихология. – М., 1987.

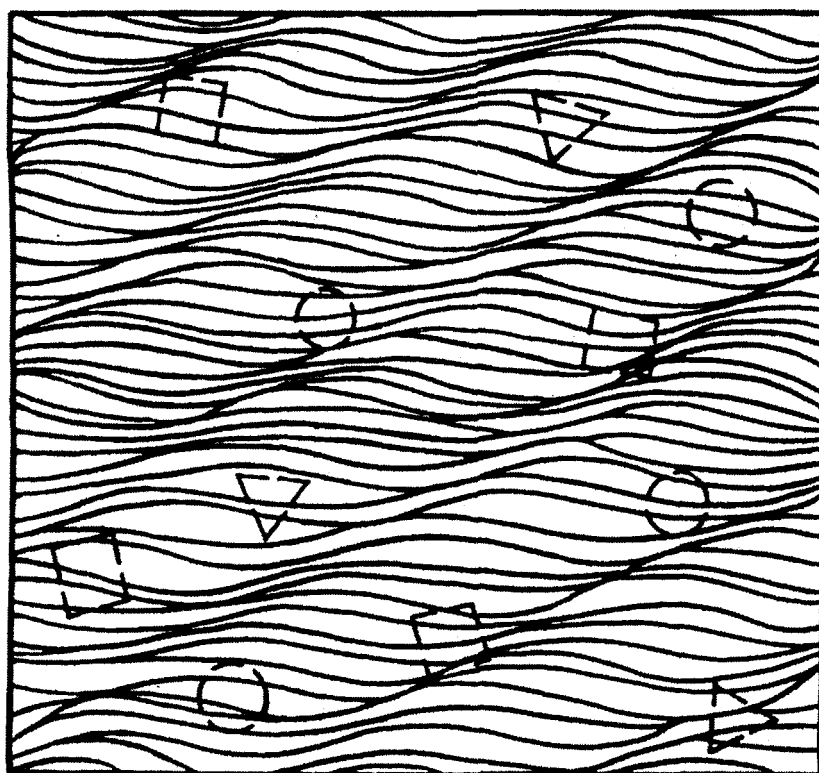
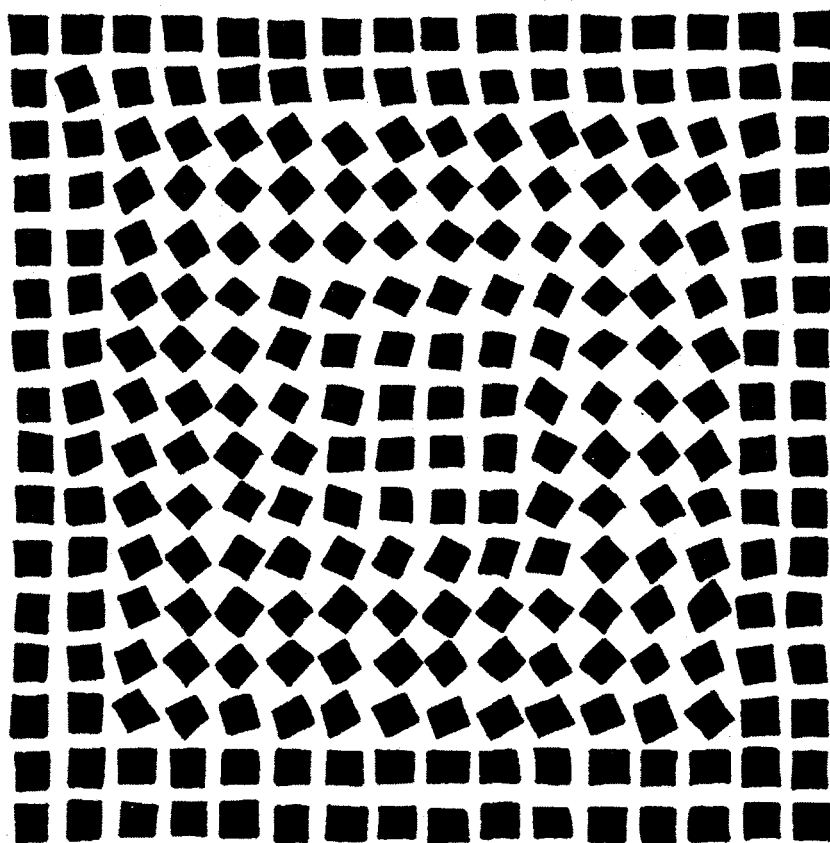
## 16. ПРИЛОЖЕНИЯ

### 16.1. Приложение 1. Методики исследования восприятия

*Что изображено на этих картинках?*



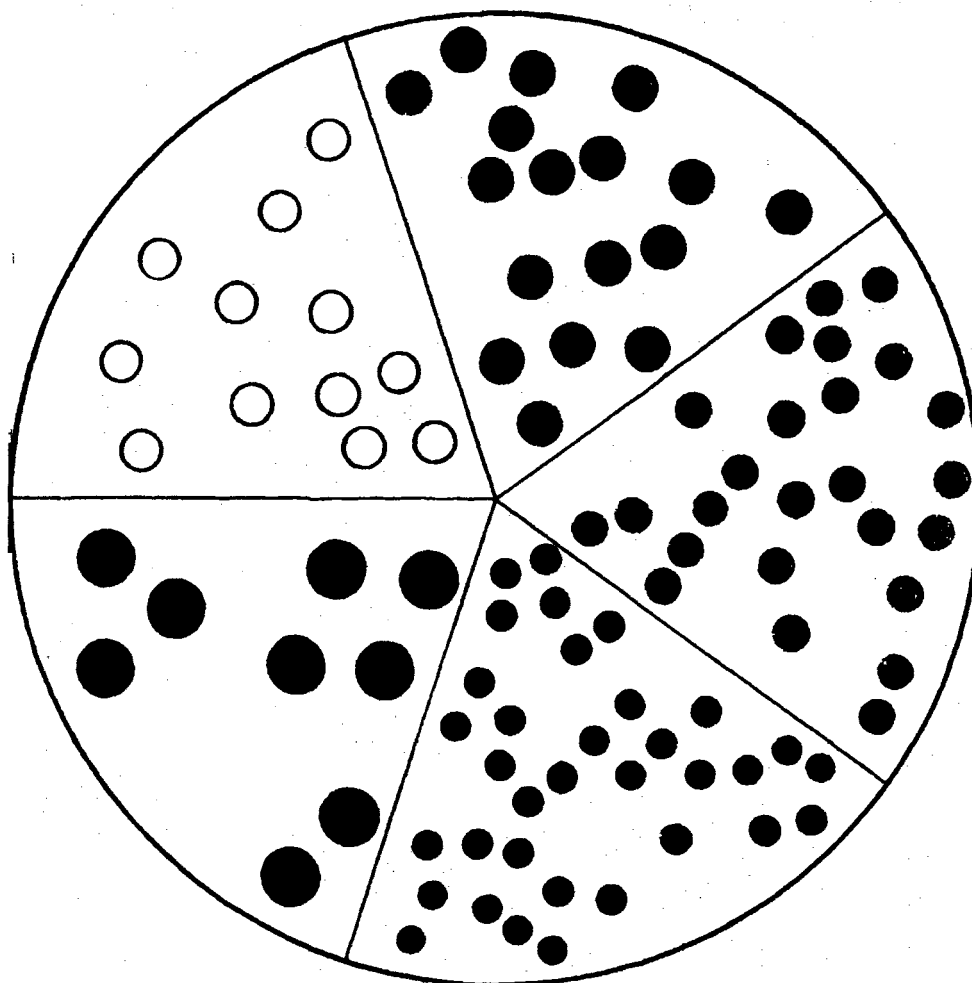
*Всмотритесь в рисунок и сосчитайте квадратики*





## 16.2. Приложение 2. Методики исследования внимания

*Подсчитайте без помощи пальцев, сколько в каждом секторе кружков*



*Как можно быстрее прочтите буквенный текст и найдите среди букв спрятанные слова.*

### Методика Мюнстерберга

бсолнцевртщонрайонзшгучновостььхъгчяфактыукэкзаментрочагшгцки  
прокурортурстабеютеориянтобжеубхамаъхоккейтрунцыфцуигателевизорб  
лджщэхюэлгщбпамятьшогоюжпждрегщкнодвосприятнейцукенгонзхъвафа  
продблюбовъавыфпросдспектаклячсимтьбюнбюерадостьвуфциеолджна  
родолдждбшйрепортаждорлафывьюефбьюконкурсифныувскаяприлично  
остьзжъенюдшщглоджинэппппрплаваннетлжебыпрткомадиящлодкуивтто  
отчаяниенфрлньячвтджхэфтасенлабораториягшдщцуцтррилоснованнеж

*Отнимите от цифры 100 число 7 и скажите полученный результат, потом из полученного результата отнимите опять число 7 и скажите результат и так далее. Считать нужно про себя, а вслух называть полученное при очередном вычитании число.*

*Покажите по порядку числа от 1 до 25, называя их вслух*

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

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

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

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

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

### 16.3. Приложение 3. Методики исследования памяти

Сейчас я Вам назову 10 рядов чисел по 5 чисел в каждом. Необходимо запомнить их в порядке называния, затем сложить первое число со вторым, второе с третьим, третье с четвертым и т.д. в каждом ряду. Считать нужно про себя, а вслух называть полученное при очередном сложении число.

52714	35425	71432	98457	35613
76259	56982	52376	45832	81435

Сейчас я назову несколько цифр. Слушайте внимательно, и когда я закончу, повторите их за мной.

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

Сейчас я опять буду называть цифры, но на этот раз после того, как я закончу Вы должны будете повторить их в обратном порядке. Например, если я скажу 7-3-9, что Вы должны сказать?

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

Запомните слова

дом	дом	пила
труд	вода	окно
спорт	лес	книга
хлеб	окно	пальто
дождь	мед	вино
звук	брат	часы
боль	стул	кошка
жизнь	гриб	роза
лес	конь	игла
пакт	игла	гора

*Запомните пары слов.*

река-море  
яблоко-груша  
гармонь-гитара  
утро-вечер  
брат-сестра  
золото-серебро  
пальто-шапка  
голубь-ворона  
автомобиль-троллейбус  
книга-тетрадь

лето-зима  
полночь-полдень  
туфли-сапоги  
тетя-дядя  
вино-пиво  
алмаз-рубин  
чайник-кастрюля  
кошка-собака  
дуб-береза  
ученик-студент

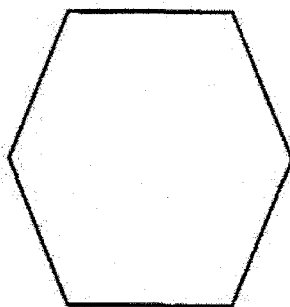
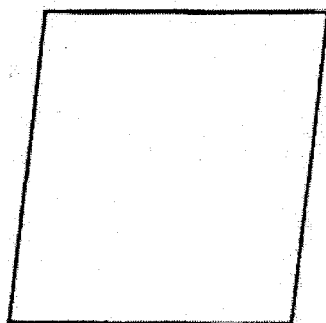
*Запомните названные слова. Для облегчения запоминания сделайте на бумаге зарисовки к каждому слову, но нельзя писать название слова или обозначать его буквами. Можно рисовать что угодно, лишь бы рисунок помог вспомнить названное слово.*

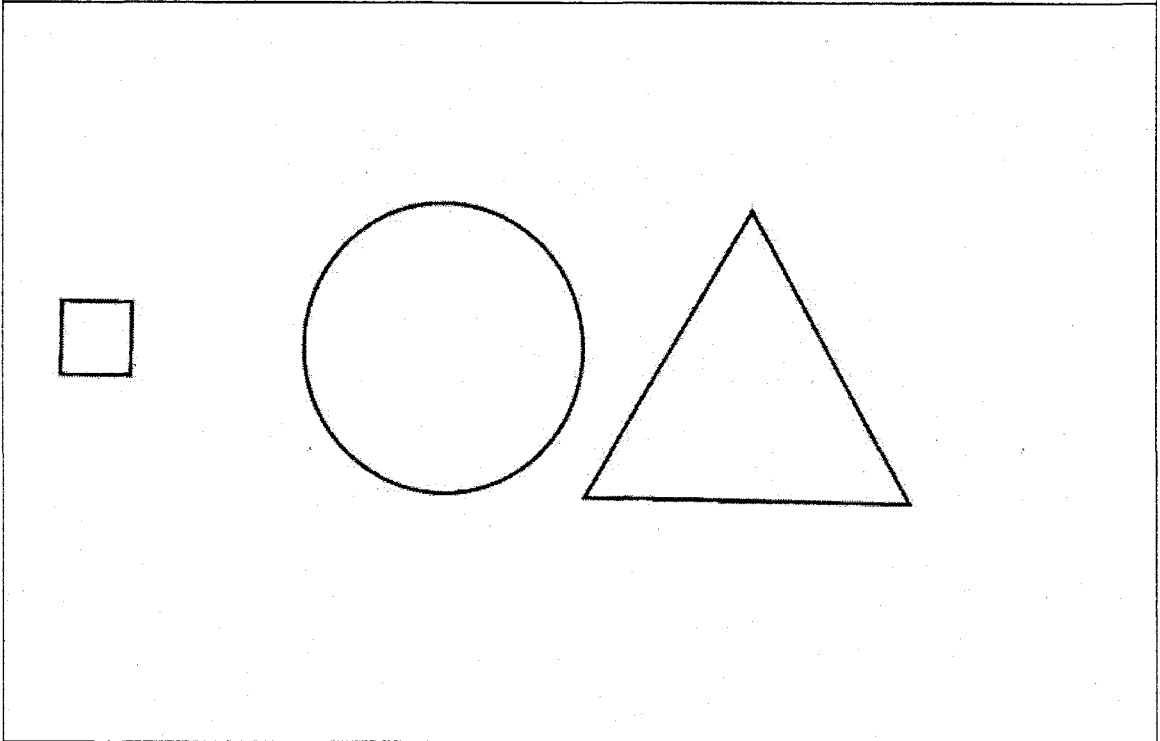
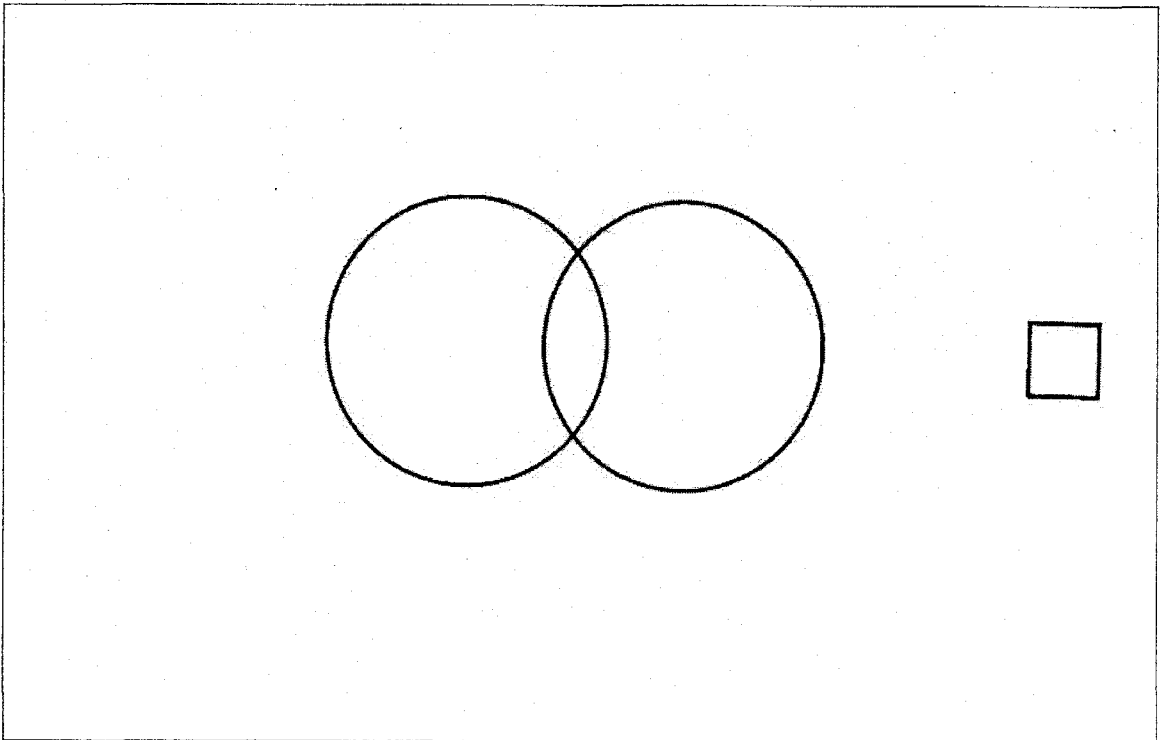
веселый праздник  
глухая старушка  
строгая учительница  
девочке холодно  
болезнь  
разлука  
развитие  
побег  
надежда  
зависть  
сожаление  
мечта

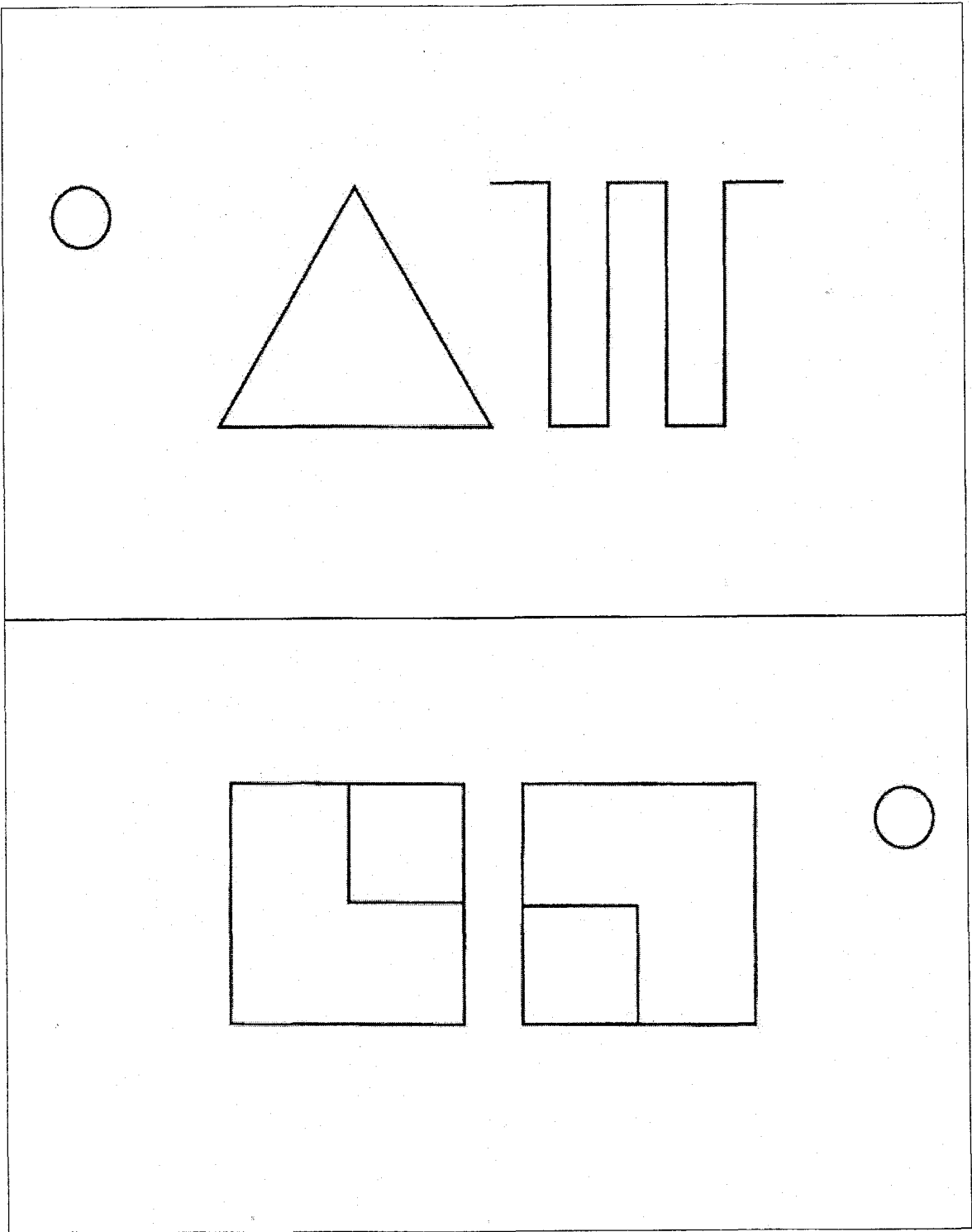
темная ночь  
тяжелая работа  
веселая компания  
вкусный ужин  
смелый поступок  
слепой мальчик  
счастье  
голодный человек  
дружба  
война  
печаль  
богатство

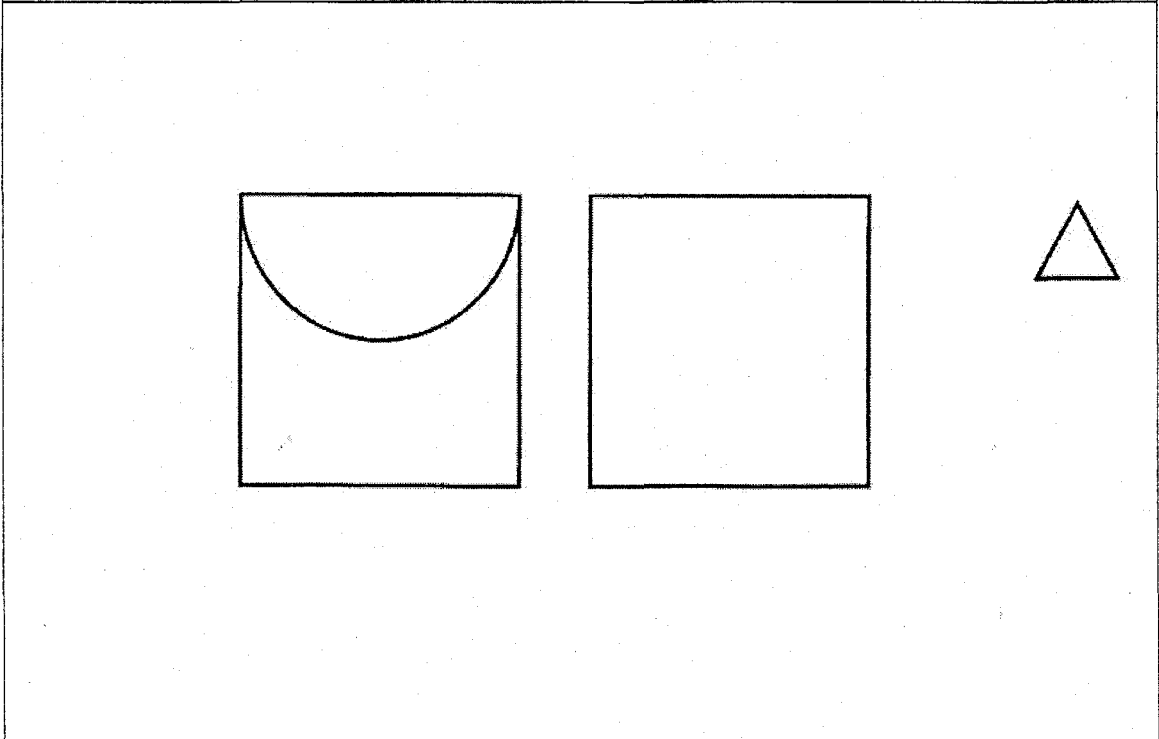
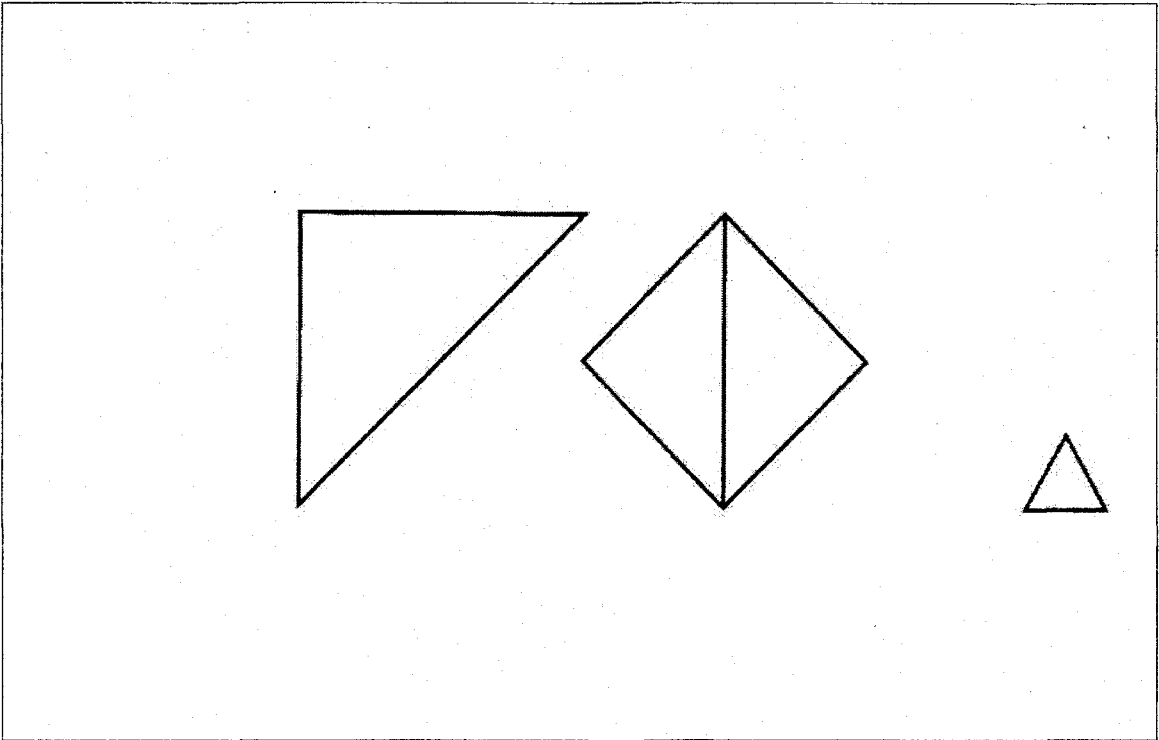


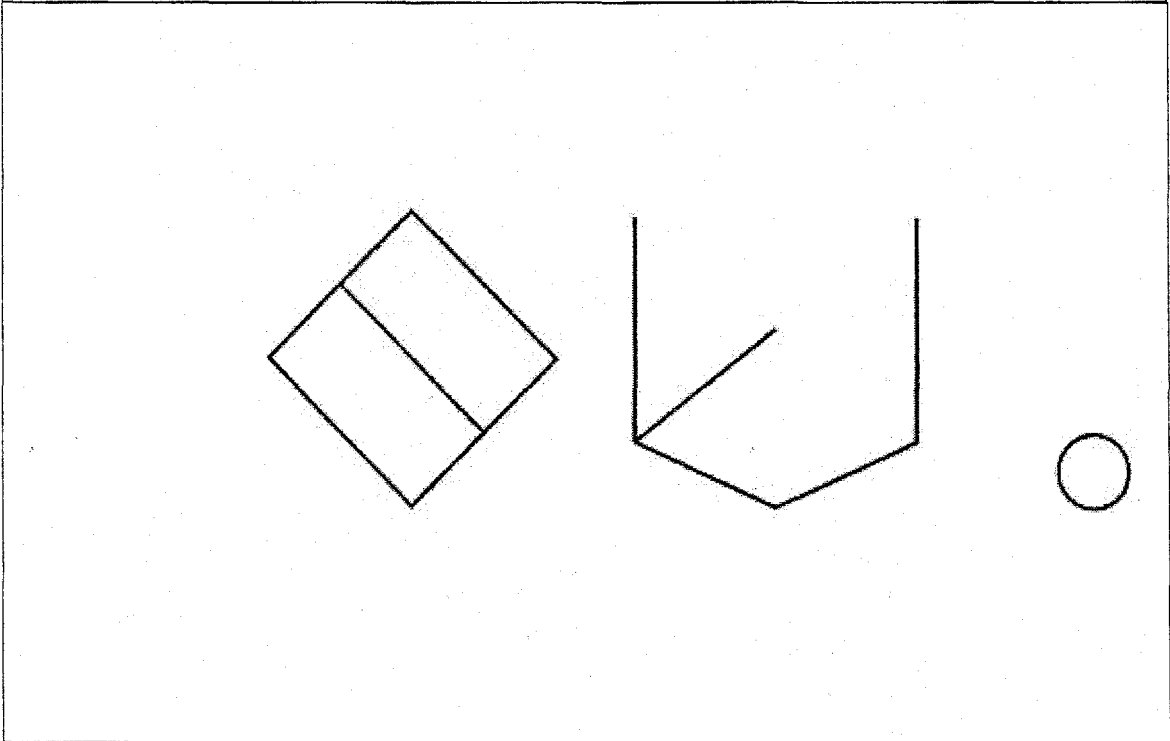
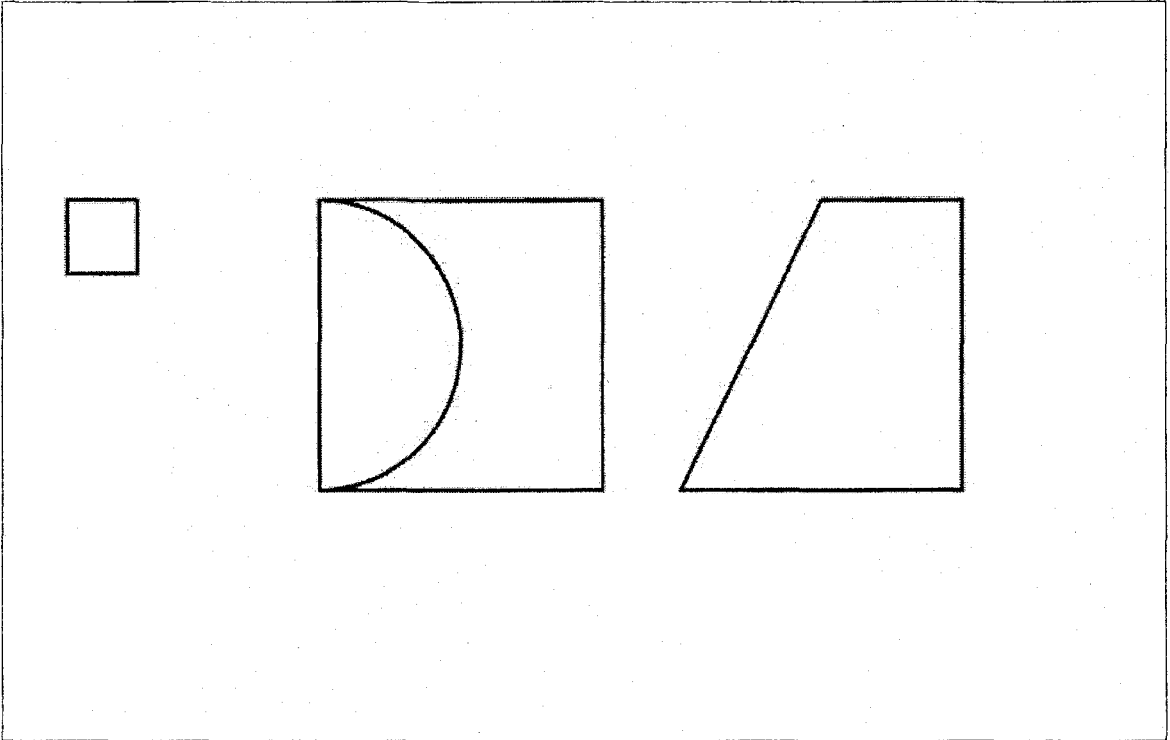
*Запомните представленную фигуру и постарайтесь, как можно точнее ее воспроизвести.*











## 16.4. Приложение 4. Методики исследования мышления

*Исключите в каждом ряду слово, которое не соответствует родовому понятию (четыре слова можно объединить по общему признаку, а одно слово необходимо исключить).*

1. Василии, Федор, Семен, Иванов, Порфирий
2. Дряхлый, старый, изношенный, маленький, ветхий
3. Скоро, быстро, поспешно, постепенно, торопливо
4. Лист, почка, кора, дерево, сук
5. Ненавидеть, презирать, негодовать, возмущаться, наказывать
6. Темный, светлый, голубой, яркий, тусклый
7. Гнездо, нора, муравейник, курятник, берлога
8. Неудача, крах, провал, поражение, волнение

КОШЕЛЕК	ПОРТФЕЛЬ	ЧЕМОДАН	КНИГА
ЧАСЫ	ВЕСЫ	ОЧКИ	ТЕРМОМЕТР
ИНЕЙ	ПЫЛЬ	ДОЖДЬ	РОСА
ЛОДКА	ТАЧКА	МОТОЦИКЛ	ВЕЛОСИПЕД
САМОЛЕТ	ГВОЗДЬ	ПЧЕЛА	ВЕНТИЛЯТОР
БОЧКА	БАБОЧКА	ЖУК	ОЧКИ
ЯБЛОКО	КНИГА	ШУБА	РОЗА

*Укажите только два слова в скобках, обозначающих понятия, без которых не было понятия, обозначенного словом перед скобкой.*

1. Сад (растения, садовник, собака, забор, земля).
2. Река (берег, рыба, рыболов, тина, вода).
3. Куб (углы, чертеж, сторона, камень, дерево).
4. Деление (класс, делимое, карандаш, делитель, бумага).
5. Сарай (сеновал, лошади, крыша, скот, стены).
6. Кольцо (диаметр, алмаз, проба, округлость, печать).
7. Чтение (глаза, книга, картинка, печать, слово).
8. Игра (карты, игроки, штрафы, наказания, правила).
9. Газета (телеграмма, бумага, правда, редактор, прибыль).

*Какая разница между:*

- |                        |                               |
|------------------------|-------------------------------|
| 1. Матерью и мачехой.  | 2. Скупостью и бережливостью. |
| 3. Рекой и озером.     | 4. Книгой и журналом.         |
| 5. Птицей и самолетом. | 6. Солнцем и луной.           |
| 7. Санями и телегой.   | 8. Обманом и ошибкой.         |

*1. Говорите одно слово, первое пришедшее Вам на ум, в связи со сказанным мною словом.*

*2. Отвечайте еще раз, но другими словами, а не теми, которые отвечали первый раз.*

- |              |          |                 |
|--------------|----------|-----------------|
| 1. Шкаф      | Огонь    | Вешалка         |
| 2. Город     | Сад      | Парта           |
| 3. Сват      | Смех     | Театр           |
| 4. Ветка     | Лес      | Мост            |
| 5. Перо      | Красный  | Глаза           |
| 6. Воробей   | Платье   | Школа           |
| 7. Кролик    | Север    | Кошка           |
| 8. Свеча     | Любовь   | Диван           |
| 9. Рама      | Вечер    | Перо            |
| 10. Дорога   | Радость  | Самоуверенность |
| 11. Платье   | Сон      | Солидарность    |
| 12. Чернила  | Хлеб     | Масса           |
| 13. Туфли    | Дело     | Восторг         |
| 14. Кошка    | Болезнь  | Дорога          |
| 15. Помидор  | Труд     | Нож             |
| 16. Нитка    | Брат     | Книга           |
| 17. Тетрадь  | Обида    | Табак           |
| 18. Солнце   | Гроза    | Чайник          |
| 19. Подушка  | Муж      | Цветок          |
| 20. День     | Весна    | Широта          |
| 21. Доска    | Стол     | Самообладание   |
| 22. Улица    | Прошлое  | Усталость       |
| 23. Пила     | Честь    | Сущность        |
| 24. Карандаш | Космос   | Форма           |
| 25. Стакан   | Здоровье | Корзина         |

*Определите, что такое:*

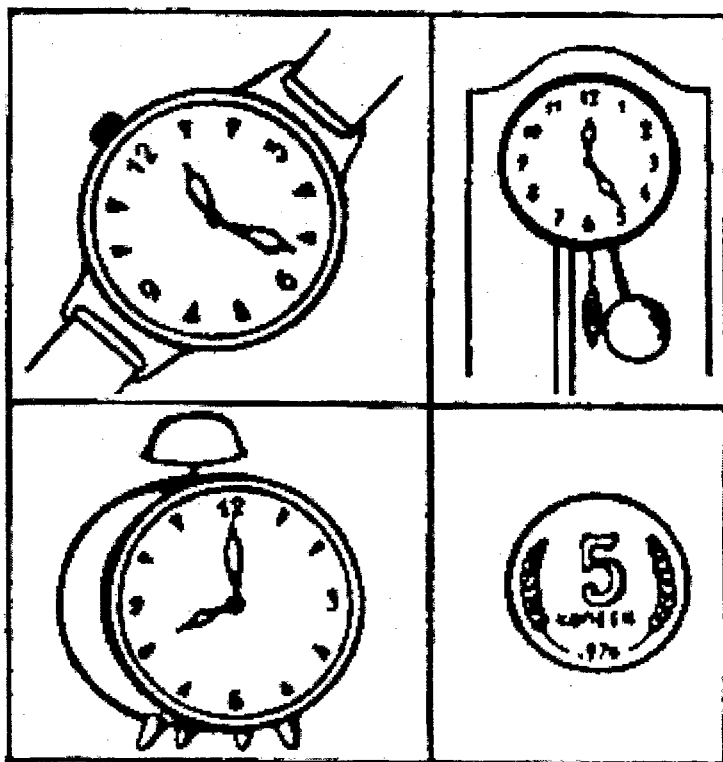
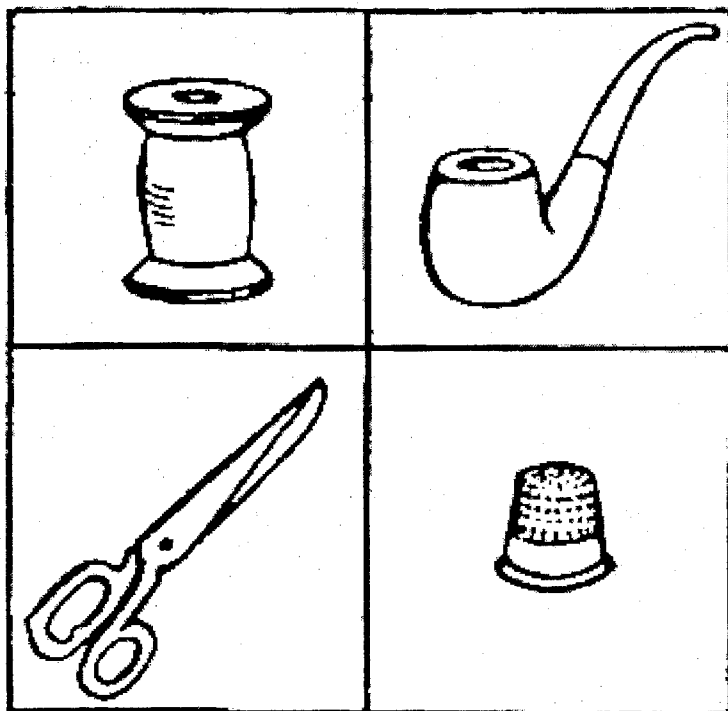
Этажерка	Шкаф
Кошка	Холодильник
Ракета	Трактор
Дождь	Снег
Север	Горизонт
Ложь	Правда

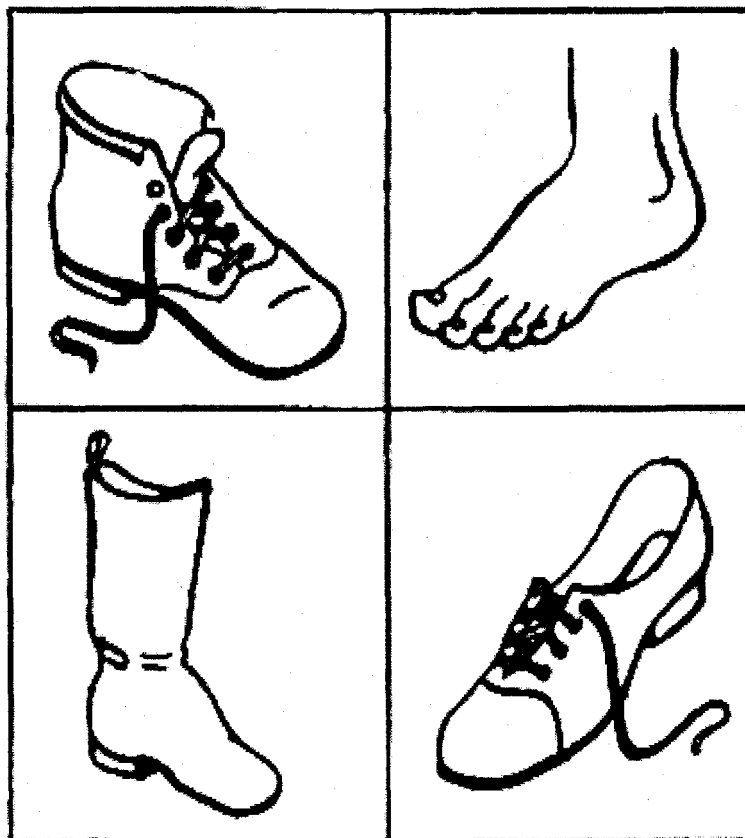
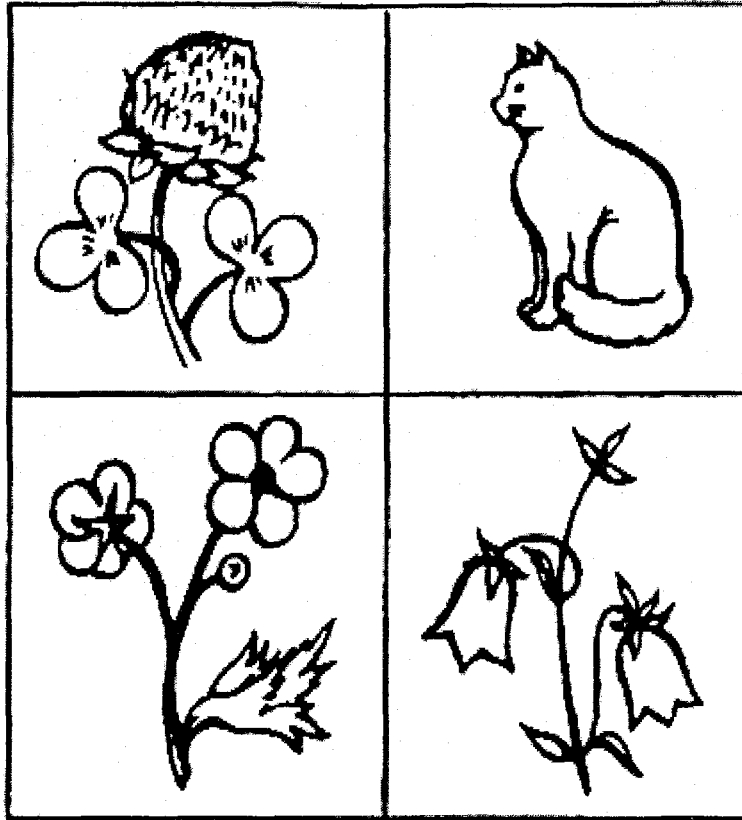
*Слева в колонке приведены два слова, между которыми имеется смысловая связь. Например, в паре слов нож/сталь указано, из чего сделан нож. Справа сверху тоже написано одно слово, а внизу 5 слов. Нужно выбрать из этих слов одно так, чтобы отношение между верхним и нижним словами было аналогично отношению двух слов слева*

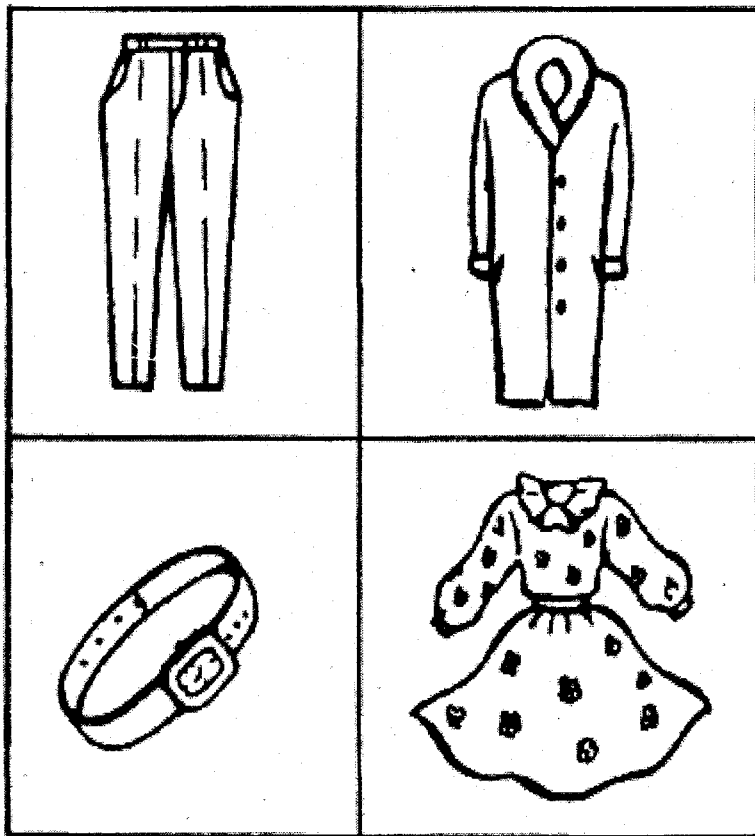
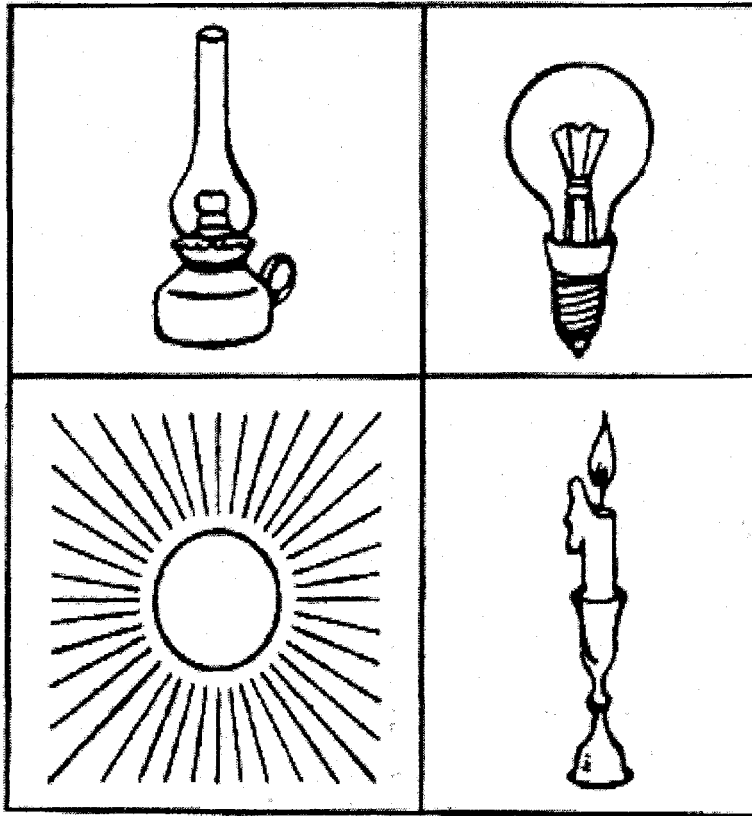
	Нож	Стол
1	Сталь	Вилка, дерево, стул, пища, скатерть
	Школа	Больница
2	Обучение	Доктор, ученик, учреждение, лечение, больной.
	Песня	Картина
3	Глухой	Хромой, слепой, художник, рисунок, больной
	Птица	Человек
4	Гнездо	Люди, птенец, рабочий, зверь, дом
	Хлеб	Дом
5	Пекарь	Вагон, город, жилище, строитель, дверь
	Электричество	Пар
6	Проволока	Лампочка, ток, вода, трубы, кипение
	Лошадь	Корова
7	Жеребенок	Пастбище, рога, молоко, теленок, бык
	Ложка	Вилка
8	Каша	Масло, нож, тарелка, мясо, посуда
	Коньки	Лодка
9	Зима	Лед, каток, весло, лето, река
	Ухо	Зубы
10	Слышать	Видеть, лечить, рот, щетка, жевать

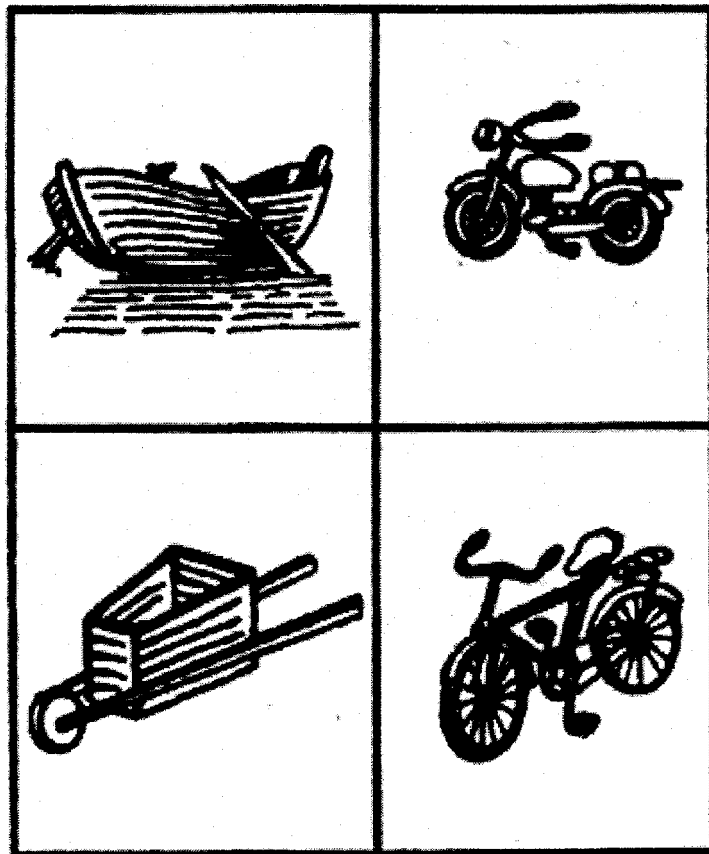
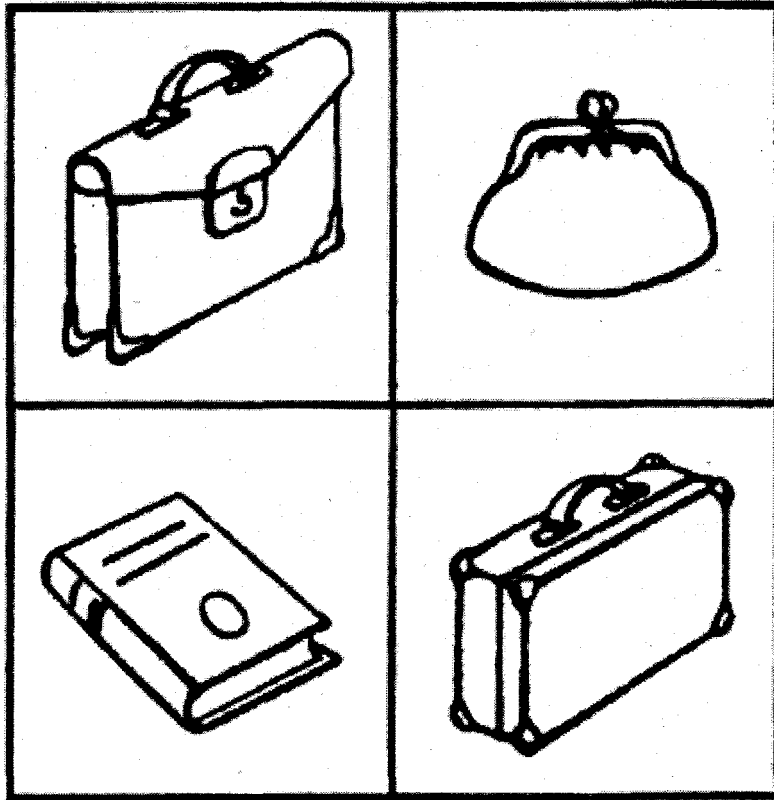


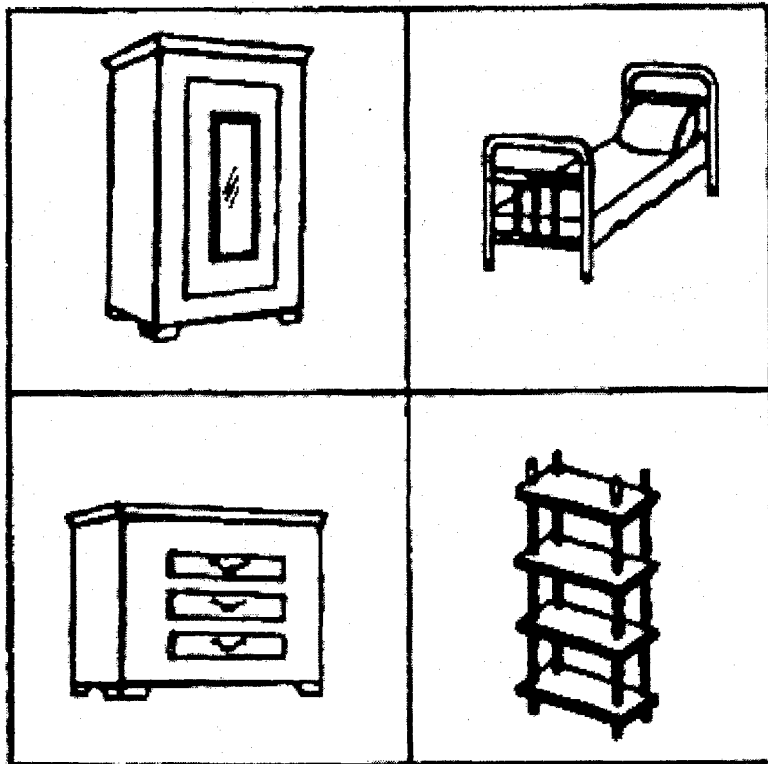
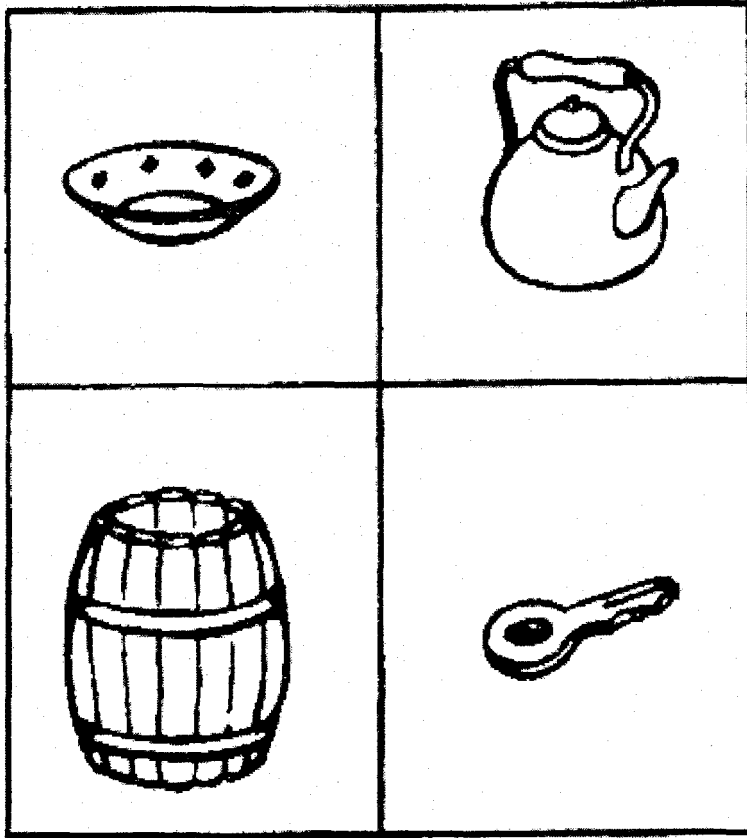
Посмотрите на нижеприведенные рисунки. На них нарисовано 4 предмета, 3 из них между собой сходны, и их можно назвать одним названием, а четвертый к ним не подходит. Скажите, какой из них лишний и как можно назвать остальные номера, если их можно объединить в одну группу.

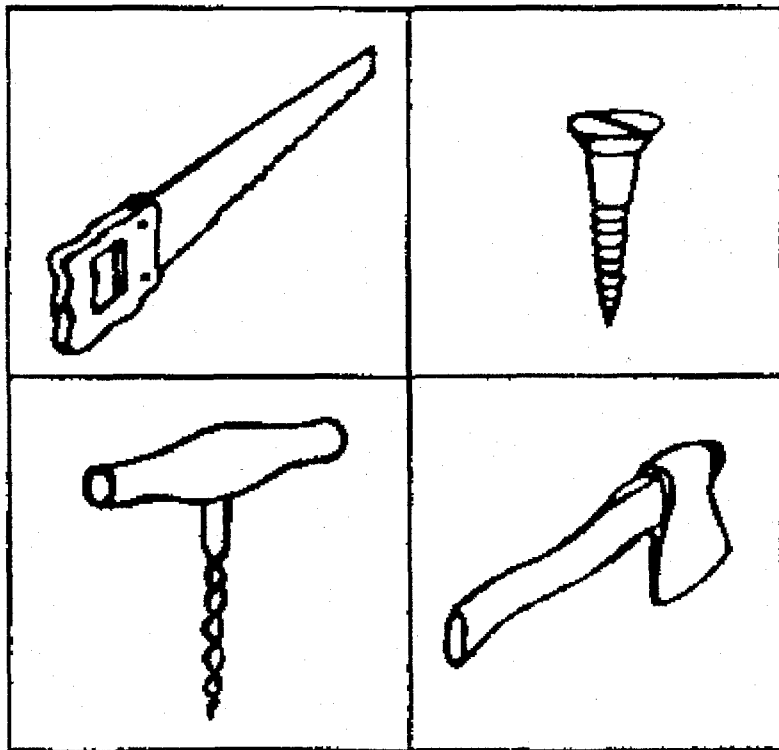
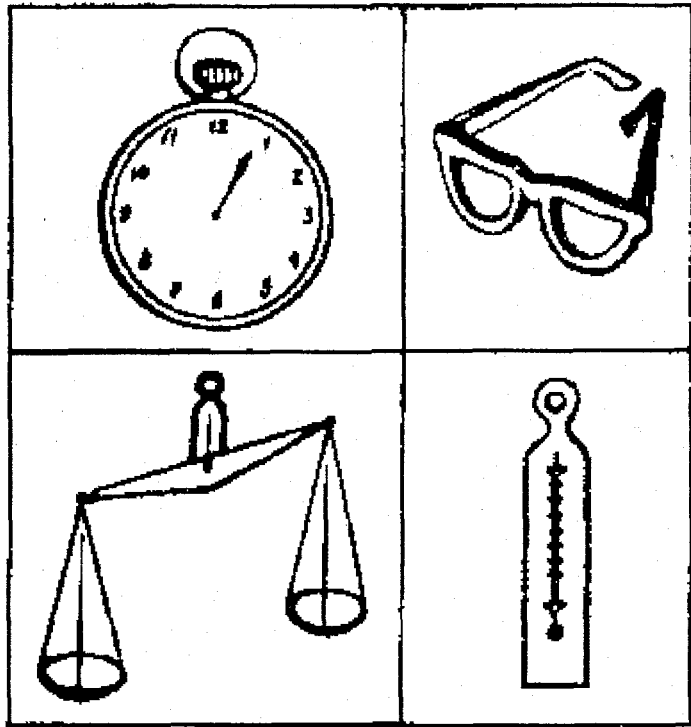


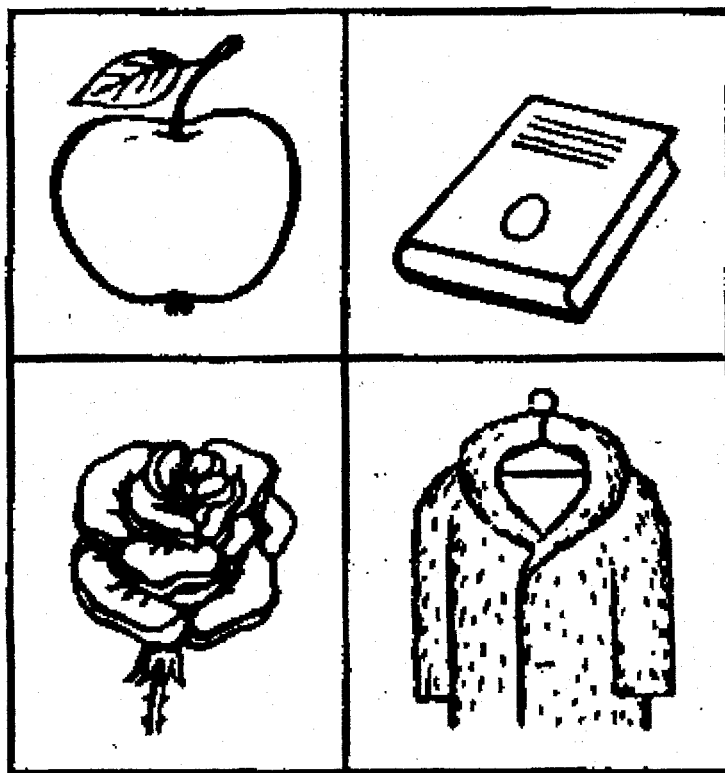
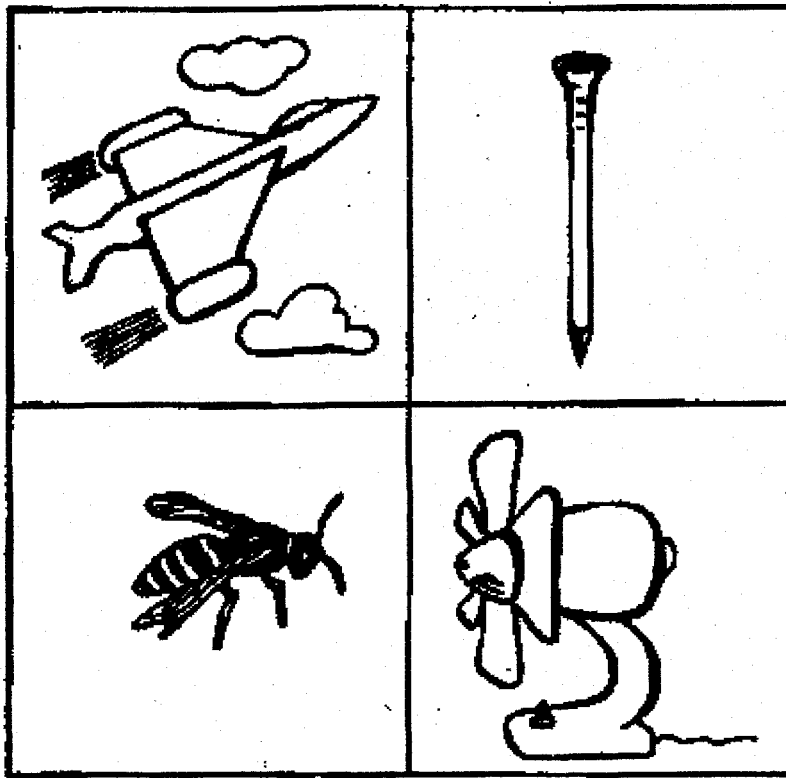








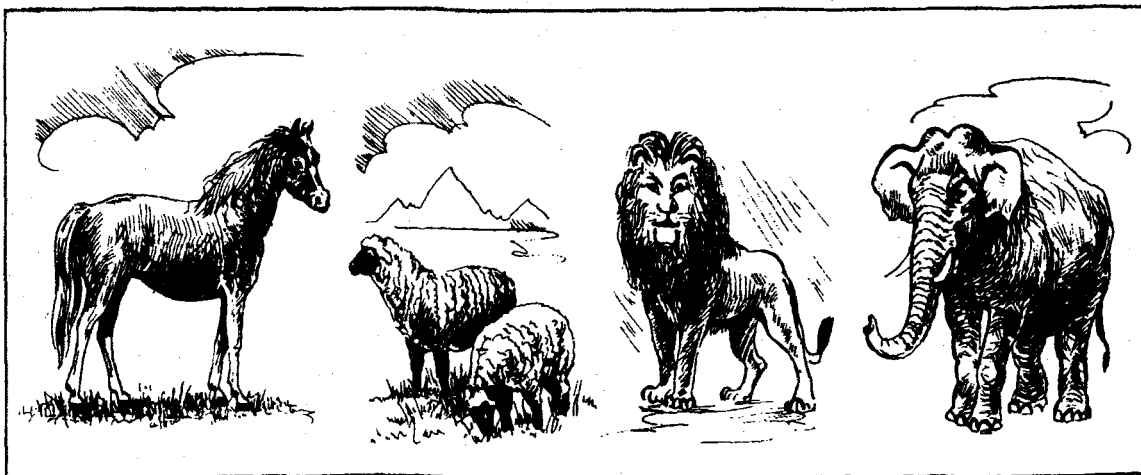




Посмотрите на слова, 4 предмета из них между собой сходны, и их можно назвать одним названием, а пятый к ним не подходит. Скажите, какой из них лишний и как можно назвать остальные номера, если их можно объединить в одну группу.

1. Стол, стул, кровать, пол, шкаф.
2. Молоко, сливки, сало, сметана, сыр.
3. Ботинки, сапоги, шнурки, валенки, тапочки.
4. Молоток, клещи, пила, гвоздь, топор.
5. Сладкий, горячий, кислый, горький, соленый.
6. Береза, сосна, дерево, дуб, ель.
7. Самолет, телега, человек, корабль, велосипед.
8. Василий, Федор, Семен, Иванов, Петр.
9. Сантиметр, метр, килограмм, километр, миллиметр.
10. Токарь, учитель, врач, книга, космонавт.
11. Глубокий, высокий, светлый, низкий, мелкий.
12. Дом, мечта, машина, корова, дерево.
13. Скоро, быстро, постепенно, торопливо, поспешно.
14. Неудачи, волнение, поражение, провал, крах.
15. Ненавидеть, презирать, негодовать, возмущаться, понимать.

Назовите одним словом





Суп, каша, гуляш, кисель  
Роза, ландыш, незабудка, василек  
Штаны, пиджак, жилет, пальто  
Курица, гусь, утка, индейка  
Поэзия, музыка, живопись, кино  
Англия, Франция, Румыния, Болгария

*Прочтите рассказ, вставляя пропущенные слова*

### Вокзал

Если хотят ехать, идут на ..... Сначала в ..... покупают себе ..... Уже готов ..... с длинным ..... вагонов. Быстро входят и ..... места. Медленно начинают вертеться ..... Поезд ....., оставшиеся машут .....

### Старый дед

Стал дед очень стар. Ноги у него не....., глаза не....., уши не....., зубов не стало. И когда он ел, у него текло изо..... Сын и невестка перестали его за..... сажать и давали ему ..... за печкой. Снесли ему раз обедать в....., он хотел ее подвинуть, да уронил на....., чашка и..... Стали тут..... бранить старика за то, что он им все ..... портит и..... бьет.

### Два товарища

Жили-были ..... человека. Отправились они однажды путешествовать. Один шел ..... а другой за ним. Когда первый пришел в деревню, он .....

– Передайте дурачку, который идет ..... чтобы он поторопился.

Вот пришел в деревню ..... человек, увидел он людей и спрашивает:

– Что, дурачок, уже прошел?

Удивились люди и .....: -Да эти парни оба .....

*Прочитайте рассказ и объясните его смысл.*

### **Галка и голуби**

Галка услышала о том, что голубей хорошо кормят, выбелилась в белый цвет и влетела в голубятню. Голуби приняли ее как свою, накормили, но она не удержалась и закричала по-галочьи. Тогда голуби увидели, что она галка, и выгнали ее. Она вернулась было к галкам, но те ее не признали и тоже не приняли.

### **Осел и ручей**

Осел ежедневно нес в город на спине мешок с солью. Его путь лежал мимо ручья. Однажды он почувствовал сильное желание искупаться и лег вместе с мешком соли в воду. Когда он встал, его мешок оказался значительно более легким, так как соль растворилась в воде. В следующий раз он захотел облегчить опять свою ношу, но в мешке на этот раз не было соли, там оказались губки для купанья. Губки впитали в себя воду и стали такими тяжелыми, что осел не смог подняться из воды и утонул.

### **Колумбово яйцо**

Когда Колумб после открытия Америки вернулся на родину, ему была устроена торжественная встреча. Знатные сограждане собрались на большое заседание и пригласили на него Колумба.

Присутствующие приветствовали его и восхищались его открытием.

Некоторые из присутствующих не были, однако, согласны с этими похвалами и говорили, что открытие Колумба переоценивается: проезд по океану свободен для всех, и каждый мог бы, так же как Колумб, доехать до новых земель.

Колумб на это сказал, что выполнить это действительно было доступно всем. Трудно же совсем другое. Для пояснения своей мысли он взял яйцо и предложил поставить его на стол вертикально. Но как ни старались сограждане поставить яйцо, оно неизбежно падало.

Тогда Колумб слегка стукнул яйцом по столу, надломил скорлупку, и яйцо стало на столе в вертикальном положении.

Многие закричали: «Это слишком просто!»

На это Колумб оказал: «Действительно, выполнить это очень просто. Но сначала надо придумать, как это сделать. Вот это-то и есть самое трудное».

## Смысл жизни

Существуют различные взгляды на ценность жизни. Одни считают ее благом, другие – злом. Было бы правильнее держаться середины, потому что, с одной стороны, жизнь приносит нам меньше счастья, чем мы желали бы сами себе, с другой стороны, – ниспосылаемые нам несчастья всегда меньше того несчастья, которого – нам желают в душе другие люди. Вот это-то равновесие и делает жизнь вполне выносимой, вернее, до известной степени справедливой.

*В каком смысле употребляются эти выражения?*

Светлая голова	Ежовые рукавицы
Железная рука	Пламенная речь
Глухая ночь	Свинцовая туча
Золотые руки	Тяжелый человек
Заячья душа	Волчий аппетит
Каменное сердце	Глухая степь

*Подберите к пословицам фразы или другие пословицы, сходные по смыслу. Объясните переносный смысл пословиц.*

Куй железо, пока горячо	За деревьями не видно леса Когда дрова горят, тогда и кашу варят
Один в поле не воин	Большое дело не бывает без потерь Делай все вовремя Ржавое железо не блестит
Лес рубят – щепки летят	Одного поля ягоды Трудно и дереву одинокому расти Теперь обувь шьют и без шила
Не все золото, что блестит	Одна пчела немного меду наносит О книге не суди по переплету Чистое золото ценится дорого
Шила в мешке не утаишь	Ложь не скроешь Из угольного мешка не выходит белой пыли Не по виду суди, а по делам гляди

## 16.5. Приложение 5. Методики исследования эмоционально-волевой сферы

*Продолжите предложения*

Моя специальность....	Моя семья.....
Боюсь....	Деньги.....
Моя мечта.....	Работа.....
Мои сны ....	Бороться.....
Больше всего люблю .....	Дома .....
Моя голова....	Дети .....
Меня беспокоит .....	Смерть .....
Мой вид.....	Друзья .....
Если б я мог .....	Мои планы.....
Скрываю.....	Когда мыслю .....

### ШКАЛА ГАМИЛЬТОНА ДЛЯ ОЦЕНКИ ДЕПРЕССИИ

#### 1. Депрессивное настроение

*(подавленность, безнадежность, беспомощность, чувство собственной малоценности)*

0 = отсутствие

1 = выражение указанного чувства только при прямом вопросе

2 = высказывается в жалобах спонтанно

3 = определяется не вербальным выражением, а посредством наблюдения мимика, поза, голос, плаксивость

4 = пациент выражает ТОЛЬКО ЭТИ ЧУВСТВА, как в спонтанных высказываниях, так и невербально

#### 2. Чувство вины

0 = отсутствует

1 = самоуничижение, считает что подвел других

2 = чувство собственной вины или мучительные размышления о прошлых ошибках или грехах

3 = настоящее заболевание расценивается как наказание, бредовые идеи виновности

4 = вербальные галлюцинации обвиняющего и осуждающего содержания и/или зрительные галлюцинации угрожающего содержания

#### 3. Суицидальные намерения

0 = отсутствует

1 = чувство, что жить не стоит

2 = желание смерти или какие-либо мысли о возможности собственной смерти

3 = суицидальные высказывания или жесты

4 = суицидальные попытки (любая серьезная попытка)

4. Ранняя бессонница  
0 = отсутствие затруднений при засыпании  
1 = жалобы на эпизодические затруднения при засыпании (дольше чем 30 мин)  
2 = жалобы на невозможность заснуть каждую ночь
5. Средняя бессонница  
0 = отсутствует  
1 = жалобы на беспокойный сон в течение всей ночи  
2 = многократные пробуждения в течение всей ночи любой подъем с постели оценивается как «2» (исключая физиологические потребности)
6. Поздняя бессонница  
0 = отсутствует  
1 = раннее пробуждение утром с последующим засыпанием  
2 = окончательное раннее утреннее пробуждение
7. Работоспособность и активность  
0 = отсутствие трудностей  
1 = мысли и ощущение несостоятельности, чувство усталости и слабости, связанное с деятельностью (работа или хобби)  
2 = утрата интереса к деятельности (работе или хобби), выраженная непосредственно в жалобах или опосредовано, через апатичность и нерешительность (чувство потребности в дополнительном усилии приступить к работе или проявить активность)  
3 = уменьшение реального времени проявления активности или снижение продуктивности, в условиях стационара оценка «3» выставляется, если активность пациента проявляется в течение не менее 3 ч в день (работа в стационаре или хобби)  
4 = отказ от работы вследствие настоящего заболевания, в стационаре оценка.
8. Заторможенность (*замедленность мышления и речи, нарушение способности концентрировать внимание, снижение моторной активности*)  
0 = нормальная речь и мышление  
1 = легкая заторможенность в беседе  
2 = заметная заторможенность в беседе  
3 = выраженные затруднения при проведении опроса  
4 = полный ступор
9. Ажитация (*тревожное возбуждение*)  
0 = отсутствие  
1 = беспокойство  
2 = беспокойные движения руками, теребление волос и пр  
3 = подвижность, неусидчивость  
4 = постоянное перебирание руками, обкусывание ногтей, выдергивание волос, покусывание губ

10. Психическая тревога

0 = отсутствие

1 = субъективное напряжение и раздражительность

2 = беспокойство по незначительным поводам

3 = тревога, отражающаяся в выражении лица и речи

4 = страх, выражаемый и без расспроса

11. Соматическая тревога (*физиологические проявления тревоги гастроинтестинальные – сухость во рту метеоризм, диспепсия, диарея, спазмы отрыжка сердечно-сосудистые сердцебиение, головные боли дыхательные гипервентиляция одышка, учащенное мочеиспускание повышенное потоотделение!*)

0 = отсутствие

1 = слабая

2 = средняя

3 = сильная

4 = крайне сильная

12. Желудочно-кишечные соматические жалобы

0 = отсутствие

1 = утрата аппетита, но с приемом пищи без сильного принуждения, чувство тяжести в животе

2 = прием пищи только с упорным принуждением, потребность в слабительных средствах или препаратах для купирования гастроинтестинальных симптомов

13. Общие соматические симптомы

0 = отсутствие

1 = тяжесть в конечностях, спине или голове, мышечные боли, чувство утраты энергии или упадка сил

2 = любые резко выраженные симптомы

14. Генитальные симптомы (*Утрата либидо, менструальные нарушения*)

0 = отсутствуют

1 = слабые

2 = сильные

15. Ипохондрия

0 = отсутствие

1 = поглощенность собой (телесно)

2 = чрезмерная озабоченность здоровьем

3 = частые жалобы, просьбы о помощи

4 = ипохондрический бред

16. Потеря в весе (*оценивается либо пункт А, либо Б*)

*А. По данным анамнеза*

0 = отсутствие потери в весе

1 = вероятная потеря в весе в связи с настоящим заболеванием

2 = явная (со слов пациента) потеря в весе

3 = не поддается оценке

*Б. Если изменения в весе имеют место еженедельно*

0 = потеря в весе менее 0,5 кг в неделю

1 = более 0,5 кг в неделю

2 = более 1 кг в неделю

3 = не поддается оценке

17. Критичность отношения к болезни

0 = осознание, что болен депрессией или каким-либо заболеванием

1 = осознание болезненности состояния, но отнесение этого за счет плохой пищи, климата, переутомления на работе, вирусной инфекции, потребности в отдыхе и пр.

2 = полное отсутствие осознания болезни

18. Суточные колебания

*А. Уточните, когда симптомы выражены в более тяжелой форме, утром или вечером; при отсутствии суточных колебаний маркируйте 0 баллов*

0 = отсутствие колебаний

1 = ухудшение утром

2 = ухудшение вечером

*18 Б. Если суточные колебания имеют место, оцените их выраженность; при отсутствии колебаний маркируйте пункт «отсутствуют»*

0 = отсутствуют

1 = слабые

2 = сильные

19. Деперсонализация и дереализация

*(например, ощущение нереальности окружающего)*

0 = отсутствует

1 = слабая

2 = умеренная

3 = сильная

4 = непереносимая

20. Параноидальные симптомы

0 = отсутствует

1 = подозрительность

2 = идеи отношений

3 = бред отношения или преследования

21. Обсессивные и компульсивные симптомы

0 = отсутствует

1 = легкие

2 = тяжелые

## ШКАЛА ГАМИЛЬТОНА ДЛЯ ОЦЕНКИ ТРЕВОГИ

0 = отсутствует

1 = в слабой степени

2 = в умеренной степени

3 = в тяжелой степени

4 = в очень тяжелой степени

1. Тревожное настроение

Озабоченность, ожидание наихудшего, тревожные опасения, раздражительность

2. Напряжение

Ощущение напряжения, вздрагивание, легко возникающая плаксивость, дрожь, чувство беспокойства, неспособность расслабиться

3. Страхи

Темноты, незнакомых людей, боязнь оставаться в одиночестве, животных, транспорта, толпы

4. Инсомния

Затруднение засыпания, прерывистый сон, не приносящий отдыха сон, чувство разбитости и слабости при пробуждении, кошмарные сновидения

5. Интеллектуальные нарушения

Затрудненная концентрация внимания, ухудшение памяти

6. Депрессивное настроение

Утрата привычных интересов утрата чувства удовольствия от хобби подавленность ранние пробуждения суточные колебания состояния

7. Соматические симптомы (мышечные)

Боли, мышечные подергивания, напряжение, миоклонические судороги, «скрипение зубами», срывающий голос, повышенный мышечный тонус

8. Соматические симптомы (сенсорные)

Звон в ушах, нечеткость зрения, приливы жара или холода, ощущение слабости, ощущения покалывания

9. Сердечно-сосудистые симптомы

Тахикардия, сердцебиение, боль в груди, пульсация в сосудах, чувство слабости, частые вздохи

10. Респираторные симптомы

Чувство давления или сжатия грудной клетки, ощущение удушья, частые вздохи

11. Гастроинтестинальные симптомы

Затруднение питания, метеоризм, боль в животе, изжога, чувство перенасыщения желудка, тошнота, рвота, урчание в животе, диарея, снижение веса тела, запоры



## 12. Мочеполовые симптомы

Учащенное мочеиспускание, сильные позывы на мочеиспускание, аменорея, фригидность, преждевременная эякуляция, утрата либидо, импотенция

## 13. Вегетативные симптомы

Сухость во рту, покраснение кожных покровов, бледность кожных покровов, повышенное потоотделение, головные боли с чувством напряжения

## 14. Поведение при осмотре

Ерзанье на месте, беспокойная жестикуляция или походка, тремор рук, нахмуривание бровей, напряженное выражение лица, вздохи или учащенное дыхание, бледность лица и т.д.

## 16.6. Приложение 6. Методики исследования личностных особенностей

*Проведите на листе бумаги вертикальную черту. Она будет обозначать счастье, причем – верхний полюс соответствует состоянию полного счастья, а нижний занимают самые несчастливые люди. Обозначьте на этой линии чертой свое место. Такие же вертикальные линии проводите для выражения самооценки по шкалам здоровья, умственного развития, характера.*

*Нарисуйте человека – всего, целиком. Постарайтесь нарисовать как можно лучше – так, как вы умеете. Потом расскажите о этом человеке: что за человек нарисован, какого он возраста, пола (если это не ясно из рисунка), какой у него характер, чем он занимается, что любит и чего не любит, что ожидает его в будущем, о чем он мечтает и т.п.?*

*На этом листе нарисуйте, пожалуйста, несуществующее животное, которого нет в природе. После того как Вы нарисуете, я задам Вам несколько вопросов, чтобы уточнить детали рисунка.*

### *СМОЛ (Mini-Mult, Kincannon I., 1968)*

*Инструкция: Прочитайте каждое утверждение и решите, верно или неверно оно по отношению к Вам. Не тратьте времени на обдумывание. Наиболее естественно то решение, которое первым приходит в голову.*

1. У меня хороший аппетит.
2. По утрам я обычно встаю свежим и отдохнувшим.
3. Моя повседневная жизнь полна событий, интересующих меня.
4. Работа дается мне ценой значительного напряжения.
5. Временами мне в голову приходят такие мысли, что лучше о них не рассказывать.
6. У меня редко бывают запоры.
7. Временами мне очень хотелось покинуть дом.
8. Временами у меня бывают приступы смеха и плача, которые я не могу контролировать.
9. Меня беспокоят приступы тошноты и рвоты.
10. Мне кажется, нет такого человека, который понимал бы меня.
11. Иногда мне хочется выругаться.
12. Кошмарные сны снятся мне почти каждую ночь.
13. Я замечаю, что стало трудно сосредоточиться на определенной задаче или работе.
14. У меня бывают очень странные, необычные переживания.

15. Если бы люди не интриговали против меня, я бы добился гораздо большего.
16. В юности было время, когда я совершал мелкие кражи.
17. У меня бывали такие периоды, тянувшиеся дни, недели и даже месяцы, когда я не мог ни за что взяться, т.к. не мог включиться в работу.
18. У меня прерывистый и беспокойный сон.
19. Когда я нахожусь среди людей, я слышу очень странные вещи.
20. Большинство знающих меня людей относятся ко мне хорошо.
21. Мне часто приходилось выполнять указания людей, знающих меньше меня.
22. Другие мне кажутся счастливее меня.
23. Думаю, что многие преувеличивают свои несчастья, чтобы добиться сочувствия или помощи.
24. Бывает, что я сержусь.
25. Мне безусловно не хватает уверенности в себе.
26. У меня очень редко бывают мышечные судороги или подергивания (или не бывает совсем).
27. Большую часть времени у меня такое чувство, как будто я сделал что-то плохое или злое.
28. Большую часть времени я чувствую себя счастливым, довольным жизнью.
29. Некоторые люди так любят командовать, что мне хочется все сделать наоборот, даже если я знаю, что они правы.
30. Я знаю, что есть люди, настроенные против меня.
31. Я считаю, что большинство людей ради выгоды готовы лучше поступить нечестно, чем упустить случай.
32. Меня очень беспокоит желудок.
33. Часто я не могу понять, почему был таким упрямым и ворчливым.
34. Временами мои мысли текут быстрее, чем я успеваю их высказать.
35. Я считаю, что в моем доме жизнь идет не хуже, чем у большинства моих знакомых.
36. Временами я бываю уверен в собственной бесполезности.
37. Последние несколько лет мое самочувствие большую часть времени хорошее.
38. Иногда у меня бывают такие состояния, когда я не осознаю, что делаю.
39. Я считаю, что меня часто незаслуженно наказывали.
40. Я сейчас чувствую себя лучше, чем когда-либо в жизни.
41. Меня не беспокоит, что обо мне говорят другие.
42. С памятью у меня все благополучно.

43. Мне трудно поддержать разговор с людьми, с которыми я только что познакомился.

44. Большую часть времени я чувствую слабость.

45. У меня редко болит голова.

46. Мне не трудно сохранять равновесие при ходьбе.

47. Не все, кого я знаю, мне нравятся.

48. Есть люди, которые пытаются отнять мои мысли и идеи.

49. Я уверен, что моим поступкам нет прощения.

50. Я бы хотел быть не таким застенчивым.

51. Я часто замечаю за собой, что тревожусь о чем-то.

52. Мои родители часто не одобряли моих знакомств.

53. Иногда я могу посплетничать.

54. Временами я чувствую, что необыкновенно легко принимать решения.

55. Я почти никогда не замечал у себя приступов сердцебиения и одышки.

56. Я легко выхожу из себя, но быстро успокаиваюсь.

57. У меня бывают периоды такого сильного беспокойства, когда я не могу усидеть на одном месте.

58. Мои родители и другие члены моей семьи часто без всяких оснований ко мне придираются.

59. Никому нет дела до того, что с тобой случится.

60. Я не осуждаю человека за обман тех, кто позволяет себя обманывать.

61. Временами я бываю полон энергии.

62. За последнее время у меня ухудшилось зрение.

63. Часто у меня шумит и звенит в ушах.

64. Кто-то пытается воздействовать (может быть, гипнозом) на мои мысли.

65. У меня бывают периоды беспричинной радости.

66. Большую часть времени я чувствую себя одиноким, даже находясь среди других людей.

67. Думаю, что почти каждый может солгать, чтобы избежать неприятностей.

68. Я более обидчив, чем большинство людей.

69. Временами моя голова работает как бы медленнее, чем обычно.

70. Люди часто разочаровывают меня.

71. Я злоупотребляю (злоупотреблял) спиртными напитками.

*Перед вами ряд вопросов, которые касаются некоторых свойств вашей личности. Здесь не может быть ответов «правильных» или «ошибочных». Старайтесь отвечать искренне и точно на каждый вопрос.*

1. Ваше настроение, как правило, бывает ясным, неомраченным.
2. Восприимчивы ли Вы к оскорблениям, обидам?
3. Легко ли Вы плачете?
4. Не возникает ли у Вас по окончании какой-нибудь работы сомнение в качестве ее использования и не прибегаете ли Вы к проверке — правильно ли было сделано?
5. Были ли Вы в детстве такими же смелыми, как Ваши сверстники?
6. Часто ли бывает у Вас резкая смена настроения таким образом, что только парили в облаках от счастья и вдруг Вам становится очень грустно?
7. Находитесь ли Вы во время веселья в центре внимания?
8. Бывают ли дни, когда Вы без особых причин ворчливы и раздражительны и все считают, что Вас лучше не трогать?
9. Всегда ли Вы отвечаете на письма сразу после прочтения?
10. Вы человек серьезный?
11. Способны ли Вы так сильно увлечься чем-нибудь, что все остальное время перестает быть значимым для Вас?
12. Предприимчивы ли Вы?
13. Быстро ли Вы забываете обиды и оскорбления?
14. Мягкосердечны ли Вы?
15. Когда Вы бросили письмо в почтовый ящик, проверяете, опустилось ли туда или нет?
16. Требует ли Ваше честолюбие того, чтобы в работе (учебе) Вы были одним из первых?
17. Боялись ли Вы в детстве (детские годы) грозы и собак?
18. Смеетесь ли Вы иногда неприличным шуткам?
19. Есть ли среди Ваших знакомых лица, которые считают Вас педантичным?
20. Очень ли зависит Ваше настроение от внешних обстоятельств или событий?
21. Любят ли Вас ваши знакомые?
22. Часто ли Вы находитесь во власти сильных внутренних порывов и побуждений?
23. Ваше настроение обычно несколько подавлено?
24. Случалось ли Вам рыдать, переживая тяжкие нервные потрясения?
25. Трудно ли Вам усидеть долго на одном месте?

26. Отстаиваете ли Вы энергично свои интересы, когда по отношению к Вам проявлена несправедливость?

27. Хвастаетесь ли Вы иногда?

28. Смогли ли Вы в случаях надобности зарезать домашнее животное или птицу?

29. Раздражает ли Вас, если штора или скатерть висит неровно, стараетесь ли Вы исправить?

30. Боялись ли Вы в детстве оставаться один дома?

31. Часто ли портится Ваше настроение без причин?

32. Случалось ли Вам быть одним из лучших в Вашей профессиональной деятельности?

33. Легко ли Вы впадаете в гнев?

34. Способны ли Вы быть шаловливо-веселым?

35. Бывают ли у Вас состояния, когда Вы переполнены счастьем?

36. Смогли ли бы Вы сыграть роль конферансье на веселых представлениях?

37. Лгали ли вы когда-нибудь в своей жизни?

38. Говорите ли Вы людям свое мнение о них прямо в глаза?

39. Можете ли Вы спокойно смотреть на кровь?

40. Нравится ли Вам работа, когда Вы один за нее ответственный?

41. Заступитесь ли Вы за людей, по отношению к которым допущена несправедливость?

42. Беспокоит ли Вас необходимость опуститься в темный погреб, войти в пустую неосвещенную комнату?

43. Предпочитаете ли Вы деятельность, которую нужно выполнять долго и точно, той которая не требует большой кропотливости?

44. Вы очень общительный человек?

45. Охотно ли Вы в школе декламировали стихи?

46. Сбегали ли Вы в детстве из дому?

47. Обычно Вы без колебаний уступаете место в автобусе престарелым пенсионерам?

48. Часто ли Вам кажется жизнь тяжелой?

49. Случалось ли Вам так расстраиваться из-за какого-нибудь конфликта или ссоры, что после этого Вы чувствовали себя не в состоянии пойти на работу (учебу)?

50. Можно ли сказать, что при неуспехе Вы теряете чувство юмора?

51. Стараетесь ли Вы помириться, если кого-либо обидели, принимаете ли Вы первые шаги к примирению?

52. Любите ли Вы животных?

53. Случалось ли Вам, уйти из дома, возвратиться проверить – не произошло ли чего-нибудь?

54. Беспокоили ли Вас когда-нибудь мысли, что с Вами или с Вашими знакомыми должно что-либо случиться?

55. Существенно ли зависит Ваше настроение от погоды?

56. Не трудно ли Вам выступить перед аудиторией?

57. Можете ли Вы, сердясь, на кого-нибудь, пустить в ход руки?

58. Очень ли любите веселиться?

59. Всегда ли Вы говорите, что думаете?

60. Можете ли под влиянием разочарования впасть в отчаяние?

61. Привлекает ли Вас роль организатора в каком-нибудь деле?

62. Упорствуете ли Вы в достижении цели, если на пути встречаете много препятствий?

63. Чувствуете ли Вы какое-либо удовлетворение при неудачах людей, которые Вам неприятны?

64. Может ли трагичный фильм взволновать вас так, что на глазах выступают слезы?

65. Часто ли Вам мешают уснуть мысли о проблемах прошедшего или будущего дня?

66. Свойственно ли было Вам подсказывать или давать списывать задания одноклассникам?

67. Вы, не раздумывая, вернули бы лишние деньги в кассу, если бы обнаружили, что получили слишком много?

68. Смогли ли бы Вы пройти в темноте через кладбище?

69. Большое ли значение Вы придаете тому, что каждая вещь в Вашем доме должна находиться на своем определенном месте?

70. Случается ли с Вами, что, ложась спать в отменном настроении, утром Вы просыпаетесь в плохом расположении духа, которое длится несколько часов?

71. Легко ли Вы приспосабливаетесь к новой ситуации?

72. Часто ли у Вас бывают головокружения?

73. Часто ли Вы смеетесь?

74. Сможете ли Вы относиться к человеку, о котором Вы плохого мнения так приветливо, что никто не догадается о Вашем действительном отношении к нему?

75. Вы человек живой и подвижный?

76. Сильно ли страдаете, когда совершается несправедливость?

77. Вы страстный любитель природы?

78. Уходя из дома или ложась спать, проверяете ли Вы – закрыт ли газ, погашен ли свет, заперты ли двери?

79. Пугливы ли Вы?

80. Может ли принятие алкоголя изменить Ваше настроение?

81. Охотно ли принимали Вы участие в юности в кружках самодеятельности, драмкружках?

82. Тянет ли Вас иногда уехать далеко от дома?

83. Смотрите ли Вы обычно на будущее немного пессимистически?

84. Бывают ли у Вас переходы от веселого настроения к очень тоскливому?

85. Можете ли Вы развлекать общество, быть душой общества?

86. Долго ли Вы храните чувства гнева, досады?

87. Переживаете ли Вы длительное время горести других людей?

88. Всегда ли Вы соглашаетесь с замечаниями в свой адрес, правильность которых осознаете?

89. Могли ли Вы в школьные годы переписать из-за чернильной кляксы страницы тетради?

90. Вы по отношению к людям больше осторожны и недоверчивы, чем доверчивы?

91. Часто ли у Вас бывают устрашающие сновидения?

92. Бывают ли у Вас навязчивые мысли, что, если Вы, например, стоите на перроне, то Вы можете против своей воли «тянуться» под приближающийся поезд? Или же вас «тянет» кинуться из окна?

93. Становитесь ли Вы веселы в обществе веселых людей?

94. Вы человек, который не думает о сложных проблемах, а если и занимается ими, то недолго?

95. Совершаете ли Вы под влиянием алкоголя внезапные импульсные поступки?

96. В беседах Вы больше молчите, чем говорите?

97. Могли бы Вы, изображая кого-нибудь, так увлечься, что не время забыть, какой Вы на самом деле?



*Рассмотрите каждую нижеприведенную картинку, при этом по-старайтесь дать волю фантазии и сочинить по каждой из них небольшой рассказ, в котором будут отражены ответы на следующие вопросы:*

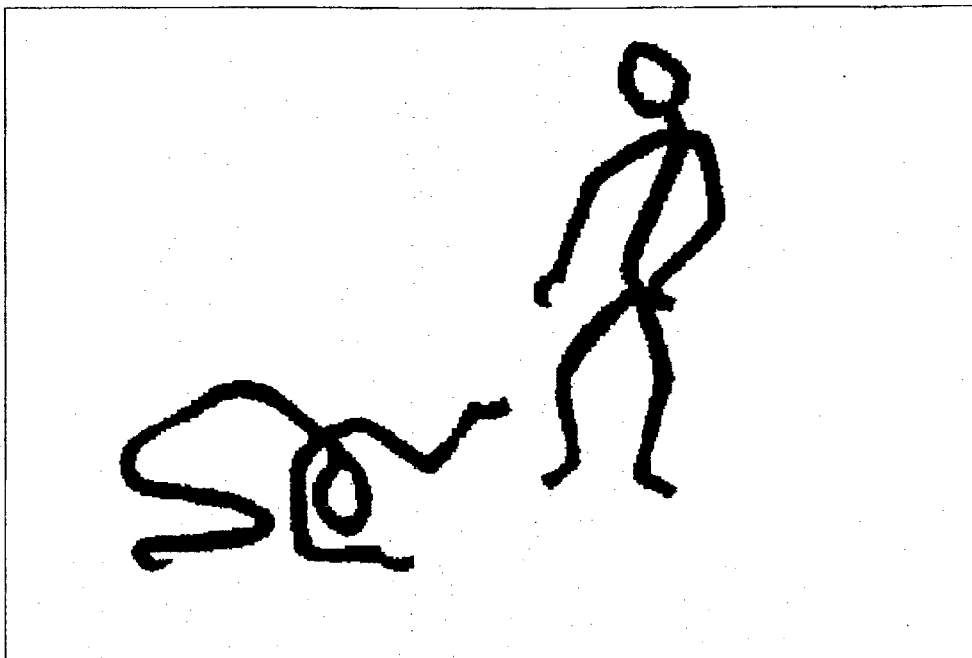
*Что происходит в данный момент?*

*Кто эти люди?*

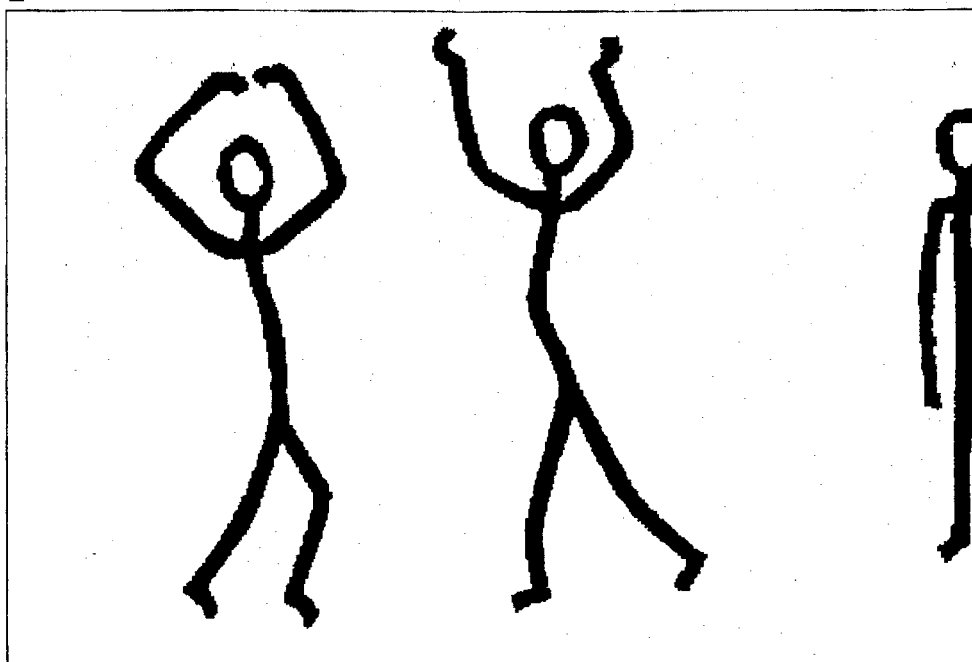
*О чем они думают и что чувствуют?*

*Что привело к этой ситуации и чем она закончится?*

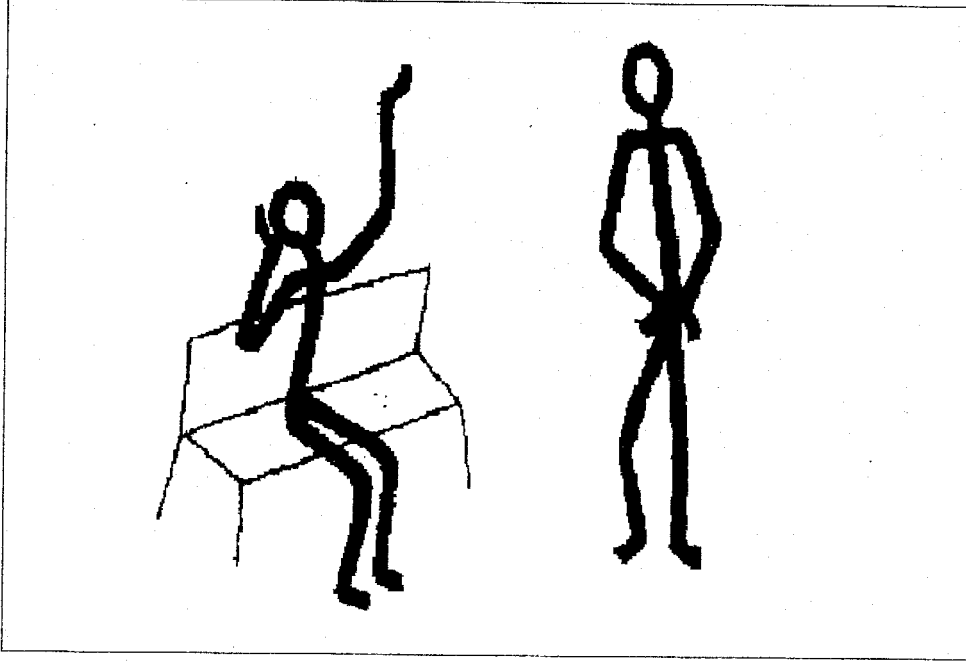
1



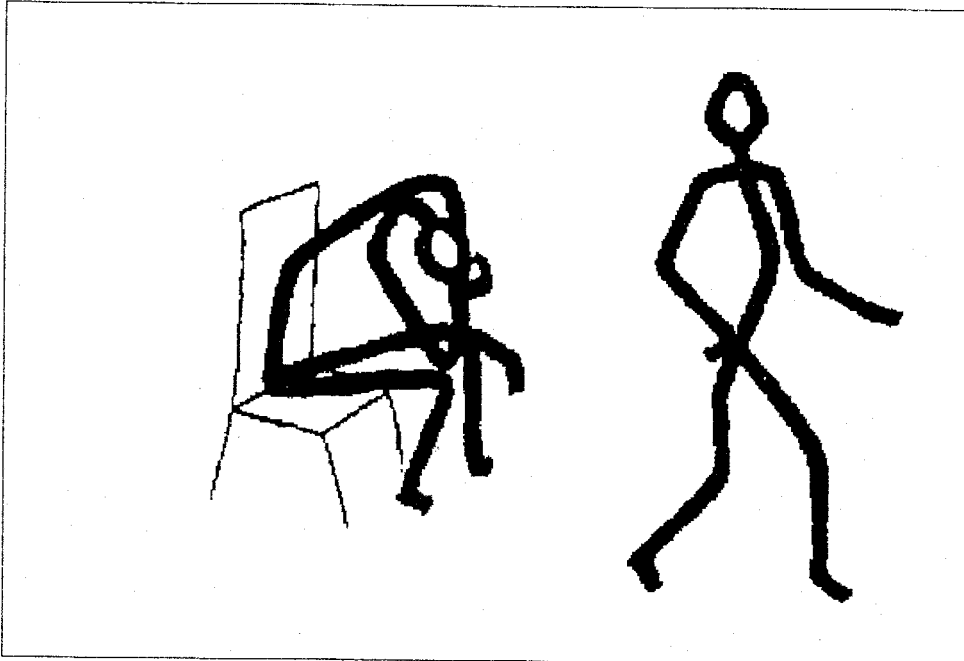
2



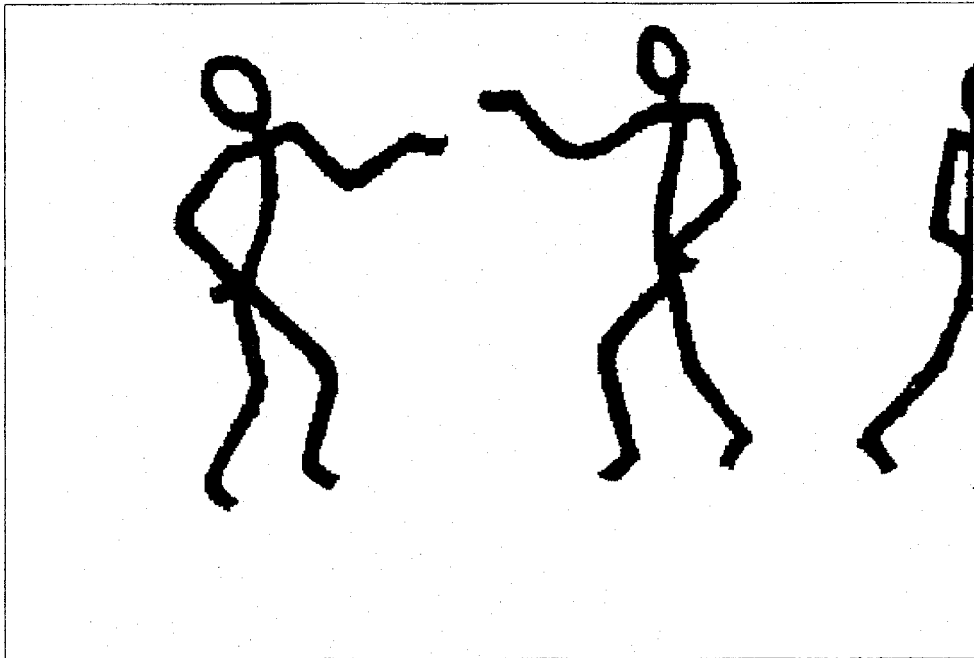
3



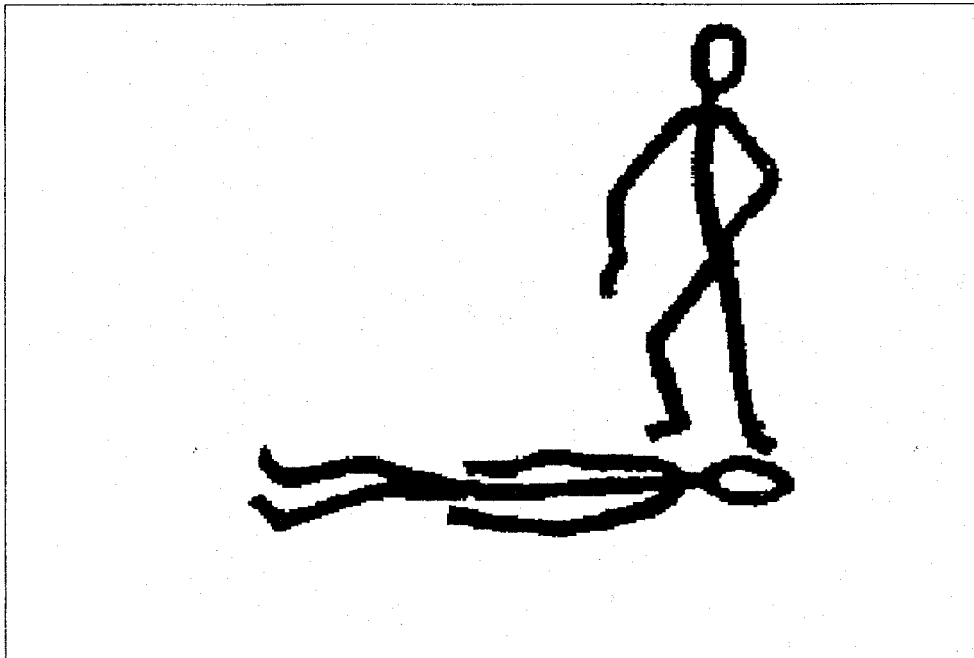
4



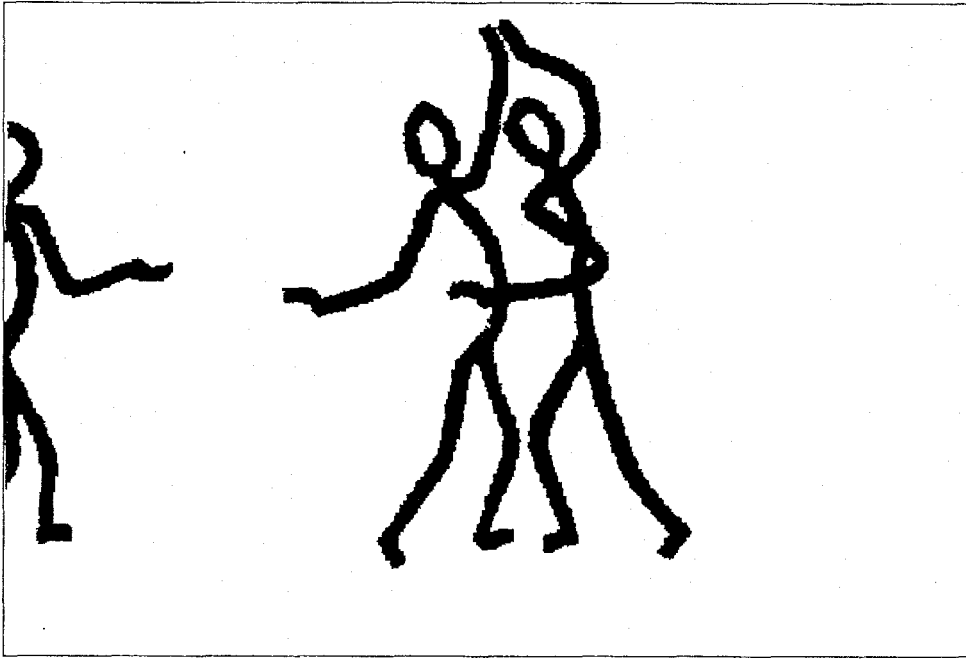
5



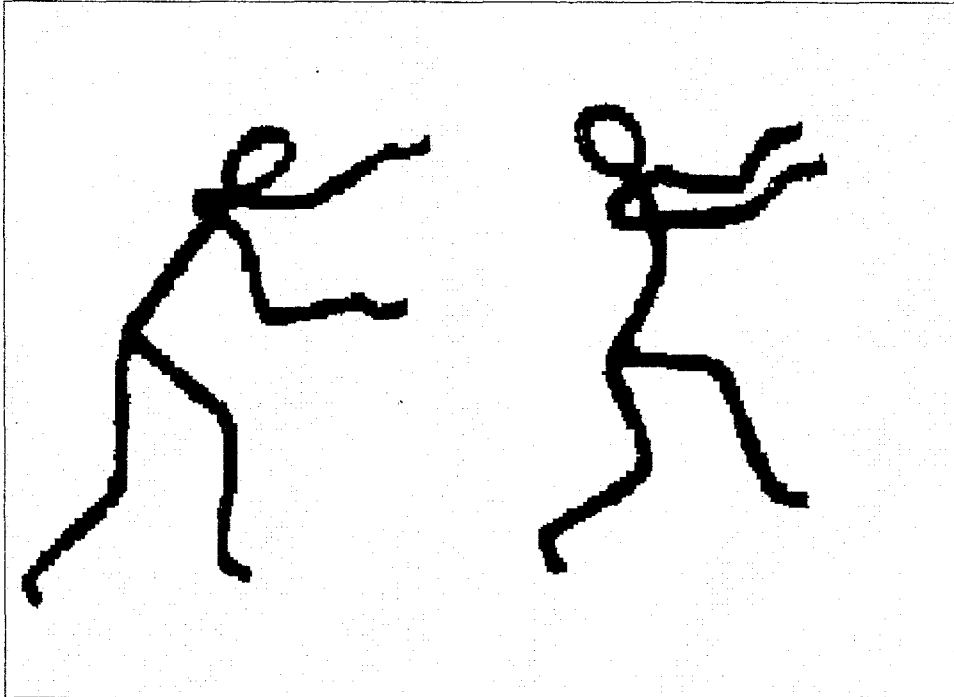
6



7



8



## 16.7. Приложение 7. Бланки и ключи

Корректирующая проба

ФИО \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

ЯХИСХВХЕКВХИВХЕМСНСИНАИЕНКХКХКХЕКВКИСВ ХИ  
ХАМХНСКАИСВЕКВХНАИСНХЕКХИСНАКСКЗХКВИАВСН  
ИСКАИКАЕХККСНАИККЕХЕИСИЛХКЕКХВИСНАИХВИКХ  
СНАИСВНХХВАИНАХЕКЕХСНАКСВЕЧВАИСНАСИКИВКХ  
КЕКВИСКИЧХВЕХСНАИСКЕСИКПАЕСНКХКВИХКАКЛИС  
МАЕХКВЕК ХКЕАИСИКЛИКНЕВНКХАВЕИВИСНАКАХВЕИ  
ВНАХИЕКАИНВИЕЛКЕИВ АКСВЕИКСНАВАКЕСВНКЕСНКС  
ВХИЕСВХКНВБСКВЕГКИМЕСАВИЕХЕВНАИЕНХЕИВКАИС  
НАСНАИСХАКВНМАКСХАИЕЯАСНАИСВКХВБИБХКХСНР  
ИСНАИСЦКВКХВЕКЕКВНАИСНАИ СКЕКВКХАВСНАХКА  
СЕСНАИСЕСХКВАИСНАСАВКХСНЕИСХНХЕКБИКВЕНАИЕ  
НЕКХАВКХИВИХКХ МХНВИСИВСАЕХИСНАИНКЕХВИВИА  
ЕЙСНВИАЕВАБМХВХВИСНАЕНЕКАИВЕКЕХКЕИМИЕСАЕИ  
ХВКЕВЕИСИЛЕАНС КВЕХИКХЯКЕАИСН.АСАКАЕКХЕВСК  
ХЕКХНАИСН КВАВЕСНАИСЕКХЕКНАИСИЧСНЕИСИВИЕХ  
КВХЕИВНАКМСХАИЕВКЕКВКНЕХАИВКВКХЕХИСЯАИХКА  
ХЕНАИЕИНКВЕС ЯХИСХВХЕКВХИВХЕМСНСИНАИЕНКХК  
ИКХЕКВКИСВХИХАМХНСКАИСВЕКВХНАИСНХЕКХИСНА  
КСКЗХКВИАВСНИСКАИКАЕХККСНАИККЕХЕИСИЛХКЕКХ  
ВИСНАИХВИКХСНАИСВНХХВАИНАХЕКЕХСНАКСВЕЧВА  
ИСНАСИКИВКХКЕКВИСКИЧХВЕХСНАИСКЕСИКПАЕСНКХ  
КВИХКАКЛИСМАЕХКВЕК ХКЕАИСИКЛИКНЕВНКХАВЕИ  
ВИСНАКАХВЕИВНАХИЕКАИНВИЕЛКЕИВ АКСВЕИКСНАВА  
КЕСВНКЕСНКСВХИЕСВХКНВБСКВЕГКИМЕСАВИЕХЕВНАИ  
ЕНХЕИВКАИСНАСНАИСХАКВНМАКСХАИЕЯАСНАИСВКХ  
ВБИБХКХСНРИСНАИСЦКВКХВЕКЕКВНАИСНАИ СКЕКВК  
ХАВСНАСНАИНКЕХВИВИАЕЙСНВИАЕВАБМХВХВИСНАЕ  
ХЕКХНАИСН.КВАВЕСНАИСЕКХЕКНАИСИЧСНЕИСИВИЕХ  
КВХЕИВНАКМСХАИЕВКЕКВКНЕХАИВКВКХЕХИСЯАИХКА  
ХЕНАИЕИНКВЕС ЯХИСХВХЕКВХИВХЕМСНСИНАИЕНКХК  
ИКХЕКВКИСВХИХАМХНСКАИСВЕКВХНАИСНХЕКХИСНА  
КСКЗХКВИАВСНИСКАИКАЕХККСНАИККЕХЕИСИЛХКЕКХ  
ВИСНАИХВИКХСНАИСВНХХВАИНАХЕКЕХСНАКСВЕЧВА  
ИСНАСИКИВКХКЕКВИСКИЧХВЕХСНАИСКЕСИКПАЕСНКХ  
КВИХКАКЛИСМАЕХКВЕК ХКЕАИСИКЛИКНЕВНКХАВЕИ  
ВИСНАКАХВЕИВНАХИЕКАИНВИЕЛКЕИВ АКСВЕИКСНАВА  
КЕСВНКЕСНКСВХИЕСВХКНВБСКВЕГКИМЕСАВИЕХЕВНАИ  
ЕНХЕИВКАИСНАСНАИСХАКВНМАКСХАИЕЯАСНАИСВКХ  
ВБИБХКХСНРИСНАИСЦКВКХВЕКЕКВНАИСНАИ СКЕКВК

Интегрированный тест тревожности  
БЛАНК ШКАЛЫ СТ-С

Ф.И.О \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

Ниже Вам предложены несколько утверждений, касающихся Вашего эмоционального состояния. В отношении каждого из них нужно решить – насколько данное состояние выражено именно СЕЙЧАС, В ДАННЫЙ МОМЕНТ, СЕГОДНЯ. В зависимости от этого поставьте «+» в одну из четырех граф.

	совсем нет	слабо вы- ражено	выраже- но	очень выражено
1. Я нахожусь в напряжении				
2. Я расстроен				
3. Я тревожусь о будущем				
4. Я нервничаю				
5. Я озабочен				
6. Я возбужден				
7. Я ощущаю непонятную угрозу				
8. Я быстро устаю				
9. Я не уверен в себе				
10. Я избегаю любых конфликтов				
11. Я легко прихожу в замешательство				
12. Я ощущаю свою бесполезность				
13. Я плохо сплю				
14. Я ощущаю себя утомленным				
15. Я эмоционально чувствителен				

БЛАНК ШКАЛЫ СТ-Л

Ф.И.О \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

Ниже Вам предложены несколько утверждений, касающихся Вашего эмоционального состояния. В отношении каждого из них нужно решить – КАК ЧАСТО на протяжении последнего времени (например, на протяжении последнего года) Вы его испытывали. В зависимости от этого поставьте знак «+» в одну из четырех граф.

	Почти никогда	Редко	Часто	Почти все время
1. Я находился в напряжении				
2. Я расстраивался				
3. Я тревожился о будущем				
4. Я нервничал				
5. Я бывал озабочен				
6. Я бывал возбужден				
7. Я ощущаю непонятную угрозу				
8. Я быстро уставал				
9. Я бывал не уверен в себе				
10. Я избегал любых конфликтов				
11. Я легко приходил в замешательство				
12. Я ощущал свою бесполезность				
13. Я плохо спал				
14. Я ощущал себя утомленным				
15. Я бывал эмоционально чувствителен				

*Порядок подсчета.* Для подсчета общего балла общей тревожности, полученные данные во всех утверждениях переводятся в цифры. В зависимости от полученных во время обследования ответов (например, или «Редко» или «Часто», или «Почти все время» для СТ-Л), соответствующему пункту будет соответствовать цифры 1, 2 или 3. Ответы типа «Совсем нет» и «Почти никогда» в расчет не принимаются. Все цифровые значения суммируются, полученная сумма с помощью таблицы соответствующей таблицы переводятся в станайны. Такая же процедура проводится с субтестами при использовании таблиц 2, 3, 4.

Таблица 1

**Перевод в станайны показателя общей тревожности**

Станайны	Сырые показатели	
	Взрослые и юноши	Девушки
1	6 и менее	6 и менее
2	7–8	7–8
3	9	9–10
4	10–11	11–12
5	12–14	13–16
6	16–18	17–21
7	19–22	22–25
8	23–26	26–30
9	27 и более	31 и более

Таблица 2

**Ключ к субтестам**

Субшкала	№ во-проса	Балл за утверждения			
		1	2	3	4
ЭД	1	0	25	49	74
	2	0	24	49	73
	4	0	27	53	80
	6	0	24	49	73
АТС	8	0	30	61	91
	13	0	41	81	122
	14	0	29	58	87
ФОБ	7	0	37	74	111
	9	0	28	56	85
	12	0	29	58	87
ОП	3	0	37	74	110
	5	0	32	65	98
	15	0	31	61	92
СЗ	10	0	57	114	171
	11	0	43	86	129

Таблица 3

**Перевод в станайны показателей вспомогательных шкал  
для взрослых и юношей**

Станайны	Суммы диагностических коэффициентов				
	ЭД	АСТ	ФОб	ОП	СЗ
1	34 и менее	26 и менее	13 и менее	44 и менее	50 и менее
2	35–48	27–36	14–19	45–62	51–70
3	49–62	37–47	20–24	63–80	71–90
4	63–76	48–57	25–29	81–97	91–110
5	77–100	58–82	30–54	98–122	111–135
6	102–137	83–122	35–99	123–155	136–165
7	138–173	123–161	100–144	156–187	166–195
8	174–209	162–201	146–188	188–219	196–225
9	210 и более	202 и более	189 и более	220 и более	226 и более

Таблица 4

**Перевод в станайны показателей вспомогательных шкал  
для девушек**

Станайны	Суммы диагностических коэффициентов				
	ЭД	АСТ	ФОб	ОП	СЗ
1	43 и менее	31 и менее	16 и менее	53 и менее	60 и менее
2	43–58	32–44	17–23	54–75	61–85
3	59–75	45–57	24–29	76–97	86–109
4	76–92	58–70	30–36	98–118	110–134
5	93–117	71–95	37–61	118–143	135–159
6	118–150	96–132	62–104	144–172	160–184
7	151–183	133–169	105–148	173–200	185–210
8	184–217	170–206	149–191	201–228	211–235
9	218 и более	207 и более	192 и более	229 и более	236 и более



## Опросник Минимульт

**Обработка.** Подсчитайте число «сырых» баллов, т.е. ответов, совпадающих по ключу. Значение шкалы К добавляется к базисным шкалам № 1,4,7,8,9. Например: если по шкале К получено 9 баллов, то к значению шкалы №1, исходя из таблицы, добавляют 5 баллов, к значению шкалы №4 – 4 балла, к значению шкал №7 и №8 – по 9, к значению шкалы №9 – 2 балла. Для получения личностного профиля в Т-баллах окончательные значения шкал в баллах нанесите на бланк.

**Таблица коррекции «сырых» баллов**

Шкалы	Кэф-фици-ент	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	0,5	1	1	2	2	2	3	4	4	5	5	6	6	7	7	8	8
4	0,4	1	1	2	2	2	2	3	3	4	4	4	5	5	6	6	6
9	0,2	0	0	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	3	3	3	3
7,8	1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16

### Ключ к опроснику Минимульт

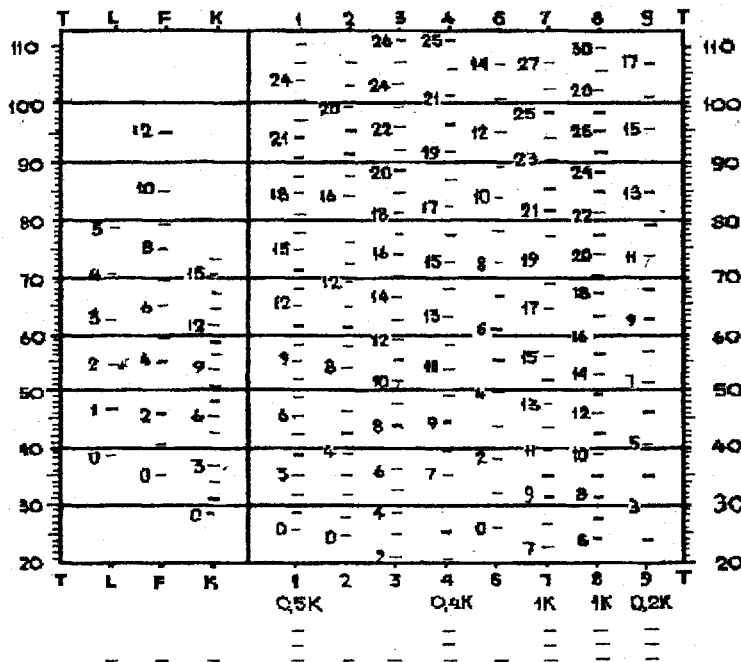
- Шкала L: Н – 5, 11, 24, 47, 53.  
 Шкала F: Н – 20, 24, 61;  
                   В – 9, 12, 13, 19, 30, 38, 48, 49, 58, 59, 64, 71.  
 Шкала К: Н – 11, 23, 31, 33, 34, 36, 40, 41, 43, 51, 56, 61, 65, 67, 69, 70.  
 1 (Ns): Неврно – 1, 2, 6, 37, 45;  
                   Верно – 9, 18, 26, 32, 44, 46, 55, 62, 63.  
 2 (D): Н – 1, 3, 6, 11, 28, 37, 40, 42, 60, 61, 65;  
                   В – 4, 9, 13, 17, 18, 22, 25, 36, 44.  
 3 (Hy): Н – 1, 2, 3, 11, 23, 28, 29, 31, 33, 35, 37, 40, 41, 43, 45, 50, 56;  
                   В – 9, 13, 18, 26, 44, 46, 55, 57, 62.  
 4 (Pd): Н – 3, 28, 34, 35, 41, 43, 50, 65;  
                   В – 7, 10, 13, 14, 15, 16, 22, 27, 52, 58, 71.  
 6 (Pa): Н – 28, 29, 31, 67;  
                   В – 5, 8, 10, 15, 30, 39, 63, 64, 66, 68.  
 7 (Pt): Н – 2, 3, 42;  
                   В – 5, 8, 13, 17, 22, 25, 27, 36, 44, 51, 57, 66, 68.  
 8 (Sch): Н – 3, 42;  
                   В – 5, 7, 8, 10, 13, 14, 15, 16, 17, 26, 30, 38, 39, 46, 57, 63, 64, 66.  
 9 (Ma): Н – 43;  
                   В – 4, 7, 8, 21, 29, 34, 38, 39, 54, 57, 60.

# БЛАНК МИНИМУЛЪТ

Рядом с номером при ответе «верно» зачеркните квадратик «В»,  
при ответе «неверно» зачеркните квадратик «Н».

В	Н	В	Н	В	Н	В	Н
1		21		41		61	
2		22		42		62	
3		23		43		63	
4		24		44		64	
5		25		45		65	
6		26		46		66	
7		27		47		67	
8		28		48		68	
9		29		49		69	
10		30		50		70	
11		31		51		71	
12		32		52			
13		33		53			
14		34		54			
15		35		55			
16		36		56			
17		37		57			
18		38		58			
19		39		59			
20		40		60			

L	
F	
P	
1	
2	
3	
4	
6	
7	
8	
9	



### Ключ к опроснику Шмишека

Шкалы	Коэф- фициент	Да +	Нет -
1. Ложь	1	9, 47, 59, 68, 88	18, 27, 37, 63
2. Гипертимность	3	1, 12, 25, 36, 50, 61, 75, 85	—
3. Лабильность	3	3, 14, 52, 64, 77, 87	28, 39
4. Тревожность	3	17, 30, 42, 54, 79, 91	5, 67
5. Истероидность	2	7, 21, 24, 32, 45, 49, 71, 74, 81, 94, 97	56
6. Дистимность	3	10, 23, 48, 83, 96	34, 58, 73
7. Застревание	2	2, 16, 26, 38, 41, 62, 76, 86, 90	13, 51, 66
8. Психоастения	2	4, 15, 19, 29, 43, 53, 65, 69, 78, 89, 92	40
9. Циклотимия	3	6, 20, 31, 44, 55, 70, 80, 93	
10. Возбудимость	3	8, 22, 33, 46, 57, 72, 82, 95	
11. Неустойчивость	6	11, 35, 60, 84	

**Учебное издание**

**Якушкин Николай Владимирович**

**ПРОВЕДЕНИЕ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ**

**Пособие**

Технический редактор	А.И. Матеюн
Корректор	Л.В. Приставко
Компьютерный дизайн	Г.В. Разбоева

Подписано в печать *06. 10. 2006.* Формат 60x84<sup>1</sup>/<sub>8</sub>. Бумага офсетная.  
Гарнитура Таймс. Печать офсетная. Усл. печ. л. 16,97. Уч.-изд. л. 8,02.  
Тираж *150* экз. Заказ *132*.

Издатель и полиграфическое исполнение – учреждение образования  
«Витебский государственный университет им. П.М. Машерова»  
Лицензия ЛВ № 02330/0056790 от 1.04.2004.

Отпечатано на ризографе учреждения образования  
«Витебский государственный университет им. П.М. Машерова»  
210038, г. Витебск, Московский проспект, 33.

