**КРАТКИЙ КОНСПЕКТ ЛЕКЦИЙ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**PONLP 5303 - Психологическая оценка нарушений личности и поведения**

**Образовательная программа «7M03117-**[**Клиническая психология**](https://welcome.kaznu.kz/ru/education_programs/magistracy/speciality/1361)**»**

**Весенний семестр 2019-2020 уч. год**

**Составитель Кудайбергенова С.К.**

**Лекция 1.**

**Клиническое интервьюирование: принципы, этапы, особенности проведения. Наблюдение за поведением пациентов.**

Структура клинического интервью,его этапы.Этические положения.

**Клиническое интервью –**это метод получения информации об индивидуально-психологических свойствах личности, психологических феноменах и психопатологических симптомах, внутренней картине болезни пациента и структуры проблемы клиента, а также способ психологического воздействия на человека, производимый непосредственно на основании личного контакта психолога и пациента. Интервью отличается от обычного расспроса тем, что нацелено не только на активно предъявляемые человеком жалобы, но и на выявление скрытых мотивов поведения человека и оказание ему помощи в осознании истинных (внутренних) оснований для измененного психического состояния.

***Функции***интервью: диагностическая и терапевтическая.

**Принципы клинического интервью:**

*Принцип однозначности и точности* – правильное, корректное и точное формулирование вопросов.

*Принцип доступности* – обращенная к пациенту речь должна быть ему понятна, должна совпадать с его речевой практикой, основанной на множестве традиций.

*Принцип последовательности* (алгоритмизированности) – предъявление вопросов на основе сочетаемости психологических феноменов и психопатологических симптомов, на знании патогенеза расстройств.

*Принципы проверяемости и адекватности* – уточнение и конкретизирование получаемой информации.

*Принцип беспристрастности* – ненавязывание пациенту собственного представления о наличии у него определенного синдрома.

**Основные этапы интервью:**

**I этап:**Установление доверительной дистанции можно определить как активное интервью. Ситуативная поддержка, предоставление гарантий конфиденциальности; определение доминирующих мотивов проведения интервью.

**II этап:**Выявление жалоб (пассивное и активное интервью), оценка внутренней картины - концепция болезни; структурирование проблемы. Больному предоставляется время и возможность предъявить жалобы в той последовательности и с теми подробностями и комментариями, которые он считает нужными и важными. Врач при этом выполняет роль внимательного слушателя, лишь уточняющего особенности проявлений заболевания пациента*.*

**III этап:**Оценка желаемого результата интервью и терапии; определение субъек­тивной модели здоровья пациента и предпочтительного психического статуса**.**

**IV этап:** Оценка антиципационных способностей пациента; обсуждение вероятных вариантов исхода заболевания (при его обнаружении) и терапии; антиципационный тренинг.

**Основные этические положения Американской психологической ассоциации, касающиеся консультирования и интервьюирования.**

1 Придерживаться конфиденциальности: уважать права клиента и его личную жизнь. Не обсуждать сказанное им во время интервью с другими клиентами. Если же Вы не сможете выполнить требования конфиденциальности, то необходимо сообщить об этом клиенту до разговора; пусть он сам решит, можно ли на это пойти. Если с Вами поделились информацией, содержащей сведения об опасности, грозящей клиенту или обществу, то этические предписания разрешают нарушить конфиденциальность ради безопасности. Однако, надо всегда помнить, что, как бы то ни было, ответственность психо­терапевта перед доверившимся ему клиентом всегда первична.

2. Осознайте пределы своей компетентности. Существует своего рода интоксикация, возникающая после того, как психолог изучит несколько первых методик. Начинающие психологи сразу пытаются глубоко копаться в душах своих друзей и своих клиентов. Это потенциально опасно. Начинающему психологу следует работать под наблюдением профессионала, искать совета и предложений по улучшению стиля работы. Первый шаг к профессионализму - осознание своих пределов.

3. Избегайте расспрашивать о несущественных деталях. Начинающий психолог заворожен деталями и "важными историями" своих клиентов. Иногда он задает очень интимные вопросы о сексуальной жизни. Для начинающего или неумелого психолога характерно то, что он придает большое значение деталям из жизни клиента и одновременно пропускает то, что клиент чувствует и думает. Консультирование предназначено прежде всего для пользы клиента, а не для увеличения вашего объема информации.

4. Относитесь к клиенту так, как вы хотели бы, чтобы относились к Вам. Поставьте себя на место клиента. Каждый хочет, чтобы к нему относились с уважением, щадя его чувство собственного достоинства. Глубокие отношения и разговор по душам начинается после того, как клиент понял, что его мысли и переживания Вам близки. Отношения доверия развиваются из способности клиента и консультанта быть честными.

5. Принимайте во внимание индивидуальные и культурные различия. Можно сказать, что практика терапии и консультирования без учета того, с какой культурной группой Вы имеете дело, вообще нельзя назвать этической практикой.

Психологический анамнез отличается от медицинского тем, что его задачей является получить от пациента сведения для оценки его личности как сложившейся системы отношений к самому себе и, в особенности, отношения к болезни и оценки того, насколько болезнь изменила всю эту систему. Медицинский анамнез в субъективных жалобах больного призван раскрывать объективные проявления болезни. Психологический анамнез в данных о течении болезни и жизненного пути призван выявить, какое отражение болезнь получает в субъективном мире больного, как сказывается на его поведении, на всей системе личностных отношений. Внешне медицинский и психологический анамнез как методы исследования весьма сходны – расспрос может идти по одному плану, но их цель и использование полученных данных совершенно отличны. Психологический анамнез также делится на анамнез болезни и анамнез жизни. *Психологический анамнез болезни*. Эта часть психологического анамнеза состоит из выслушивания жалоб больного и расспроса о влиянии болезни на различные отношения больного. Жалобы больного важны не столько тем, на что больной жалуется, сколько в какой манере и какими словами эти жалобы предъявляются. Уже по тому, как высказываются жалобы, можно бывает получить первое представление об особенностях личности больного, даже о базисе этой личности – характере. При медицинском анамнезе врач стремится направить высказывания больного в нужное русло, подтолкнуть его к тем высказываниям, которые важны для диагностики. Психологический анамнез ставит иную цель – оценить личность больного как сложившуюся систему отношений и влияние, оказанное на эту систему болезнью. Поэтому для получения суждения о личности больного и типе его отношения к болезни чрезмерно активно регулировать высказывание жалоб не требуется. Психолог при выслушивании жалоб должен стремиться к наиболее полному раскрытию переживаний больного, поэтому ограничивать или активно направлять высказывания не следует – необходимо терпеливо выслушивать больного и деликатно побуждать его к дальнейшим высказываниям до полного отреагирования. Можно использовать разные способы собирания психологического анамнеза: свободная, непринужденная беседа с больным, итоги которой впоследствии оформляются в виде неформализованной текстуальной записи, где отмечается то, что признается важным, - эта запись приобщается к истории болезни. Преимущество этого способа, прежде всего, в возможности установить с больным лучший, неформальный контакт и получить от него наиболее полную информацию по самым важным в данном случае вопросам. Последующая текстовая запись позволяет выделить из психологического анамнеза все наиболее существенное и опустить маловажное для данного случая. Тем самым создаются условия для быстрого получения психологом наиболее важной информации; формализованная карта – схема, которая вручается больному с просьбой самостоятельно заполнить все графы, где предлагаются готовые ответы на выбор, а иногда предлагается добавить недостающие. Преимущество этого способа – доступность последующей формализованной обработки и экономия рабочего времени экспериментатора. Недостаток состоит в отсутствии непосредственного контакта с больным, вследствие чего неизбежно снижаются качество и точность ответов, раскрытие нередко бывает неполным, и, главное, не удается видеть, какую реакцию вызывают у больного различные вопросы; формализованная карта-схема, которую заполняет сам психолог во время беседы с больным. Этот способ занимает как бы промежуточное положение между первым и вторым и заимствует от каждого некоторые преимущества и некоторые недостатки. С больным устанавливается непосредственный контакт во время опроса, но заполнение в это время карты неизбежно формализует беседу и мешает неформальному эмоциональному контакту, что может сказаться на ответах больного; свободная непринужденная беседа с больным с последующим заполнением формализованной карты и одновременно с нею краткой текстуальной записью для истории болезни. Этот способ – наилучший из всех, его единственный недостаток – он требует большой затраты рабочего времени.

**Наблюдение за поведением больного**. Это старейший способ психологического исследования и он сохраняет первостепенное по важности место в клинической психологии. Фактически он сопровождает многие другие методы исследования (собирание анамнеза, выполнение тестов и др.). Его главное преимущество в том, что более всех других методов психологической диагностики наблюдение позволяет увидеть поведение больного во всей широте его проявлений и, следовательно, получить о больном наиболее полное представление. Мало того, наблюдение уже в самом процессе исследования позволяет разделить в поведении больного важное и малосущественное и обратить внимание на первое. Недостатки метода наблюдения в том, что оно требует много рабочего времени, а результаты его еще более, чем при других методах психологической диагностики, зависят от опыта исследователя и его индивидуальной способности – наблюдательности, прежде всего. Наконец, результаты наблюдения трудно поддаются количественной оценке.

**Лекция 2.**

**Этапы проведения психодиагностического исследования в клинических условиях. Подготовка и написание психологического заключения по результатам ЭПО**

Патопсихологическое исследование включает следующие этапы.

1. Изучение истории болезни, беседа с врачом и постановка задачи патопсихологического исследования.

Лечащий врач должен сообщить патопсихологу основные клинические данные о больном и поставить перед психологом задачи патопсихологического исследования. Психолог конкретизирует для себя задачу исследования, подбирает необходимые методики и устанавливает порядок их предъявления больному. Врач должен объяснить больному цели патопсихологического исследования и тем самым способствовать выработке у него положительной мотивации.

2. Проведение патопсихологического исследования.

В первую очередь психологу нужно установить контакт с больным. От успешности установления психологического контакта между патопсихологом и испытуемым во многом зависит достоверность полученных в ходе патопсихологического исследования результатов. Прежде чем приступать к проведению эксперимента, необходимо убедиться, что контакт к больным установлен и больной понял цель исследования. Инструкция должна быть сформулирована четко и доступно для больного.

М. М. Костерева выделяет несколько видов отношений больного к патопсихологическому исследованию:

1) активное (больные с интересом включаются в эксперимент, адекватно реагируют как на успех, так и на неудачи, интересуются результатами исследования);

2) настороженное (сначала больные относятся к исследованию с подозрительностью, иронией или даже боятся его, но в процессе эксперимента неуверенность исчезает, больной начинает проявлять аккуратность и исполнительность; при данном типе отношения следует отметить «задержанную форму реагирования», когда наблюдаются расхождения между субъективными переживаниями испытуемого и внешним выразительным компонентом поведения);

3) формально-ответственное (больные выполняют требования психолога без личной заинтересованности, не интересуются результатами исследования);

4) пассивное (больному требуется дополнительная мотивация; установка на обследование отсутствует либо крайне неустойчивая);

5) негативное или неадекватное (больные отказываются от участия в исследовании, выполняют задания непоследовательно, не следуют инструкции).

Делая выводы, патопсихолог должен учитывать все факторы, в том числе образование больного, его отношение к исследованию, а также его состояние во время проведения исследования.

3. Описание результатов, составление заключения по результатам исследования – пределы компетенции психолога.

Но основе результатов исследования составляется заключение, в котором последовательно излагаются выводы.

Начало заключения обычно включает в себя перечень жалоб больного (например, на память, внимание, ухудшение умственной работоспособности). Далее включают описание работы больного в процессе психологического исследования (понимал ли пациент его смысл, как выполнял задания, был ли он заинтересован в успехе своей работы, насколько критически он оценивал качество своих достижений).

Эта информация может подаваться как в кратком, так и в подробном варианте. Она является важной частью заключения, так как позволяет судить о личности больного. Также эти данные можно дополнять материалами, которые были почерпнуты из специально организованной беседы с больным.

В следующей части заключения обычно размещают информацию о характере познавательной деятельности больного. Лучше всего при этом начать подробную характеристику с описания базового нарушения, выявленного в ходе исследования. Помимо этого нужно отметить, в комплексе каких нарушений выступает основное (ведущее) нарушение — то есть требуется описание психологического синдрома нарушений психической деятельности. Здесь же отражают сохранные стороны психической деятельности пациента. Эти данные необходимы для того, чтобы правильно организовать психокоррекционные работы, а также для решения вопросов трудоустройства и для рекомендаций его родным в отношении больного. Если дается характеристика познавательной деятельности больного, то часто требуется проиллюстрировать конкретные положения при помощи выписок из протокола исследования. Несмотря на важность таких примеров, их необходимо излагать кратко: желательно приводить только самые яркие протокольные фрагменты, которые не вызывают сомнений в квалификации нарушений.

Оканчивать заключение желательно резюме, которое отражает наиболее важную информацию, полученную в процессе исследования. Оно должно выражать структуру основного психологического синдрома, который был выявлен в ходе обследования. В резюме можно вносить информацию о диагнозе, но только в опосредованном виде, посредством описания структуры нарушений, которые были определены в ходе эксперимента.

**Лекция 3**

**Диагностика нарушений мыслительной деятельности (операциональная, динамическая, мотивационная сторона мышления)**

Складывание картинок из отрезков. Методика предложена А. Н. Бернштейном (1911) для исследования интеллектуального уровня.

Обследуемому предлагают (в возрастающей сложности) составить 6 рисунков, разрезанных на части. Первые 3 рисунка разрезаны на 4 части, а остальные — на большее количество отрезков. Первый и четвертый рисунки одинаковы, но разрезаны по-разному. Для повторных исследований желательно иметь несколько наборов, аналогично подобранных. Отрезки рисунка даются испытуемому без определенного порядка, перевернутыми. Составляться они должны без образца.

При выполнении задания обращается внимание не только на время и конечный результат, но обязательно должны регистрироваться особенности работы обследуемого. Так, правильное выполнение задания требует вначале анализа предъявленного обследуемому материала, после чего уже последовательно, планомерно из отдельных отрезков составляется рисунок.Существенную роль при этом играет выделение опорных сигнальных деталей рисунка.

При интеллектуальной недостаточности такой анализ отсутствует и больные пытаются составить рисунок, прикладывая беспорядочно один отрезок к другому (по методу проб и ошибок). Такое выполнение задания свидетельствует об отсутствии у обследуемого плана.

Характер работы обследуемого может свидетельствовать и о нарушении критичности мышления, когда неправильно положенные отрезки оставляются им на месте, даже несмотря на подсказку исследующего.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Для исследования может быть использован и другой вариант этой методики, когда обследуемому предлагают юмористические рисунки. В этих случаях задание нередко оказывается более сложным и, кроме того, полученные результаты позволяют судить о некоторых личностных особенностях обследуемого, о понимании им юмора, об умении откликнуться на шутку, о тенденции соотнести ситуацию юмористического рисунка со своим жизненным опытом.

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

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

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

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

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

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

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

Классификации. Значительно более трудной оказывается предметная классификация по сравнению со словесной и для больных со сниженным уровнем процессов обобщения и отвлечения, т.к как она содержит больше элементов (детали рисунка), провоцирующих несущественные, конкретные ассоциации.

Набор карточек для классификации должен быть специально подготовлен, предусматривать возможность различных ступеней обобщения. Непродуманно изготовленные наборы карточек предопределяют выполнение задания, например по конкретно-ситуационному типу. В связи с этим желательно пользоваться набором карточек, подготовленным в лаборатории экспериментальной патопсихологии Московского НИИ психиатрии.

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

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

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

**Выделение существенных признаков.** Методика, как это явствует из названия, выявляет способность испытуемого дифференцировать существенные признаки предметов или явлений от несущественных, второстепенных. Кроме того, наличие ряда заданий, одинаковых по характеру выполнения, позволяет судить о последовательности рассуждений испытуемого.

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

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

Предварительно дается инструкция: «В каждой строчке здесь 1 слово находится перед скобками, а 5—в скобках. Все слова, находящиеся в скобках, имеют какое-то отношение к стоящему перед скобками. Однако вы должны из них выбрать 2 наиболее существенных, являющихся неотъемлемыми признаками слова, стоящего перед скобками. Выберите только 2 и подчеркните их». Часто обследуемые приступают к заданию, невнимательно прослушав инструкцию, и решения их в этих случаях поверхностны, легкомысленны. Тогда следует обратить внимание обследуемого на том, что он не усвоил инструкцию и повторить ее. Некоторые больные, обычно при интеллектуальной недостаточности, не сразу понимают, что от них требуется. В этих случаях желательно вместе с ними решить 1—2 задачи.

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

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

Обследуемый должен отобрать пары аналогичных пословиц:

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

При этом обследуемые обнаруживают не только понимание переносного смысла отдельных пословиц: сопоставляя их, они дифференцируют существенные признаки от второстепенных, случайных. Таким образом, результаты исследования этим вариантом методики в определенной мере свидетельствуют об особенностях ассоциативных связей, в частности способствуют выявлению ассоциаций по «слабому» признаку. Примером последнего может служить обобщение пословиц: «Что посеешь...» и «Куй железо...», когда больной дает следующее объяснение: «Прежде чем сеять, надо вначале ковать. Как скуешь плуг — так и посеешь».

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

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

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

**Лекция 4**

**Диагностика нарушений мнестической деятельности**

Существует множество специальных методик для исследования памяти, разработанных как в общей психологии, так и в области прикладной психологии. Исследование памяти имеет важное значение и в патопсихологии, так как разные по своей структуре расстройства памяти наблюдаются при многих психических заболеваниях, особенно обусловленных органическим поражением головного мозга. Особенности нарушений памяти могут помочь патопсихологу не только высказать предположение о характере заболевания, его нозологической принадлежности, но и о стадии течения патологического процесса.

Результаты, получаемые с помощью этих методик, свидетельствуют не только о состоянии функции памяти. В пробах на память отражаются состояние активного внимания, явления повышенной истощаемости психических процессов. Осуществление мнестической функции зависит и от течения мыслительных процессов. Особенно велика роль мышления в методах исследования опосредованного запоминания. На функцию запоминания существенное влияние оказывает состояние аффективно-волевой сферы больного.

Однако, несмотря на вышесказанное, преимущественное назначение методик, о которых будет идти речь в настоящем разделе,— это исследование памяти. Из многочисленных когда-либо предлагавшихся способов исследования памяти отобраны наиболее простые по своему осуществлению, не требующие для проведения опыта специальной аппаратуры и в то же время позволяющие патопсихологу достаточно полно судить о характере имеющихся у больного мнестических нарушений.

**Тест зрительной и слуховой памяти.** Методика приводится нами в описании R. МеШ (1961) и состоит из двух этапов.

Первый этап заключается в исследовании зрительной памяти с помощью двух серий картинок. Каждая серия — 30 картинок, на которых изображены определенные предметы. Картинки предъявляются с интервалом в 2 с одна за другой. Лучше всего соединить их двумя скрепками по образцу перекидного календаря.

Первая серия: горшок, осел, ключ, тачка, колокольчик, стол, вишня, сапог, вилка, рыба, бочка, голова, буфет, роза, паровоз, кресло, флаг, петух, ножницы, зонтик, ваза, корова, диван, голубь, часы, старик, очки, лампа, нога, пианино.

Вторая серия: ракушка, кровать, труба, груша, метла, коза, букет, трамвай, пила, стул, мальчик, молоток, бутылка, подвода, ра.сческа, пушка, дерево, яблоко, книжка, шляпа, дом, собака, скамейка, дверь, чашка, река, печь, скрипка, портсигар, конь.

После показа картинок первой серии делают перерыв на 10 с, а затем проверяют, сколько предметов запомнил обследуемый. Инструкция сообщает обследуемому, что предметы можно называть в любом порядке. Называемые предметы регистрируются, так как возможны повторения и привнесение не фигурировавших в задании. Обе серии картинок по мере возможности следует предъявлять не в один и тот же день. Кроме того, в тот день, когда проводилось исследование зрительной памяти, обследуемому нельзя предъявлять для запоминания ряд слов.

При обнаружении значительной разницы в результатах и исключении возможной роли в этом факторов внешней среды можно думать о лабильности мнестической функции, слабости концентрации внимания.

Аналогичным образом проводят исследование слуховой памяти с помощью специально подготовленных двух серий слов, также произносимых с интервалом в 2 с.

Первая серия: картон, неделя, вагон, пианино, ворона, звонок, карта, пчела, крошка, перо, охотник, уголь, белка, парнишка, тополь, груша, скатерть, суп, плащ, кот, нож, промокашка, уксус, цветок, труд, небо, спичка, чернила.

Вторая серия: таблица, крестьянин, рубль, ботинок, домна, пригорок, очки, вода, баран, ружье, туча, карандаш, самокат, козел, змея, слива, кушетка, лягушка, пробка, телега, нос, берег, салон, отель, овод, мыло, сковорода, птица, салат, замок.Полученные результаты могут быть подвергнуты количественному измерению в процентах. Так, успешность выполнения задания взрослыми приравнивается к 100 % при воспроизведении 18—20 зрительных образов и 20—22 слов, к 80%— 15—16 образов или слов, к 60%—14 образов и 13—14 слов, к 40%— 12—13 образов и 13 слов, к 20%— 11—12 образов и 9—11 слов.

Описанная методика относится к методам определения удержанных членов ряда. Для патопсихолога может оказаться более полезным метод выучивания, позволяющий исследовать мнестическую функцию в деятельности в зависимости от объема заучиваемого материала и его характера. При этом можно получить более полную характеристику динамики процесса активного запоминания, проверка запомнившегося через определенные интервалы времени характеризует забывание. Можно проследить, какие слова лучше запоминаются, зависит ли это от их расположения в ряду, от частоты их употребления в жизни обследуемого, от его профессиональных интересов, от участия в запоминании ассоциативных процессов. С этой целью обычно используются пробы на запоминание.

**Пробы на запоминание.**

*Пробы на запоминание искусственных (несмысловых) звукосочетаний.* Обследуемому зачитывают 10 двухсложных звукосочетаний («ролам», «вакар», «сига» и т.п.) и просят повторить те, которые он запомнил, безразлично в каком порядке. Затем исследующий повторно зачитывает эти звукосочетания. Здоровые обследуемые полностью их воспроизводят после 5—7 повторений.

*Проба на запоминание 10 слов.* При этом обследуемому зачитывают 10 двухсложных слов. Подбирать заучиваемые слова следует так, чтобы между ними трудно было установить какие-нибудь смысловые отношения. Если это не предусмотреть, обследуемый может облегчить для себя задание, использовав мнемотехнические приемы.

Обычно здоровые обследуемые воспроизводят 10 слов уже после 3—4 повторений (иногда, при тренированной памяти — после 2 повторений). Через 20—30 мин обследуемого просят повторить запомнившиеся ему слова. В случаях, где ослабление памяти определяется клинически, это проделывают раньше, через 10—15 мин. В этом промежутке желательно избегать заданий, связанных с запоминанием словесного материала, можно провести исследование таблицами Шульте, корректурную пробу и т. д.

В протоколе опыта отмечаются называемые больным (правильно и ошибочно) слова.

Представляет интерес сопоставление результатов пробы на запоминание с «уровнем притязаний» обследуемого (А. Р. Лурия, 1962). «Уровень притязаний» зависит от оценки больным своих возможностей, от результатов, достигнутых в предшествующем опыте. С этой целью обследуемого перед каждым очередным повторением спрашивают, сколько слов он берется запомнить. Сопоставление «уровня притязаний» с реальными результатами позволяет судить в некоторой степени об оценке больным своего состояния. Так, при органических поражениях головного мозга, когда страдает рассудительное отношение больного к своему состоянию, «уровень притязаний» значительно превышает достигнутые результаты.

Результаты пробы на запоминание могут быть отображены графически. По кривой запоминания удобно анализировать особенности заучивания. При истощаемости мнестической функции кривая запоминания носит зигзагообразный характер.

Проба на запоминание выявляет и наличие сужения объема внимания. В этих случаях обследуемый в следующем повторении, называя новые слова, уже не воспроизводит слов, фигурировавших в предыдущем туре. При этом суммарные результаты после каждого повторения мало отличаются.

*Проба на ассоциативную память.* Обследуемому зачитывают десять пар относительно однородных слов, между которыми легко устанавливаются смысловые связи. Например: река— море, яблоко — груша и т. д. Исследующий зачитывает эти слова, четко отделяя пары паузами. Затем он зачитывает первое слово каждой пары, а обследуемый называет второе слово. Обычно здоровые обследуемые выполняют задание после двух повторений, а иногда сразу, после первого зачитывания слов. Проба на ассоциативную память является одним из вариантов исследования опосредованного запоминания. Известно много модификаций этой методики. В частности, одна из них входит в состав шкалы памяти Векслера. Учитывая возможное различие характера ассоциативных отношений и желая проследить, как это различие сказывается на запоминании, Ю. А. Машек (1973) предложил следующую модификацию. Обследуемому для запоминания предлагается 10 групп парных ассоциаций, составленных по определенному принципу смысловой связи. Это различные отношения понятий; противоположные понятия (юг — север, любовь—ненависть), понятия различной величины (холм—гора, страх—ужас), вместилище и вмещаемое (графин—вода, шкаф— одежда), причина и следствие (укол—боль), часть и целое (слово—фраза, зерно—колос), орудие и объект труда (земля— лопата), абстрактные и конкретные понятия (искусство — картина). Далее предлагались пары слов, образующие суждение (орел— птица), привычные словосочетания (точка—тире), трудносочетаемые слова (курица—портсигар). После проверки запоминания каждой группы слов устраивается перерыв на 2 мин, а после предъявления пяти групп — на 30 мин. Сопоставление получаемых результатов у одного и того же больного при исследовании пробами на запоминание позволяет судить о большей или меньшей сохранности механической и логической (смысловой) памяти, сравнить показатели непосредственного и опосредованного запоминания.

**Опосредованное запоминание.** Методика разработана А. Н. Леонтьевым (1928) для исследования логического, или опосредованного, запоминания. Результаты исследования свидетельствуют не только о состоянии памяти, но и об особенностях мышления.

Исследование должно быть подготовлено заранее. Обследуемому зачитывается 10—15 слов и предлагают для того, чтобы их запомнить, подобрать к каждому подходящий по смыслу рисунок. На столе лежит 20—30 карточек с рисунками, предусматривающими различные возможности опосредования. Эти рисунки не должны служить прямой иллюстрацией к запоминаемым словам. Обследуемый должен установить смысловую связь между словом и рисунком, например, к слову «море» — пароход, «дождь» — зонтик и т. д. Каждый раз, подобрав нужный рисунок, обследуемый должен объяснить мотивы своего решения. Затем проверяют, насколько подобранные рисунки помогают обследуемому воспроизводить заданные в начале опыта слова и тем самым получают впечатление о состоянии у него логической памяти.

Эта методика в определенной степени позволяет судить и об интеллектуальном уровне обследуемого — слабоумным больным опосредованное запоминание недоступно.

В некоторой степени по результатам можно судить о характере ассоциаций у обследуемого: насколько они адекватны, насколько изображенный рисунок соответствует заданному слову. Однако возможности исследования ассоциативного процесса этой методикой ограничены, предопределены произведенным до исследования подбором вспомогательных рисунков.

**Тест зрительной ретенции Бентона.** Тест предложен A. L. Benton (1952) для исследования запоминания рисунков различных форм. Рисунки, с помощью которых производится проба Бентона, объединены в три формы —С, D, Е. Все эти три формы эквивалентны и состоят каждая из 10 карточек-образцов. На карточке изображено несколько простых геометрических фигур. Время экспозиции карточки — 10 с. Затем обследуемый должен воспроизвести нарисованные на карточке фигуры по памяти. При этом оценка ответа производится по количественному и качественному показателям. Количественная оценка ответа несложна, правильное репродуцирование оценивается в 1 балл, неправильное — в 0 баллов. Сравнивая соотношение правильно и неправильно выполненных заданий, мы получаем своеобразный показатель умственного ущерба. Имеются также две дополнительные формы F и I, каждая из них содержит по 15 карточек. На каждой карточке—4 набора фигур.

Более интересен качественный анализ получаемых с помощью , теста Бентона результатов. A. L. Benton составлена специальная , таблица возможных ошибочных репродукций каждой картинки-образца. При этом различаются ошибки, наблюдающиеся у здоровых людей, и ошибки, типичные для органической церебральной патологии.

По данным J. Poitrenand и F. Clement (1965), тест Бентона весьма эффективен для геронтопсихологических исследований. На большой группе обследованных обнаружено заметное возрастание числа «органических» ошибок с возрастом, особенно после 60 лет. Кроме того, было проведено сравнение результатов, полученных с помощью теста Бентона при обследовании практически здоровых лиц и страдающих органической церебральной патологией. Получены также статистически достоверные данные, свидетельствующие ; о том, что тест Бентона отчетливо выявляет органическую патологию. Исследование, проведенное у этих двух групп в возрастном аспекте, показало, что указанная разница данных с возрастом значительно уменьшается. Отмечено, что наличие одной «органической» ошибки возможно и у психически здоровых лиц, что может быть объяснено фактором переутомления. Наличие двух «органических» ошибок представляет большую редкость даже у очень старых обследуемых, психически здоровых.

Например, на картинке для исследования по Бентону нарисованы две главные, крупные фигуры и одна мелкая. Типичные для здоровых людей ошибки: обследуемый забыл нарисовать одну из фигур, но он сознает это и оставил для нее пустое место, либо он изменил расположение фигур на рисунке, поставив маленькую фигуру в правый верхний угол. Могут быть и другие ошибки такого рода, при которых перемещаются те или иные фигуры, но все они не считаются патогномоничными для органического поражения головного мозга.

Примеры «органических» ошибок: больной разделил (позиция Bi) на фрагменты одну из основных фигур (иногда такое расчленение оригинала приводит к невозможности опознания фигуры-образца) либо воспроизвел все фигуры в одной величине (В2). Выделено около десяти типов ошибок такого рода.

Рис 2. Карта-образец в тесте Бентона

Наиболее типичные ошибки, встречающиеся у здоровых обследуемых: перестановка главной фигуры справа налево, неправильное перемещение главной фигуры по вертикали, поворот вокруг оси малой или большой фигур, сознательный пропуск малой фигуры, сознательный пропуск элементов фигуры, поворот вокруг оси или перемещение элементов фигуры.

Примеры «органических» ошибок: полный или частичный пропуск малых фигур, повторение (дубликация) малых фигур, дубликация основной фигуры, расположение периферической фигуры между главными или внутри главной, поворот фигур

Примеры «тяжелых» ошибок, наиболее часто наблюдающихся при явной органической церебральной патологии: тенденция к деформации фигур по размерам, повторение главной фигуры в одном и том же образце, повторение элементов фигуры в образце, контаминация (сплавление) фигур, тенденция к персеверации фигур, значительное искажение фигур, вставки в фигуры, полный пропуск .образца.

**Лекция 5**

**Диагностика нарушений внимания**

**Корректурная проба.** Методика направлена на исследование внимания — выявляется способность к концентрации его, устойчивость. Корректурная проба впервые была предложена В. Bourdon в 1895 г.

Исследование производится при помощи специальных бланков с рядами расположенных в случайном порядке букв. Инструкция предусматривает зачеркивание одной или двух букв (выбор их определяется исследующим). При этом каждые 30 или 60 с исследующий делает отметку в том месте таблицы, где в это время находится карандаш больного. Регистрируется также время, затраченное испытуемым на выполнение всего задания.

Проверка выполнения производится по заранее тщательно подготовленному образцу путем сопоставления. Отмечается количество ошибок и темп выполнения задания. Существенное значение имеет распределение ошибок в течение опыта —равномерно ли они встречаются во всей таблице, или наблюдаются преимущественно в конце исследования в связи с истощаемостью. Учитывается характер ошибок — пропуски отдельных букв или строчек, зачеркивание других, расположенных рядом или внешне похожих букв. В ряде случаев целесообразно повторное исследование, изменение результатов при этом может свидетельствовать не только об изменении состояния больного, но и об особенностях его отношения к исследованию. При органической церебральной патологии обследуемому часто не удается улучшить качество выполнения задания. Здоровые обследуемые выполняют задания (вычеркивают две буквы на приведенном бланке) за 6—8 мин и допускают при этом не более 15 ошибок.

С. Я. Рубинштейн (1970) рекомендует графическое отображение результатов корректурной пробы. На графике совмещаются две кривые — изменение скорости работы (по количеству просмотренных за единицу времени букв) и изменение точности (по количеству ошибок в те же интервалы времени). Такие графики позволяют в динамике выявить утомляемость больных, неустойчивость их внимания либо, наоборот, их врабатываемость, проявляющуюся в улучшении качества работы. Корректурная проба отличается большой простотой, она не требует специальных приспособлений, кроме бланков, карандаша и секундомера. В зависимости от стоящей перед патопсихологом задачи она может быть легко модифицирована.

**Счет по Крепелину.** Методика была предложена Е. Kraepelin в 1895 г. для исследования работоспособности — упражняемости и утомляемости. В большой столбец записывалось много однозначных чисел, которые испытуемый должен складывать в уме. Результаты оценивались по количеству сложенных в определенный промежуток времени чисел и допущенных при этом ошибок.

Мы пользуемся этой методикой в модификации R. Shulte — обследуемый производит сложение в столбцах, состоящих лишь из двух цифр. Чтобы уменьшить затрату времени на выполнение задания, R. Shulte предложил при получении в сумме двухзначного числа записывать только единицы, отбрасывая десяток. Например:

3 7 5 8 4 6

2 4 2 2 3 8

5 17 0 7 4

Однако это затрудняет для некоторых больных выполнение задания и поэтому не обязательное условие.

Для проведения опыта необходим специальный бланк. При отсутствии бланков, отпечатанных типографским путем, их можно напечатать на пишущей машинке (обязательно четко, желательно первый или второй экземпляр). Больному дается инструкция— производить сложение чисел в столбцах. Его предупреждают о том, что исследующий будет делать свои пометки. Каждые 30 с или каждую минуту исследующий делает отметку в том месте, где в это время остановился больной, затем подсчитывает количество сложений и допущенных ошибок для каждого отрезка времени. В результате с помощью графической интерпретации данных можно получить кривые работоспособности, которые отражают равномерность и темп выполнения задания, выявляют наличие истощаемости, врабатываемости, расстройства внимания.

Проведение исследования с помощью этой методики не требует особой грамотности испытуемого, однако могут сказаться его профессиональные навыки. Так, счетные работники при исследовании с помощью таблиц Крепелина могут демонстрировать неплохие результаты, хотя в других методиках (например, в корректурной пробе) у них выступает явная истощаемость. М. А. Докучаева (1967) указывает на роль некоторых личностных особенностей, свойств темперамента, влияющих на темп работоспособности. Это должно учитываться при проведении опыта. По первоначальному темпу работоспособности выводы делать нельзя, его следует сравнивать с деятельностью обследуемого в дальнейшем.

**Отсчитывание.** Методика была предложена Е. Kraepelin. При исследовании ею обнаруживаются возможности осуществления испытуемым счетных операций, состояние внимания. Опыт заключается в отсчитыванин от 100 или 200 все время одного и того же числа. Испытуемого предупреждают, что считать он должен про себя, а вслух только называть полученное при очередном вычитании число. В промежутках между числами исследующий равномерно ставит точки (приблизительный хронометраж). Можно фиксировать длительность пауз секундомером. Запись опыта приобретает следующий вид:

(100—7) ..93...86...79...72...65...58.51 ..44..37.30.23.16.2.

При наличии повышенной истощаемости длительность пауз в конце, несмотря на то что задание становится более легким, увеличивается. Возможны два вида ошибок. Первый — ошибки в единицах и главным образом при переходе через десяток—свидетельствует о некоторой интеллектуальной недостаточности, например:

(100—7)..93 85 78..71....64....58 и т. д.

Второй — ошибки в десятках — характерен главным образом для больных с неустойчивым вниманием. Например:

93...86...69..62 55...38ит.д.

При выраженном слабоумии с недостаточностью критики (например, при прогрессивном параличе) отсчитывание ведется вопреки инструкции и вместо 7 вычитается 10, вместо 17—20. Причем эти ошибки не всегда удается корригировать. При ошибочном выполнении задания можно либо указать больному на допущенную ошибку, либо, доведя опыт до конца, повторить его сначала.

**Отыскивание чисел по таблицам Шульте.** Методика применяется для исследования темпа сенсомоторных реакций и особенностей внимания. Исследование производится с помощью специальных таблиц, изготовление которых несложно. На этих таблицах в беспорядке расположены числа от 1 до 25. Размер таблицы—60Х Х60 см. Обследуемый находится на таком расстоянии от таблицы, чтобы видеть ее целиком. Ему дается инструкция отыскивать числа по порядку, каждое показать указкой и назвать вслух. Секундомером отмечается время, которое затрачивается на каждую таблицу. Можно отмечать количества чисел, найденных обследуемым за каждые ЗОс, либо время, за которое обследуемый находит каждые пять чисел.

Для оценки результатов сравнивают время, затрачиваемое обследуемым на каждую таблицу или в пределах одной таблицы сравнивают показатели деятельности обследуемого за определенные отрезки времени. Результаты можно выразить графически. Существенное значение имеет установление равномерности темпа выполнения задания. Обычно здоровые обследуемые ведут поиск чисел в таблицах равномерно, а иногда даже наблюдается у них ускорение темпа сенсомоторных реакций в последующих таблицах. Если же поиск ведется неравномерно, то следует уточнить характер этого явления — признак ли это повышенной истощаемости или запоздалой врабатываемости. Известное значение может иметь «кривая истощаемости», построенная графически на основании результатов опыта, так как она может объективно отражать характер астении. Так, при гиперстеническом варианте астении кривая истощаемости по таблицам Шульте (как и в счете по Крепелину) характеризуется высоким начальным уровнем, резким его спадом и тенденцией к возврату к исходным показателям. При гипостенической форме астении кривая истощаемости отличается невысоким исходным уровнем и постепенным и неуклонным снижением показателей, без заметных их колебаний в сторону улучшения. Обнаружение такого рода кривых имеет не только клинико-диагностическое значение, но может быть использовано и для вынесения прогностических суждений. Гиперстеническая форма астении в прогностическом отношении благоприятнее гипостенической. Обнаружение у одного и того же больного смены гиперстенической формы кривой истощаемости гипостенической может рассматриваться как признак прогредиентности заболевания и, в частности, способствует дифференцированию атеросклеротической астении от наблюдающихся в пожилом возрасте соматогенных или психогенных астенических состояний.

Иногда при выраженных расстройствах активного внимания больной допускает в работе ошибки—пропускает отдельные числа, показывает вместо одного другое, внешне похожее (например, 8 вместо 3). Сочетание нарушенного внимания и повышенной истощаемости проявляется в увеличении количества ошибок в каждой последующей таблице. В некоторых случаях наблюдается ошибка такого рода — искомое однозначное число показывается в двухзначном, в состав которого оно входит. Так, например, вместо того, чтобы показать число 2, обследуемый указкой находит цифру 2 в числах 12 или 22. Иногда при наличии слабоумия это зависит от плохого понимания инструкции и после дополнительного объяснения характера выполнения задания можно все же добиться от обследуемого преодоления этой ошибки. При нарочитом же поведении дополнительная инструкция не меняет положения дела, вызывает возражения у обследуемого: «А это разве не 2? Вы просили находить числа, вот я их и нахожу».

Таблицы Шульте обладают равной степенью трудности, они почти не запоминаются и поэтому в процессе исследования их можно использовать повторно.

**Пробы на переключение.** При патопсихологическом исследовании пробы на переключение могут быть использованы для суждения о подвижности психических процессов, хотя этим не определяется все значение полученных с их помощью данных: в процессе исследования устанавливается степень сохранности словарного запаса, произведения счетных операций и т. д.

Следует заметить, что иногда инертность психической деятельности обнаруживается уже в затруднениях, испытываемых больным в переключении от одного задания к другому. В этих случаях испытуемый последующее задание пытается выполнить по образцу предыдущего (например, при словесном варианте исключения пытается следовать модусу, выработанному при выделении существенных признаков) либо же включает в решение слова из предыдущего задания.

*Методика М. С. Лебединского* заключается в назывании больным поочередно пар слов, обозначающих одушевленные и неодушевленные предметы. В протоколе регистрируются называемые испытуемым слова и время между называнием отдельных пар, например:

собака — лошадь 2 с шкаф — кровать 1,5 с кошка — воробей 1,9си т.д.

При исследовании этой методикой инертность психических процессов обнаруживается не только в нарушении чередования, но и в том, что называемые слова ограничиваются определенным кругом понятий (например, из одушевленных—только звери или насекомые, из неодушевленных — только мебель или транспорт) и в повторении одних и тех же слов.

Чередование антонимов и синонимов. Эта методика предложена нами для выявления инертности психических процессов у больных с органической церебральной патологией и при известной интеллектуально-мнестической сохранности (при начальных стадиях церебрального атеросклероза). Приступая к исследованию, необходимо иметь заранее подготовленный набор слов, к которым здоровому человеку нетрудно подобрать как синонимы, так и антонимы. Испытуемому дается инструкция поочередно подбирать и называть синонимы и антонимы к словам, которые он сейчас услышит. Примерный набор слов:

Друг — (приятель, враг) печаль — (грусть, радость) храбрый — (смелый, трусливый) могучий — (сильный, слабый истина — (правда, ложь жадный — (скупой, щедрый) юность — (молодость, старость) горе — (беда, счастье) и т. д.

*Сложение с поочередно меняющимися слагаемыми.* Испытуемому предлагают к какому-либо числу поочередно прибавлять два других, например, к 7 добавить 5, к сумме —6, затем к образовавшейся сумме вновь 5, затем — вновь 6 и т.д. При этом вслух испытуемый произносит лишь результативные числа. Произведение ям всей операции сложения вслух значительно облегчает выполнение задания. В протоколе ход решения задания здоровым испытуемым приобретает следующий вид:

7....12...18...23....29ит. д.

При этом возможны ошибки чередования, наблюдающиеся преимущественно вначале (больные эпилепсией) либо в конце в связи систощаемостью (при церебральном атеросклерозе), либо (при грубой органической церебральной патологии) в течение всего задания.

*Поочередное вычитание.* Эта методика является модификацией методики отсчитывания. Однако от 100 или 200 отсчитывается не одно и то же вычитаемое, а два чередующихся, например 7 и 8. В записи это приобретает следующий вид:

100..93. ...85. ..78. .70.63. ..55. ..48. .40 и т. д.

Эта методика представляется нам более трудной, чем предыдущая, при ней значительно легче обнаруживаются не только инертность психических процессов, но и особенно их истощаемость.

**Лекция 6**

**Диагностика уровня общего интеллекта в клинической практике психолога.**

В клинической психологии принято использовать шкалу интеллекта Векслера

* при показателе IQ 130 и выше наблюдается весьма высокий интеллект;
* 120-129 - высокий интеллект;
* 110-119- "хорошая" норма;
* 90-109 - средний уровень;
* 80-89    - сниженная норма;
* 70-79    - пограничный уровень;
* 69 и ниже - умственный дефект.

Под ***умственным развитием*** понимается совокупность как знаний, умений, так и умственных действий, сформировавшихся в процессе приобретения этих умений и знаний. Наиболее общей характеристикой уровня умственного развития является подготовленность функционирования мышления в пределах возрастного ***социально-психологического норматива*** (СПН). То есть уровень умственного развития должен отражать наиболее типичные, общие, характерные для данного социума особенности мыслительной деятельности, касающиеся как объема и качества знаний и умений, так и запаса определенных умственных действий.      Достигнутый человеком уровень умственного развития зависит от его интеллектуальных способностей. Интеллект (или общая умственная способность) - не сумма знаний и умственных операций, а то, что способствует их успешному усвоению. Если интеллект - это условие усвоения знаний и умений, то умственное развитие характеризует в первую очередь содержание, способы и формы мышления.

**Тест Векслера (есть взрослый и детский варианты)**

Является одним из самых известных тестов для измерения уровня интеллектуального развития и разработана [**Дэвидом Векслером**](http://psylab.info/%D0%92%D0%B5%D0%BA%D1%81%D0%BB%D0%B5%D1%80%2C_%D0%94%D0%B0%D0%B2%D0%B8%D0%B4) в 1939 году. Тест основан на иерархической модели интеллекта Д.Векслера и диагностирует общий интеллект и его составляющие - вербальный и невербальный интеллекты.

**Тест Векслера** (или Шкала Векслера) является одним из самых известных тестов для измерения уровня интеллектуального развития и разработана [Дэвидом Векслером](https://psylab.info/%D0%92%D0%B5%D0%BA%D1%81%D0%BB%D0%B5%D1%80%2C_%D0%94%D0%B0%D0%B2%D0%B8%D0%B4) в 1939 году. Тест основан на иерархической модели интеллекта Д. Векслера и диагностирует общий интеллект и его составляющие - вербальный и невербальный интеллекты.

Тест Векслера состоит из 11 отдельных субтестов, разделенных на 2 группы, - б вербальных и 5 невербальных. Каждый тест включает от 10 до 30 постепенно усложняющихся вопросов и заданий. К вербальным субтестам относятся задания, выявляющие общую осведомленность, общую понятливость, способности, нахождение сходства, воспроизведения цифровых рядов и т. д. К невербальным субтестам относятся следующие: шифровка, нахождение недостающих деталей в картине, определение последовательности картин, сложение фигур. Выполнение каждого субтеста оценивают в баллах с их последующим переводом в унифицированные шкальные оценки, позволяющие анализировать разброс.

Выполнение каждого субтеста оценивают в баллах с их последующим переводом в унифицированные шкальные оценки, позволяющие анализировать разброс. Учитывают общий интеллектуальный коэффициент (IQ), соотношение «вербального и невербального» интеллекта, анализируют выполнение каждого задания. Количественная и качественная оценки выполнения испытуемым заданий дают возможность установить, какие стороны интеллектуальной деятельности сформированы хуже и как они могут компенсироваться. Низкий количественный балл по одному или нескольким субтестам свидетельствует об определенном типе нарушений. Выделяют качественные и количественные признаки, характерные для той или иной формы нервно-психической патологии.

Используются 3 варианта теста Д.Векслера:

* тест WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale), предназначенный для тестирования взрослых (от 16 до 64 лет);
* тест WISC (echsler Intelligence Scale for Children) - для тестирования детей и подростков (от 6,5 до 16,5 лет);
* тест WPPSI (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence) для детей от 4 до 6,5 лет. В России адаптированы первые два варианта теста, которые мы будем рассматривать в дальнейшем.

**Тест Равена**

Прогрессивные матрицы Равена (Raven Progressive Matrices) предназначены для определения уровня умственного (интеллектуального) развития испытуемых в возрасте от 4,5 до 65 лет и старше. Матрицы Равена могут применяться на выборках испытуемых с любым языковым составом и социокультурным фоном, с любым уровнем речевого развития.

Поскольку известны три варианта матриц Равена, то следует заметить, что каждый из вариантов предназначен для проведения диагностической работы с определённым контингентом испытуемых.

**Возрастные границы применимости Прогрессивных матриц Равена**

|  |  |
| --- | --- |
| **Варианты теста Равена** | **Контингент испытуемых** |
| [Цветные прогрессивные матрицы](https://psylab.info/%D0%A6%D0%B2%D0%B5%D1%82%D0%BD%D1%8B%D0%B5_%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%B3%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%81%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D1%8B%D0%B5_%D0%BC%D0%B0%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%86%D1%8B) | * 4,5 - 9 лет;
* испытуемые с аномальным развитием;
* реабилитационные исследования лиц старше 65 лет
 |
| [Стандартные прогрессивные матрицы](https://psylab.info/%D0%A1%D1%82%D0%B0%D0%BD%D0%B4%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%BD%D1%8B%D0%B5_%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%B3%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%81%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D1%8B%D0%B5_%D0%BC%D0%B0%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%86%D1%8B) | * дети от 8 до 14 лет;
* взрослые от 20 до 65 лет
 |
| [Продвинутые прогрессивные матрицы](https://psylab.info/index.php?title=%D0%9F%D1%80%D0%BE%D0%B4%D0%B2%D0%B8%D0%BD%D1%83%D1%82%D1%8B%D0%B5_%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%B3%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%81%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D1%8B%D0%B5_%D0%BC%D0%B0%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%86%D1%8B&action=edit&redlink=1) | * испытуемые с интеллектуальными способностями выше среднего
 |

Тест предложен Л. Пенроузом и Дж. Равеном в 1936 г. Р. п. м. разрабатывались в соответствии с традициями английской школы изучения интеллекта, согласно которым наилучший способ измерения фактора "g" — задача по выявлению отношений между абстрактными фигурами. Наиболее известны два основных варианта Р. п. м.: черно-белые и цветные матрицы. Разрабатывая тесты, которые были бы полезным инструментом для идентификации генетических и средовых причин интеллектуальных отклонений, Дж. Равен сознательно ставил перед собой задачу создания таких тестов, которые были бы теоретически обоснованы, однозначно интерпретируемы, просты для проведения и обработки, пригодны как для лабораторных, так и для полевых экспериментов, а также удобны для массовых обследований, проводимых на дому, в школах, на производстве и сопряженных с временными ограничениями.

Тест "Прогрессивные матрицы Равена" относится к числу невербальных тестов интеллекта и основывается на двух теориях, разработанных гештальт-психологией: теорией перцепции форм и так называемой "теорией неогенеза" Ч. Спирмена.

Согласно теории перцепции форм каждое задание может быть рассмотрено как определенное целое, состоящее из ряда взаимосвязанных друг с другом элементов. Предполагается, что первоначально происходит глобальная оценка задания-матрицы, а затем осуществление аналитической перцепции с выделением испытуемым принципа, принятого при разработке серии. На заключительном этапе выделенные элементы включаются в целостный образ, что способствует обнаружению недостающей детали изображения. Теория Ч. Спирмена углубляет рассмотренные положения теории перцепции форм. Как показывает опыт многолетних исследований, данные, полученные с помощью теста Равена, хорошо согласуются с показателями других распространенных тестов: Векслера, Стенфорд-Бине, ШТУРа,Выготского-Сахарова. Прогрессивные матрицы Равена предназначены для определения уровня умственного развития у детей ментального возраста( 1-4 класс массовой школы ). Матрицы Равена могут применяться на испытуемых с любым языковым составом и социокультурным фоном, с любым уровнем речевого развития.

**Культурно-свободный тест интеллекта Р. Кеттела**

 «Культурно-независимый тест интеллекта» Р. Кеттелла впервые был издан США в 1949 году Институтом личностного тести­рования и тестирования способностей и переиздавался 1956 и 1966 годах.

Существует три варианта теста:

1. GFT 1 – для исследования детей с 4-х до 8-и лет, а также диагностики задержек психического развития.
2. GFT 2 – для диагностики детей старше 8 лет, а также обычного не дифференцированного взрослого населения.
3. GFT 3 – для исследования студентов ВУЗов и одаренных лиц.

Шкала GFT 2 состоит из двух частей, каждая из которых содержит по четыре субтеста:

* 1 субтест – «дополнение» – содержит 12 заданий, возра­стающих по сложности. В каждом задании слева расположе­ны 3 фигуры в определенной логической последовательности (последовательные изменения пространственного расположе­ния, размера, количества и т. д.) Проанализировав логику из­менений, необходимо из 5–4 фигур, расположенных справа, выбрать ту, которая соответствует обнаруженной закономер­ности и может продолжить логическую последовательность 3-х фигур, расположенных слева.
* II субтест – «классификация» – содержит 14 заданий, воз­растающих по сложности. Каждое задание содержит ряд из 5-и фигур, в котором 4 фигуры всегда объединены каким-либо об­щим признаком. В каждом ряду необходимо найти единствен­ную фигуру, отличающуюся от всех остальных. Общими для че­тырех фигур признаками являются форма, количество, окрас­ка, пространственное отношение между элементами фигур.
* Ill субтест – «матрица» – состоит из 12 заданий, возра­стающих по сложности. Логикой решения эти задания похожи на задания 1-го субтеста. Необходимо обнаружить закономерность, согласно которой объединены 3 фигуры в матрице слева, и среди 5-и вариантов ответов, расположенных справа, найти единственную фигуру, которая может завершить данную в за­дании закономерность, т.е. правильно дополнить матрицу. Спе­цифика этого субтеста состоит в комплексном анализе призна­ков, (анализ матрицы по горизонтали, вертикали и диагонали). Признаки, которые лежат в основе построения заданий дан­ного субтеста – это пространственное расположение, форма, размер, количество, окрашенность и комбинации данных при­знаков.
* IV субтест – «топология» – состоит из 8 заданий, возра­стающих по сложности, в каждом задании слева расположе­на сложная фигура-эталон, состоящая из простых геометриче­ских фигур. Внутри сложной фигуры-эталона стоит точка. Необходимо проанализировать положение точки по отношению к отдельным геометрическим фигурам, составляющим сложную фигуру-эталон. Затем среди пяти сложных фигур, расположен­ных справа, надо найти ту, в которой точка может занять точно такое же положение, как в сложной фигуре-эталоне.

Тест прошел проверку на валидность и надежность, стан­дартизирован в США, Англии, ФРГ, Чехословакии и Болгарии.

«Культурно-независимый тест интеллекта» опирается на концепцию интеллекта Р. Кеттелла, получившую достаточно широкое распространение в англоязычных странах. По мне­нию Р. Кеттелла, общий фактор интеллекта имеет психологи­ческий смысл, если опираться на двухфакторную модель: «об­щий флюидный фактор» (или «свободный» интеллект) – g1, и «общий кристаллический фактор» (или «связанный» интел­лект) – g2. «Свободный интеллект» формируется преимущественно под влиянием биологических детерминант, на базе индивиду­альной архитектоники коры больших полушарий. В этом смы­сле индивидуальное развитие уже на ранних возрастных этапах сопровождается развитием единой общей интеллектуальной способности. Она не связана с усвоением каких-либо специ­фических знаний, навыков, умений или развитием какой-либо отдельной психической функции (сенсорной, моторной и т. п.)

«Флюидные» способности опираются на понимание основ­ных видов логических взаимосвязей, на ведущие опера­ции мышления: часть-целое, понимание сходства, причинных связей, индукцию, дедукцию, пространственные отношения. «Флюидный» интеллект определяет способность взаимосвязи между объектами, которые индивид способен вос­принимать и с которыми способен манипулировать. Исследо­вания психологов показывают, что в результате травм мозга и в процессе биологического старения «свободный интеллект» страдает в первую очередь, при большей стабильности «свя­занного интеллекта», который может оставаться сохранным до глубокой старости.

«Связанный интеллект» является продуктом усвоения раз­нообразных видов перцептивных и моторных умений и разви­вается на базе «свободного интеллекта» в процессе игровой, учебной и профессиональной деятельности, В процессе воспи­тания и общения, усвоения культурных ценностей. Его развитие обусловлено и спецификой образования, и некоторыми лич­ностными особенностями (интересами, ценностными ориентациями, мотивацией, особенностями индивидуального развития памяти, внимания и т. д.). С этой точки зрения «связанный ин­теллект» близок к концепции интеллекта Векслера и измеря­ется с помощью традиционных тестовых методик, оцениваю­щих словарный запас, умение оперировать числами, адекват­ность оценок и суждений об окружающем мире и социальных явлениях, механические умения и т. д, Таким образом, оценка «связанного интеллекта» во многом опирается на языковые и культурологические ограничения и вызывает затруднения при диагностике определенных групп населения (например малых народов). «Культурно-независимый тест интеллекта» Р. Кеттелла измеряет именно «флюидный» или «свободный интеллект». Кеттелл считал, что «свободный интеллект» можно оценить на основе перцептивных заданий, в которых интеллект проявляется через способности восприятия.

Близок к подобной интерпретации интеллекта и тест «Прогрессивные матрицы Равена», построенный, по большей части, на выявлении отношений между абстрактными фигурами.

**Лекция 7**

**Опросные методы исследования эмоциональных состояний**

|  |  |
| --- | --- |
| **Шкала Монтгомери-Асберг**  .   | для оценки депрессии (MADRS) - клиническая тестовая методика, разработанная в качестве альтернативы Шкале депрессии Гамильтона в 1979 году.Для надёжности в клинической практике любая шкала должна быть краткой в содержании, лёгкой в применении, надёжность в диагностике и чувствительность к возможной динамике состояния. В качестве основы для шкалы была использована шкала оценки психопатологии - стандартная скриниговая шкала для общего выявления основых типов психопатологических расстройств. 17 пунктов, ассоциированных с расстройствами депрессивного спектра, были валидизированы на конвергентную и дискриминативную значимость, в результате чего было отобрано 10 наиболее чувствительных утверждений Структура методикиMARDS состоит из 10 вопросов, каждый из которых оценивается в баллах от 0 до 6. Чем тяжелее состояние больного, тем больший балл ему присваивается. Общий балл по шкале варьируется от 0 до 60 и снижается в процессе облегчения состояния. Шкала не градуирована, оценивается только общий балл.Исследователь должен решить, соответствует ли тяжесть симптома основным баллам – 0, 2, 4, 6 или промежуточным – 1, 3, 5. Если не удается получить точные ответы от самого пациента, рекомендуется воспользоваться другими источниками информации (медицинская документация, сведения со слов родственников и пр.).Для оценки состояния в динамике проводится повторное тестирование через фиксированные промежутки времени. Свои пометки исследователь проставляет в графе. |
| **Шкала депрессии Гамильтона (HRDS)**   | представляет собой одну из самых распространённых и общепринятых методик клинической диагностики депрессии и оценки динамики состояния больного. Шкала была создана в 1959 году, а опубликована в 1960 году.Пункты шкалы, оценивающие определённые симптомы депрессивных расстройств, были выделены на основании подробного анализа симптомов депрессивных расстройств множества больных, в том числе в динамике. Дискриминативная и конвергентная валидность шкалы подтверждена множеством исследований. Имеется несколько вариантов шкалы, отличающихся набором входящих в неё пунктов. Минимальное количество пунктов - 17, максимальное - 24. Пункты, не включаемые в минимальную версию, освещают расстройства, малораспространённые в популяции больных депрессией и имеющие меньшую клиническую значимость. Каждый пункт оценивается в баллах: минимальная оценка - 0, максимальная - 4, при этом не для всех пунктов возможны максимальные ответы.Стандартные пункты, составляющие депрессивный симптомокоплекс в HRDS: настроение, вина, суицидальные намерения, ранняя, средняя и поздняя бессонница, работоспособность, заторможенность, ажитация, психическая тревога, соматическая тревога, желудочно-кишечные симптомы, общесоматические симптомы, генитальные симптомы, ипохондрия, потеря веса, критика к болезни. |
| **Шкала тревоги Спилбергера**(State-Trait Anxiety Inventory - STAI) -  | является информативным способом самооценки уровня тревожности в данный момент (реактивная тревожность, как состояние) и личностной тревожности (как устойчивая характеристика человека). Разработана Спилбергером Ч.Д.и адаптирована Ханиным Ю.Л.. |
| Личностная шкала проявления тревоги (Дж.Тейлор, адаптация Т.А. Немчина) | Опросник предназначен для измерения уровня тревожности (утверждения входят в состав MMPI в качестве дополнительной шкалы). Адаптирован Т. А. Немчиным (1966).Опросник состоит из 50 утверждений. Тестирование продолжается 15–30 минут. **Инструкция**. Вам предлагается ознакомиться с набором высказываний, касающихся черт характера. Если вы согласны с утверждением, отвечайте «Да», если не согласны – «Нет». Долго не задумывайтесь, важен первый пришедший вам в голову ответ. |

**Лекция 8**

**Рисуночные проективные методики и их использование в практической работе**

Многочисленные исследования детских рисунков показали, что в развитии рисования имеются четкие возрастные стадии, сменяющие друг друга в определенной последовательности. При нарушениях в умственном развитии наблюдается запаздывание в переходе ребенка от стадии к стадии, своего рода остановки на ранних стадиях. Эта закономерность и позволяет оценивать умственное развитие с помощью рисуночных тестов.

Применение рисуночных тестов для выявления личностных особенностей человека основано на принципе проекции, т.е. на вынесении вовне своих переживаний, представлений, стремлений и т.п. Рисуя тот или иной объект, человек невольно, а иногда и сознательно передает свое отношение к нему. Вряд ли он забудет нарисовать то, что кажется ему наиболее важным и значимым; а вот тому, что он считает второстепенным, будет уделено гораздо меньше внимания. Если какая-то тема его особенно волнует, то при ее изображении проявятся признаки тревоги. Рисунок – это всегда какое-то сообщение, зашифрованное в образах. Задача психолога состоит в том, чтобы расшифровать его, понять, что говорит ему обследуемый.

Для диагностического использования рисунков очень важно, что они отражают, в первую очередь, не сознательные установки человека, а его бессознательные импульсы и переживания. Именно поэтому рисуночные тесты так трудно «подделать», представив в них себя не таким, какой ты есть в действительности.

Дополнительным достоинством рисуночных методов является их естественность, близость к обычным видам человеческой деятельности. Тот или иной опыт рисования есть практически у каждого человека. Наиболее близко это занятие детям, поэтому при обследовании детей рисуночные методы применяются особенно часто. Ребенку легко понять тестовую инструкцию, для выполнения методик не нужен высокий уровень развития речи. Вместе с тем, рисунки – удобный повод для того, чтобы непринужденно завязать клиническую беседу.

В отличие от большинства других тестов, рисуночные методики могут проводиться многократно и сколь угодно часто, не утрачивая своего диагностического значения. Они применимы к клиентам самого разного возраста – от дошкольного до взрослого включительно. Это позволяет использовать их для контроля динамики состояния и для наблюдения за ходом психического развития в течение длительного периода.

В последние годы все больше подчеркивается психотерапевтическое значение рисования, как и художественной деятельности вообще. Таким образом, благодаря применению рисуночных методик стирается грань между психологическим обследованием и психотерапевтическим сеансом. Все это и сделало рисуночные методики самым распространенным инструментом в работе практического психолога.

**"Дом-Дерево-Человек" (ДДЧ**) - одна из самых известных проективных методик исследования личности. Она была предложена Дж. Буком в 1948 г. Тест предназначен как для взрослых, так и для детей. Возможно групповое обследование.

Процедура диагностики заключается в следующем. Обследуемому предлагается нарисовать дом, дерево и человека. Затем проводится опрос по разработанному плану.

Р. Берне при использовании теста ДДЧ просит изобразить дерево, дом и человека в одном рисунке, в одной происходящей сцене. Считается, что взаимодействие между домом, деревом и человеком представляет собой зрительную метафору. Если привести весь рисунок в действие, то вполне возможно заметить то, что действительно происходит в нашей жизни.

Особым способом интерпретации может быть порядок, в котором выполняется рисунок дома, дерева и человека. Если первым нарисовано дерево, значит, основное для человека – жизненная энергия. Если первым рисуется дом, то на первом месте – безопасность, успех или, наоборот, пренебрежение этими понятиями.

  Метод исследования личности с помощью проективного теста "Несуществующее животное" построен на теории психомоторной связи. Для регистрации состояния психики используется исследование моторики (в частности, моторики рисующей доминантной правой руки, зафиксированной в виде графического следа движения, рисунка) По И. М. Сеченову, всякое представление, возникающее в психике, любая тенденция, связанная с этим представлением, заканчивается движением (буквально- “Всякая мысль заканчивается движением”).

Если реальное движение, интенция по какой-то причине не осуществляется, то в соответствующих группах мышц суммируется определенное напряжение энергии, необходимой для осуществления ответного движения (на представление - мысль). Так например, образы и мысли-представления, вызывающие страх, стимулируют напряжение в группах ножной мускулатуры и в мышцах рук, что оказалось бы необходимым в случае ответа на страх бегством или защитой с помощью рук - ударить, заслониться. Тенденция движения имеет направление в пространстве:

- удаление,

- приближение,

- наклон,

- выпрямление,

- подъем,

- падение.

При выполнении рисунка лист бумаги (либо полотно картины) представляет собой модель пространства и, кроме состояния мышц, фиксирует отношение к пространству, т.е. возникающую тенденцию. Пространство, в свою очередь, связано с эмоциональной окраской переживания и временным периодом: настоящим, прошлым, будущим. Связано оно также с действенностью или идеально-мыслительным планом работы психики. Пространство, расположенное сзади и слева от субъекта, связано с прошлым периодом и бездеятельностью (отсутствием активной связи между мыслью-представлением, планированием и его осуществлением). Правая сторона, пространство спереди и вверху связаны с будущим периодом и действенностью. На листе (модели пространства) левая сторона и низ связаны с отрицательно окрашенными и депрессивными эмоциями, с неуверенностью и пассивностью. Правая сторона (соответствующая доминантной правой руке) – с положительно окрашенными эмоциями, энергией, активностью, конкретностью действия.

Рисунок семьи

   Считают, что идея использования рисунка семьи для диагностики внутрисемейных отношений возникла у ряда исследователей, среди которых упоминают работы В. Хьюлса, А.И. Захарова, Л. Кормана и др. Цель применения данной проективной методики: выявление особенностей внутри-семейных отношений. Задачи: на основе выполнения изображения, ответов на вопросы оценить особенности восприятия и переживаний ребенком отношений в семье.

## Инструкция

   Существует несколько вариантов инструкции (для разного контингента, разных случаев).

Инструкция 1: "Нарисуй свою семью". При этом не рекомендуется объяснять, что означает слово "семья", а если возникают вопросы "что нарисовать?", следует лишь еще раз повторить инструкцию. При индивидуальном обследовании время выполнения задания обычно длится 30 минут. При групповом выполнении теста время чаще ограничивают в пределах 15-30 минут.

Инструкция 2: "Нарисуй свою семью, где все заняты обычным делом".

Инструкция 3: "Нарисуй свою семью, как ты ее себе представляешь".

Инструкция 4: "Нарисуй свою семью, где каждый член семьи изображен в виде фантастического существа".

Инструкция 5: "Нарисуй свою семью в виде метафоры, некоего образа, символа, который выражает особенности вашей семьи". Конечно, эта инструкция подойдет для взрослых образованных испытуемых.

## Получение дополнительной информации

   При индивидуальном тестировании следует отмечать в протоколе следующее:

а) последовательность рисования деталей;

б) паузы более 15 секунд;

в) стирание деталей;

г) спонтанные комментарии ребенка;

д) эмоциональные реакции и их связь с изображаемым содержанием.

После выполнения задания следует стремиться получить максимум дополнительной информации (вербальным путем).

Обычно задаются вопросы:

1. Скажи, кто тут нарисован?

2. Где они находятся?

3. Что они делают? Кто это придумал?

4. Им весело или скучно? Почему?

5. Кто из нарисованных людей самый счастливый? Почему?

6. Кто из них самый несчастный? Почему?

**Лекция 9**

**Проективные методики (тест Розенвейга, тест Руки, тест Вартега и др): основы проведения и интерпретации**

Значительное распространение среди проективных методик имеет Тест фрустрации Розенцвейга, созданный в 1945 году Сау­лом Розенцвейгом\* на основе его теории фрустрации (фрустрация с лат. "обман", "расстройство").  Описание: Методика фрустрационной толерантности (модификация Н.В. Тарабриной) предназначена для исследования реакций на неудачу и способов выхода из ситуаций, препятствующих деятельности или удовлетворению потребностей личности. Тестируемому предлагаются 16 ситуаций, в которых создается препятствие (останавливают, обескураживают, обижают, сбивают с толку) и 8 ситуаций, в которых субъекта обвиняют в чем-то. Между этими группами ситуаций имеется связь, так как ситуация "обвинения" предполагает, что ей предшествовала ситуация "препятствия", где фрустратор был, в свою очередь, фрустрирован. Стимульный материал методики рисуночной фрустрации Розенцвейга составляют 24 рисунка, на которых изображены лица, находящиеся в проблемной ситуации. Один из персона­жей произносит фразу, которой описывается суть возникшей проблемы. Над другим персонажем изображен пустой квад­рат. Испытуемый должен дать за него любые пришедшие ему на ум ответы. Их содержание анализируется с целью выявле­ния типа обиды (агрессии и ее направленности - на себя, на других). Тип агрессии различается по тому, что оказывается более зна­чимым для тестируемого (препятствия, порицания других, по­иск конструктивных решений проблем). Взрослая версия теста применяется с 15 лет. Детский вариант методики предназначен для детей 4–13 лет. В интервале же 12–15 лет возможно использование как детской, так и взрослой версии теста.
**Тест руки** - проективная методика, направленная на изучение агрессивного отношения. Разработан Б. Брайклином, З. Пиотровским, Э. Вагнером. Стимульный материал состоит из 9 изображений кистей рук и одной пустой карточки, при показе которой просят представить кисть руки и описать ее воображаемые действия. Изображения показываются последовательно. Обследуемому дается инструкция ответить на вопрос о том, какое, по его мнению, действие выполняет нарисованная рука (или сказать, что способен выполнять человек с такой рукой). Допускается указывать для каждой карточки несколько вариантов действия.

Ответы разносятся по 11 категориям:
1. Агрессия - рука воспринимается как доминирующая, наносящая повреждения, активно захватывающая какой-либо предмет.
2. Указания - рука ведущая, направляющая, препятствующая, господствующая над другими людьми.
3. Страх - рука выступает в ответах как жертва агрессивных проявлений другого лица или стремится оградить кого-либо от физических воздействий, а также воспринимается в качестве наносящей повреждения самой себе.
4. Привязанность - рука выражает любовь, позитивные эмоциональные установки к другим людям.
5. Коммуникация - ответы, в которых рука общается, контактирует или стремится установить контакты.
6. Зависимость - рука выражает подчинение другим лицам.
7. Эксгибиционизм - рука разными способами выставляет себя напоказ.
8. Увечность - рука деформирована, больна, неспособна к каким-либо действиям.
9. Активная безличность - ответы, в которых рука проявляет тенденцию к действию, завершение которого не требует присутствия другого человека или людей, однако рука должна изменить свое физическое местоположение, приложить усилия.
10. Пассивная безличность - также проявление тенденции к действию, завершение которого не требует присутствия другого человека, но при этом рука не изменяет своего физического положения.
11. Описание - ответы, в которых рука только описывается, тенденция к действию отсутствует.

Количественный показатель открытого агрессивного поведения рассчитывается по формуле (агрессия+указания)-(страх+привязанность+коммуникация+зависимость). Для уточнения мотивов агрессивного поведения следует проанализировать получившийся профиль.

**Лекция 10**

**Тематический апперцептивный тест и Детский апперцептивный тест для глубинного анализа личности**

**Тематический тест апперцепции (ТАТ)** - проективная методика исследования личности, создана Морганом и Мюрреем в 1935 г. Окончательная схема интерпретации ТАТ и окончательная (третья) редакция стимульного материала были опубликованы в 1943 году. [Стимульный материал ТАТ](https://yadi.sk/d/vjsfnyEosShqb) составляет стандартный набор из 31 таблицы: 30 черно-белых картин и одна пустая таблица, на которой обследуемый может вообразить любую картину. В используемых изображениях представлены относительно неопределенные ситуации, допускающие их неоднозначную интерпретацию. В то же время каждый из рисунков обладает особой стимулирующей силой, провоцируя, например, агрессивные реакции или способствуя проявлению установок обследуемого в сфере семейных отношений.

В ходе эксперимента в определенной последовательности представляются 20 картин, отбираемых из стандартного набора в зависимости от пола и возраста (есть картины для всех, для женщин, мужчин, мальчиков и девочек до 14 лет). Возможно использование сокращенных наборов специально подобранных картин. Предлагается придумать небольшую историю о том, что привело к ситуации, изображенной на картине, что происходит в настоящее время, о чем думают, что чувствуют действующие лица, чем эта ситуация закончится. Рассказы обследуемого записываются дословно, с фиксацией пауз, интонации, выразительных движений, других особенностей. Обычно прибегают к записи на скрытый магнитофон. Отмечается время с момента предъявления картины до начала рассказа и общее время, затраченное на рассказ по каждой картине. Завершает обследование опрос, основная задача которого – получение дополнительных данных об обследуемом, а также уточнение источников тех или иных сюжетов, разбор всех обнаруженных в рассказах логических неувязок, оговорок, ошибок восприятия и т. д.

Исследователь получает сведения об основных стремлениях, потребностях обследуемого, воздействиях, оказываемых на него, конфликтах, возникающих во взаимодействии с другими людьми, и способах их разрешения, другую информацию.

 Осуществляется также формальный анализ рассказов, включающий в себя расчет длительности рассказов, их стилевых особенностей и др. Этот аспект анализа может быть полезен для обнаружения патологических тенденций.

 Варианты ТАТ

Наиболее известной методикой из этой группы является **Детский апперцептивный тест (CAT)** Л.Беллака. Первый вариант CAT (1949) состоял из 10 картин, изображавших ситуации, героями которых являлись антропоморфизированные животные. В 1952 году была разработана дополнительная серия (CAT-S), картины которой охватывали ряд ситуаций, не учтенных в первом варианте CAT. Методика была предназначена для детей 3—10 лет и опиралась на предположение о том, что для детей этого возраста легче идентифицироваться с животными, чем с человеческими фигурами. Экспериментальные данные, однако, опровергли это допущение, и Беллак, хотя и не сразу согласившийся с его критикой, создал в 1966 году параллельный вариант с человеческими фигурами (САТ-Н).

ТАТ — это один из наиболее глубинных личностных тестов. Отсутствие жестко структурированного стимульного материала создает почву для вольной трактовки сюжета испытуемым, которому предлагается по каждой картинке сочинить рассказ, используя собственный жизненный опыт и субъективные представления. Проекция личных переживаний и идентификация с кем-либо из героев сочиненного рассказа позволяет определить сферу конфликта (внутреннего или внешнего), соотношение эмоциональных реакций и рационального отношения к ситуации, фон настроения, позицию личности (активную, агрессивную, пассивную или страдательную), последовательность суждений, умение планировать свою деятельность, уровень невротизации, наличие отклонений от нормы, трудности социальной адаптации, суицидальные тенденции, патологические проявления и многое другое. Большим достоинством методики является невербальный характер предъявляемого материала. Таким образом увеличивается количество степеней выбора для испытуемого при создании сюжетов.

В процессе исследования обследуемое лицо в течение 2–3 часов излагает свои сюжеты (один, два и более) к каждой картинке. Психолог тщательно фиксирует эти высказывания на бумаге (или с помощью магнитофона), а затем проводит анализ устного творчества испытуемого, выявляет неосознаваемое отождествление, идентификацию испытуемого с кем-либо из героев сюжета и перенесение им в сюжет (проекцию) собственных переживаний, мыслей и чувств.

Фрустрирующие ситуации тесно связаны с тем конкретным окружением и обстоятельствами, которые могут вытекать из соответствующей картинки или способствуя реализации потребностей героев (или героя), или препятствуя ей. При определении значимых потребностей экспериментатор обращает внимание на интенсивность, частоту и длительность фиксации внимания испытуемого на определенных повторяющихся в разных рассказах ценностях.

РАТ (Собчик)

РАТ — это компактный модифицированный вариант Тематического апперцептивного теста Г. Мюррея, отнимающий немного времени на обследование и приспособленный к условиям работы практического психолога. Разработан совершенно новый стимульный материал, представляющий собой контурные сюжетные картинки. На них схематично изображены человеческие фигурки.

Оригинальный тест Мюррея представляет собой набор черно-белых таблиц с фотографиями картин американских художников. Картинки делятся на 10 мужских (предназначенных для обследования мужчин), 10 женских (предназначенных для обследования женщин) и 10 общих. Всего в каждом комплекте 20 картинок.

Кроме того, имеется детский набор картинок (тест КАТ), представленный 10 картинками, часть которых входит и во взрослый вариант методики.

Анализ полученных данных проводится в основном на качественном уровне, а также с помощью простых количественных сопоставлений, что позволяет оценить баланс между эмоциональной и рациональной составляющей личности, наличие внешнего и внутреннего конфликта, сферу нарушенных отношений, позицию личности — активную или пассивную, агрессивную или страдательную (при этом соотношение 1:1, или 50 на 50%, рассматривается как норма, а значимый перевес в ту или иную сторону выражается в соотношениях 2:1 и более).

Отмечая отдельно разные элементы каждого сюжета, экспериментатор суммирует ответы, отражающие склонность к уточнению (признак неуверенности, тревоги), пессимистические высказывания (депрессия), незаконченность сюжета и отсутствие перспективы (неуверенность в будущем, неумение планировать его), преобладание эмоциональных ответов (повышенная эмотивность) и т.д. Присутствующие в рассказах в большом количестве особые темы — смерть, тяжелая болезнь, суицидальные намерения, а также нарушенная последовательность и плохая логическая связанность блоков сюжета, использование неологизмов, рассуждательство, амбитендентность в оценке «героев» и событий, эмоциональная отстраненность, разноплановость восприятия картинок, стереотипия могут служить серьезными аргументами при выявлении личностной дезинтеграции.

 **Лекция 11**

**Диагностика характерологических особенностей личности пациентов (тесты на акцентуации характера и отдельные личностные характеристики)**

**ПДО Личко А.**

Подростковый возраст является периодом становления характера — в это время формируется большинство характерологических типов. Именно в этом возрасте различные типологические варианты нормы («акцентуации характера») выступают наиболее ярко, так как черты характера еще не сглажены и не скомпенсированы жизненным опытом. У подростков от типа акцентуации характера зависит многое — особенности транзиторных нарушений поведения («пубертатных кризов»), острых аффективных реакций и неврозов (как в их картине, так и в отношении вызывающих их причин). Тип акцентуации также в значительной мере определяет отношение подростка к его соматическим заболеваниям, особенно длительным. Акцентуация характера выступает как важный фактор преморбидного фона при эндогенных психических заболеваниях и как фактор предрасполагающий при реактивных нервно-психических расстройствах. С типом акцентуации характера необходимо считаться при разработке реабилитационных программ для подростков. Этот тип служит одним из главных ориентиров для медико-психологических рекомендаций, для советов в отношении будущей профессии и трудоустройства, а последнее же весьма существенно для устойчивой социальной адаптации. Знание типа акцентуации характера важно при составлении психотерапевтических программ в целях наиболее эффективного использования разных видов психотерапии (индивидуальной или групповой, дискуссионной, директивной и др.).

Тип акцентуации указывает на слабые места характера и тем самым позволяет предвидеть факторы, способные вызвать психогенные реакции, ведущие к дезадаптации, — тем самым открываются перспективы для психопрофилактики.

Определение типа характера у подростка может способствовать поэтому успеху семейной терапии, психологической коррекции внутрисемейных отношений.

Другой важной задачей патохарактерологического обследования подростка является диагностика типов патологических девиаций характера: типов конституциональных психопатий, психопатических развитий (патохарактерологических формирований) и иных психопатоподобных нарушений. Типы здесь, по сути дела те же, что и при акцентуациях характера, но крайне заострившиеся, приобретшие патологическую форму, т.е. перешедшие на новый качественный уровень.

Метод патохарактерологического исследования подростков, названный Патохарактерологическим Диагностическим Опросником (ПДО), предназначен для определения в возрасте 14–18 лет типов акцентуации характера и типов психопатий, а также сопряженных с ними некоторых личностных особенностей (психологической склонности к алкоголизации, делинквентности и др.), перечисленных в предыдущем разделе. ПДО может быть использован психиатрами, медицинскими психологами, врачами других специальностей и педагогами, получившими специальную подготовку по медицинской психологии.

ДАННЫЕ О ВАЛИДНОСТИ И НАДЕЖНОСТИ

Валидность метода в среднем равна 0,85. Правильность диагностики разных типов психопатий и акцентуаций характера была определена на основании диагностической оценки с помощью ПДО с клинической оценкой типа при стационарном наблюдении подростков с учетом всех имеющихся анамнестических данных.

Оказалось, что клинически диагностированные типы психопатий и акцентуаций характера распознаются с помощью ПДО в следующем проценте случаев: гипертимный — 86%, лабильный — 77%, сенситивный — 86%, шизоидный — 75%, эпилептоидный — 78%, истероидный — 83%, неустойчивый — 87%.

Для практической работы не менее важно знать, какова вероятность правильной диагностики для каждого определенного с помощью ПДО типа и каковы будут наиболее частые расхождения с клинической оценкой (см. таблицу 1).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Типы, диагностированные с помощью ПДО** | **Вероятность совпадения с клинической оценкой (%)** | **Наиболее частые расхождения при ошибках (тип при клинической оценке)** |
| Гипертимный (Г)Лабильный (Л)Сенситивный (С)Шизоидный (Ш)Истероидный (И)Эпилептоидный (Э)Неустойчивый (Н) | 76799490867793 | ЭЭ, Ш——Ш, ЭЛ— |
| **Средняя валидность** | **85** |   |

Надежность метода (по данным В.А.Шаповала) определялась путем ретестирования через месяц.

В среднем результаты повторились у 71%, несмотря на вероятное действие фактора «мотивационной лабильности»: первое тестирование было осуществлено во время конкурсных экзаменов, второе — уже во время учебы после поступления. Высокая надежность оказалась у показателей мужественности-женственности (0,88), В-индекса (0,86) и психологической склонности к алкоголизации (0,83). Низкая надежность у показателей конформности и диссимуляции — эти особенности, вероятно, зависят от текущих условий.

**Опросник Шмишека** - личностный опросник, предназначенный для диагностики типа акцентуации личности. Является реализацией типологического подхода к ее изучению. Опубликован Г. Шмишеком в 1970 г.

Акцентуация характера – это предельный показатель нормы, при котором некоторые черты характера особо выражены.

Методика состоит из 88 вопросов, на которые требуется ответить «да» или «нет». Разработан также сокращенный вариант опросника. С помощью данной методики определяются следующие 10 типов акцентуации личности (по классификации К.Леонгарда):

1. *Демонстративный тип*. Характеризуется повышенной способностью к вытеснению.
2. *Педантичный тип*. Лица этого типа отличаются повышенной ригидностью, инертностью психических процессов, неспособностью к вытеснению травмирующих переживаний.
3. *Застревающий тип*. Характерна чрезмерная стойкость аффекта.
4. *Возбудимый тип*. Повышенная импульсивность, ослабление контроля над влечениями и побуждениями.
5. *Гипертимический тип.* Повышенный фон настроения в сочетании с оптимизмом и высокой активностью.
6. *Дистимический тип.* Сниженный фон настроения, пессимизм, фиксация теневых сторон жизни, заторможенность.
7. *Тревожно-боязливый.* Склонность к страхам, робость и пугливость.
8. *Циклотимический тип.* Смена гипертимических и дистимических фаз.
9. *Аффективно-экзальтированный.* Легкость перехода от состояния восторга к состоянию печали.Восторг и печаль — основные сопутствующие этому типу состояния.
10. *Эмотивный тип.* Родственен аффективно-экзальтированному, но проявления не столь бурны. Лица этого типа отличаются особой впечатлительностью и чувствительностью.

Применяются варианты для взрослых (адаптация Блейхера В.М., 1973) и для детей и подростков (модификация Крук И.В., 1975).

**Лекция 12**

**МMPI (полный и сокращенный варианты) – основы проведения и анализа данных**

Миннесотский многоаспектный личностный опросник (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI) - методика, созданная в 1940 г. С. Хатуэем и Дж. Маккинли в университете Миннесоты, которая остаётся одной из наиболее распространенных на протяжении последних 50 лет. Первоначально тест разрабатывался в целях профессионального отбора летчиков во время Второй мировой войны - он используется для исследования уровня адаптации и изучения стойких профессионально важных склонностей работника.

Методика разрабатывалась следующим образом: в ней были составлены специальные вопросы, которые могли выявлять обычных людей и людей, имеющих те или иные психологические симптомы. В процессе разработки ученые брали истероидов, психов, депрессивно больных людей, наблюдали за их ответами на вопросы и на основе распределения ответов создали специальные шкалы, с помощью которых можно судить о норме или патологии.

В дальнейшем опросник был усовершенствован для исследования именно личностных особенностей, которые не похожи на клинические проявления. В результате, шкалы были переименованы, и был получен замечательный тест для выявления свойств личности.

Основные **клинические шкалы** MMPI

1. **Шкала**[**ипохондрии**](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D0%BF%D0%BE%D1%85%D0%BE%D0%BD%D0%B4%D1%80%D0%B8%D1%8F) (HS) — определяет «близость» обследуемого к астено-невротическому типу личности;
2. **Шкала**[**депрессии**](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B5%D0%BF%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%81%D0%B8%D1%8F) (D) — предназначена для определения степени субъективной депрессии, морального дискомфорта (гипотимический тип личности);
3. **Шкала**[**истерии**](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D1%81%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B8%D1%8F) (Hy) — разработана для выявления лиц, склонных к невротическим реакциям конверсионного типа (использование симптомов физического заболевания в качестве средства разрешения сложных ситуаций);
4. **Шкала**[**психопатии**](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D1%81%D1%81%D0%BE%D1%86%D0%B8%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%BE%D0%B5_%D1%80%D0%B0%D1%81%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B9%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE_%D0%BB%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8) (Pd) — направлена на диагностику социопатического типа личности;
5. **Шкала**[**маскулинности — феминности**](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B0%D1%81%D0%BA%D1%83%D0%BB%D0%B8%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C) (Mf) — предназначена для измерения степени идентификации обследуемого с ролью мужчины или женщины, предписываемой обществом;
6. **Шкала**[**паранойи**](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B0%D1%80%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D0%B9%D1%8F) (Pa) — позволяет судить о наличии «сверхценных» идей, подозрительности (паранойяльный тип личности);
7. **Шкала**[**психастении**](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F) (Pt) — устанавливается сходство обследуемого с больными, страдающими фобиями, навязчивыми действиями и мыслями (тревожно-мнительный тип личности);
8. **Шкала**[**шизофрении**](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A8%D0%B8%D0%B7%D0%BE%D0%B8%D0%B4%D0%BD%D0%BE%D0%B5_%D1%80%D0%B0%D1%81%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B9%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE_%D0%BB%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8) (Sc) — направлена на диагностику шизоидного (аутического) типа личности;
9. **Шкала**[**гипомании**](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B8%D0%BF%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%8F) (Ma) — определяется степень «близости» обследуемого гипертимному типу личности;
10. **Шкала**[**социальной интроверсии**](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D0%BD%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%B5%D1%80%D1%81%D0%B8%D1%8F_%E2%80%94_%D1%8D%D0%BA%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%B5%D1%80%D1%81%D0%B8%D1%8F) (Si) — диагностика степени соответствия интровертированному типу личности. Клинической шкалой не является, добавлена в опросник в ходе его дальнейшей разработки;

**Оценочные шкалы**

1. **Шкала «?»** — шкалой может быть названа условно, так как не имеет относящихся к ней утверждений. Регистрирует количество утверждений, которые обследуемый не смог отнести ни к «верным», ни к «неверным»;
2. **Шкала «лжи»** (L) — предназначена для оценки искренности обследуемого;
3. **Шкала достоверности** (F) — создана для выявления недостоверных результатов (связанных с небрежностью обследуемого), а также аггравации и симуляции;
4. **Шкала коррекции** (K) — введена для того, чтобы сгладить искажения, вносимые чрезмерной недоступностью и осторожностью обследуемого.

В 1960-х ученые работали над адаптацией MMPI к отечественной реальности. Исследователи долго трудились в этом направлении, и в итоге были заново перекалиброваны вопросы и варианты ответов. Изменения методики проводились в Ленинградском психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева, а последние крупные изменения были внесены Л.Н. Собчик. В 1971 году был представлен новый вариант – тест СМИЛ (Стандартизированный Многофакторный метод Исследования Личности).

**Сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (Мини-мульт, СМОЛ)** - представляет собой сокращенный вариант MMPI, содержит 71 вопрос, 11 шкал, из них 3 – оценочные. Первые 3 оценочные шкалы измеряют искренность испытуемого, степень достоверности результатов тестирования и величину коррекции, вносимую чрезмерной осторожностью. Остальные 8 шкал являются базисными и оценивают свойства личности.

Первая шкала измеряет свойство личности испытуемого с астено-невротическим типом. Вторая шкала говорит о склонности испытуемого с социопатическим вариантом развития личности. Пятая шкала в этом варианте опросника не используется, после четвертой шкалы следует шестая. Шестая шкала характеризует обидчивость испытуемого, его склонность к аффективным реакциям. Седьмая шкала предназначена для диагностики тревожно-мнительного типа личности, склонного к сомнениям. Восьмая шкала определяет степень эмоциональной отчужденности, сложность установления социальных контактов. Девятая шкала показывает близость к гипертимному типу личности, измеряет активность и возбудимость.

Время проведения опроса не ограничивается.

Процедура проведения.Опрос рекомендуется проводить индивидуально или в группе при наличии у каждого испытуемого текста опросника и бланка для ответов, в присутствии экспериментатора, которому испытуемые могут задавать вопросы.

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 ниже.**

**Лекция 13**

**Опросники оценки психологический адаптации и качества жизни**

Тест нервно-психической адаптации И. Н. Гурвич

Тест разработан в отделении психопрофилак­тики и внебольничной психиатрии Психоневрологического научно-исследовательского института им. В. М. Бехтерева. Конкретно-мето­дологической основой теста послужила концептуальная модель пред-болезненных состояний в психиатрии, выдвинутая С. Б. Семичовым. Им же разработаны концепты симптомов, содержащиеся в первич­ной форме теста.

**Назначение и содержание теста.**Это психиатрический тест, что на операциональном уровне выражается в выявлении уровня нервно-психической адаптации путем установления наличия и выраженно­сти у индивида некоторых психиатрических симптомов. Такая его направленность выражается еще и в том, что крайними категориями многомерной шкалы адаптации выступают абсолютное (идеальное) нервно-психическое здоровье и вероятное болезненное нервно-пси­хическое состояние.

Тест может быть применен:

* в качестве самостоятельной клинико-психологической методики;
* составе методического оснащения программ, направленных на изучение факторов нервно-психического здоровья популяций, когда тестовые оценки представляют собой результирующую пе­ременную, отражающую влияние факторов, изучаемых в эпиде­миологическом аспекте;
* в составе двухшаговых скрининговых процедур — для первого шага скрининга, в этом случае тест позволяет расслоить популя­цию по уровню нервно-психического здоровья.

**Состав.** Тест состоит из 26 суждений, что практически достаточно для гомогенного теста. Суждения отобраны по результатам оценки надеж-ности и валидности первичной формы теста и размещены в случайном порядке. Каждое из них имеет 4-балльную шкалу с нулевым делением (т.е. подразумевающую возможность отсутствия симптома), относящуюся к так называемым шкалам последовательных интервалов. Получение итоговых оценок осуществляется путем суммирования.

Шкалы построены по типу шкалы Ликерта; они идентифицируют сим­птом с преходящей реакцией, актуальной реакцией, состоянием или развитием.

Согласно определению Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), **качество жизни** — состояние полного физического, психического и социального благополучия (Ware, Sherbourne, 1992) [1–3, 8, 36]. Качество жизни (КЖ) человека — понятие достаточно широкое и помимо физического, психического и социального благополучия может включать материальные и духовные ценности. Поэтому в последние годы используется термин «качество жизни, ассоциированное со здоровьем» (Health related quality of life). История изучения КЖ в медицине началась в 1947 г. D. Karnofsky в своих работах на примере онкологических больных впервые указал на необходимость изучения всего разнообразия последствий болезни, не ограничиваясь только общепринятыми медицинскими показателями. Болезнь влияет не только на физическое состояние человека, но и на эмоциональные реакции, психологию его поведения, социальное функционирование. В 1966 г. J. R. Erkinton впервые использовал словосочетание «качество жизни», подчеркивая важность всестороннего изучения проявлений болезни. Официально же термин был признан в медицине в 1977 г., когда появился в качестве рубрики Cumulated Index Medicus. В разработке методологии исследования важную роль играют исследования A. McSweeny, предложившего оценивать КЖ, основываясь на четырех аспектах (эмоциональном, социальном функционировании, повседневной активности и проведении досуга)

В разработку научного изучения КЖ большой вклад внесла ВОЗ — она выработала основополагающие критерии КЖ:

1) физические (сила, энергия, усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых);
2) психологические (положительные эмоции, мышление, изучение, концентрация, самооценка, внешний вид, переживания);
3) уровень независимости (повседневная активность, работоспособность, зависимость от лекарств и лечения);
4) общественная жизнь (личные взаимоотношения, общественная ценность субъекта, сексуальная активность);
5) окружающая среда (быт, благополучие, безопасность, доступность и качество медицинской и социальной помощи, обеспеченность, экология, возможность обучения, доступность информации);
6) духовность (религия, личные убеждения).

### Методы оценки качества жизни

В настоящее время все общепринятые методики предполагают использование стандартизованного опросника, заполняемого больным. Все опросники делятся на общие и специальные. Общие опросники позволяют оценить КЖ независимо от нозологии, тяжести заболевания и вида лечения. Из наиболее распространенных общих опросников, которые рекомендованы институтом MAPI (Франция), это американский опросник SF-36 и его вариации SF-12, SF-20, SF-22 и опросник EuroQol (EQ-5D) [12, 21, 24, 34].

Кроме того, в исследованиях используются Nottingham Health Profile Questionnaire, Short Form McGill Pain Questionnaire, Beck Depression Inventory, Визуальная аналоговая шкала (ВАШ), General Health Questionnaire и другие.

Специальные опросники устанавливают определенные параметры КЖ у пациентов с определенной нозологией заболевания. Они наиболее чувствительны и специфичны по отношению к конкретному заболеванию, чем общие опросники.

**Лекция 14**

**Диагностика невротических нарушений и отношения к болезни**

#####  **Экспериментально-психологическая методика «Уровень невротизации» (УН)** является медико-психологическим экспресс-диагностическим инструментом для выявления степени выраженности **невротизации**.

О просник рассчитан на лиц в возрасте от 16 лет и старше. Испытуемому предъявляется инструкция в устной или письменной форме, текст опросника и бланк для регистрации ответов.

Время заполнения бланка не ограничивается, однако, испытуемому предлагается отвечать на вопросы по возможности быстро, не обдумывая.

Исследование может проводиться как индивидуально, так и в группе.

Испытуемый в соответствии с инструкцией фиксирует на регистрационном бланке свои ответы (Да или Нет) на каждое из 45 утверждений

**Методика «Копинг-стратегии» Р. Лазару**са содержит в себе 8 показателей, таких как:

1. Конфронтация
2. Дистанцирование
3. Самоконтроль
4. Поиск социальной поддержки
5. Принятие ответственности
6. Бегство-избегание
7. Планирование решения проблемы
8. Положительная переоценка

Совладание с жизненными трудностями, как утверждают авторы методики, есть постоянно изменяющиеся когнитивные и поведенческие усилия индивида с целью управления специфическими внешними и (или) внутренними требованиями, которые оцениваются им как подвергающие его испытанию или превышающие его ресурсы. Задача совладания с негативными жизненными обстоятельствами состоит в том, чтобы либо преодолеть трудности, либо уменьшить их отрицательные последствия, либо избежать этих трудностей, либо вытерпеть их. Можно определить совладающее поведение как целенаправленное социальное поведение, позволяющее справиться с трудной жизненной ситуацией (или стрессом) способами, адекватными личностным особенностям и ситуации, – через осознанные стратегии действий. Это сознательное поведение направлено на активное изменение, преобразование ситуации, поддающейся контролю, или на приспособление к ней, если ситуация не поддаётся контролю. При таком понимании оно важно для социальной адаптации здоровых людей. Его стили и стратегии рассматриваются как отдельные элементы сознательного социального поведения, с помощью которых человек справляется с жизненными трудностями.

*Конфронтация.* Разрешение проблемы за счет не всегда целенаправленной поведенческой активности, осуществления конкретных действий. Часто стратегия конфронтации рассматривается как неадаптивная, однако при умеренном использовании она обеспечивает способность личности к сопротивлению трудностям, энергичность и предприимчивость при разрешении проблемных ситуаций, умение отстаивать собственные интересы;

*Дистанцирование.* Преодоление негативных переживаний в связи с проблемой за счет субъективного снижения ее значимости и степени эмоциональной вовлеченности в нее. Характерно использование интеллектуальных приемов рационализации, переключения внимания, отстранения, юмора, обесценивания и т.п.;

*Самоконтроль.* Преодоление негативных переживаний в связи с проблемой за счет целенаправленного подавления и сдерживания эмоций, минимизации их влияния на восприятие ситуации и выбор стратегии поведения, высокий контроль поведения, стремление к самообладанию;

*Поиск социальной поддержки.* Разрешение проблемы за счет привлечения внешних (социальных) ресурсов, поиска информационной, эмоциональной и действенной поддержки. Характерны ориентированность на взаимодействие с др. людьми, ожидание поддержки, внимания, совета, сочувствия, конкретной действенной помощи;

*Принятие ответственности.* Признание субъектом своей роли в возникновении проблемы и ответственности за ее решение, в ряде случаев с отчетливым компонентом самокритики и самообвинения. Выраженность данной стратегии в поведении может приводить к неоправданной самокритике и самобичеванию, переживанию чувства вины и хронической неудовлетворенности собой;

*Бегство-избегание.* Преодоление личностью негативных переживаний в связи с трудностями за счет реагирования по типу уклонения: отрицания проблемы, фантазирования, неоправданных ожиданий, отвлечения и т.п. При отчетливом предпочтении стратегии избегания могут наблюдаться инфантильные формы поведения в стрессовых ситуациях;

*Планирование решения проблемы.* Преодоление проблемы за счет целенаправленного анализа ситуации и возможных вариантов поведения, выработки стратегии разрешения проблемы, планирования собственных действий с учетом объективных условий, прошлого опыта и имеющихся ресурсов;

*Положительная переоценка.*Преодоление негативных переживаний в связи с проблемой за счет ее положительного переосмысления, рассмотрения ее как стимула для личностного роста. Характерна ориентированность на надличностное, философское осмысление проблемной ситуации, включение ее в более широкий контекст работы личности над саморазвитием.

ТОБОЛ (тип отношения к болезни) - клиническая тестовая методика, направленная на диагностику типа [отношения к болезни](https://psylab.info/index.php?title=%D0%92%D0%BD%D1%83%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F%D1%8F_%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D0%B8&action=edit&redlink=1).

Отличительной особенностью теста, вытекающей из первоначальной задумки и организации валидизации, является необычная структура: он состоит из списков утверждений, в каждом из которых респонденту необходимо выбрать 1 или 2 (в отличие от тестов, в которых нужно ответить на ряд вопросов да/нет, либо степенью согласия с утверждением).

## Теоретические основы

При создании ТОБОЛ была использована клинико-психологическая типология отношения к болезни, предложенная А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым в 1980 году. 12 типов реагирования, диагностируемые тестом: сенситивный, тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический, неврастенический, эгоцентрический, паранойяльный, анозогнозический, дисфорический, эргопатический и гармоничный, авторами были поделены на 3 блока: условно-адаптивный, интрапсихически-дезадаптивный и интерпсихически-дезадаптивный.

Для составления текста теста были выбраны 12 наиболее важных, по мнению автора, жизненных сфер, отражающих систему отношений личности: отношение к болезни, к ее лечению, врачам и медперсоналу, родным и близким, окружающим, работе (учебе), одиночеству, будущему, а также самооценка самочувствия, настроения, сна и аппетита.

Отличительной чертой теста является валидизация не на популяции больных с тем или иным типом реагирования на болезнь (как это делается для большинства клинических тестов/опросников), а на группе экспертов, которые выбирали из первоначального предложенного списка утверждения, которые, по их мнению, соответствуют тому или иному типу реагирования на болезнь, заполняя их «как больные». Таким образом, диагностируемый тип является типом, диагностируемым специалистом, но не обязательно - предъявляемым пациентом. О причинах такого варианта валидизации неизвестно.

## Тест ТОБОЛ

ТОБОЛ был сконструирован коллективом авторов: Л.И. Вассерман, А.Я. Вукс, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова в 1987 году в НИИ им. Бехтерева «как модель мышления клинического психолога и/или психоневролога, потенциально восполняющая недостаток опыта у врачей-интернистов в квалификации психического состояния и личностной диагностики больного при отсутствии клинических психологов и психоневрологов во многих клиниках соматического профиля». Первоначально методика называлась «ЛОБИ» (Личностный опросник Бехтеревского института).

### Интерпретация профиля шкальных оценок

При интерпретации профиля следует обращать внимание на соотношение шкальных оценок в трех областях, соответствующих трем блокам типов отношения к болезни: типы без выраженных нарушений психической и социальной адаптации; типы с наличием психической дезадаптации, связанной преимущественно с интрапсихической направленностью реагирования на болезнь; типы с наличием психической дезадаптации, связанной преимущественно с интерпсихической направленностью реагирования на болезнь (см. раздел «Классификация типов отношения к болезни»). Может быть выделен блок (или блоки) с бóльшими оценками входящих в него шкал по сравнению с другими блоками. Это позволяет предполагать, что в личностном реагировании на болезнь доминирует направленность, соответствующая шкалам этого блока.

* Если пики шкальных оценок расположены в области одного первого блока, то можно делать вывод о том, что отношение к болезни у больного характеризуется стремлением преодолеть заболевание, неприятием «роли» больного, сохранением ценностной структуры и активного социального функционирования без отчетливых проявлений психической и социальной дезадаптации.
* Если пики шкальных оценок расположены в области второго или третьего блоков, то отношение к болезни у больного с таким профилем шкальных оценок является преимущественно дезадаптивным соответственно с интерпсихической или интрапсихической направленностью.

Следует особо обращать внимание на величину неоткорректированных шкал первого блока (гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы). Если в целом диагностируются типы второго или третьего блоков при высоких показателях по шкалам первого, то это может свидетельствовать о том, что, несмотря на явления психической дезадаптации, больной в своем поведении в существенной степени руководствуется стремлением к сохранению ценностной структуры и активному социальному функционированию.

Кроме того, следует обратить внимание на распределение шкальных оценок внутри каждого блока (при этом необходимо рассматривать неоткорректированные оценки шкал первого блока). Такой содержательный анализ дает возможность более дифференцированно описать многомерное отношение к болезни при рассмотрении этого отношения с позиций внутриблоковой направленности.

Дополнительная содержательная информация для понимания своеобразия отношения к болезни у больного может быть получена при анализе распределения зачетных ответов для шкал по 12-ти отдельным темам опросника или по группам тем, которые могут быть составлены психологом в соответствии с задачами исследования. Например, могут быть объединены «темы, связанные с социальным функционированием» («Отношение к родным и близким», «Отношение к работе», «Отношение к окружающим»).

При использовании предлагаемого опросника получаемые с его помощью данные рекомендуется рассматривать в контексте данных других экспериментально-психологических методик (опросников, проективных методов и др.).

### Классификация типов отношения к болезни

1. **Гармоничный (Г)** (реалистичный, взвешенный). Оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть, но и без недооценки тяжести болезни. Стремление во всем активно содействовать успеху лечения. Стремление облегчить близким тяготы ухода за собой. В случае понимания неблагоприятного прогноза заболевания – переключение интересов на те области жизни, которые останутся доступными больному, сосредоточение внимания на своих делах, заботе о близких.
2. **Эргопатический (Р)** (стенический). «Уход от болезни в работу». Характерно сверхответственное, подчас одержимое, стеничное отношение к работе, которое в ряде случаев выражено еще в большей степени, чем до болезни. Избирательное отношение к обследованию и лечению, обусловленное, прежде всего стремлением, несмотря на тяжесть заболевания, продолжать работу. Стремление во что бы то ни стало сохранить профессиональный статус и возможность продолжения активной трудовой деятельности в прежнем качестве.
3. **Анозогнозический (З)** (эйфорический). Активнее отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях, вплоть до отрицания очевидного. При признании болезни – отбрасывание мыслей о возможных ее последствиях. Отчетливые тенденции рассматривать симптомы болезни как проявления «несерьезных» заболеваний или случайных колебаний самочувствия. В связи с этим нередко характерны отказ от врачебного обследования и лечения, желание «разобраться самому» и «обойтись своими средствами», надежда на то, что «само все обойдется». При эйфорическом варианте этого типа – необоснованно повышенное настроение, пренебрежительное, легкомысленное отношение к болезни и лечению. Желание продолжать получать от жизни все, что и ранее, несмотря на болезнь. Легкость нарушений режима и врачебных рекомендаций, пагубно сказывающихся на течении болезни.
4. **Тревожный (Т)** (тревожно-депрессивный и обсессивно-фобический). Непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений неэффективности и даже опасности лечения. Поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни и методах лечения, поиск «авторитетов», частая смена лечащего врача. В отличие от ипохондрического типа отношения к болезни, в большей степени выражен интерес к объективным данным (результаты анализов, заключения специалистов), нежели к субъективным ощущениям. Поэтому – предпочтение слушать о проявлениях заболевания у других, а не предъявлять без конца свои жалобы. Настроение тревожное. Как следствие тревоги – угнетенность настроения и психической активности. При обсессивно-фобическом варианте этого типа – тревожная мнительность, которая, прежде всего, касается опасений не реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а также возможных (но малообоснованных) неудач в жизни; работе, взаимоотношениях с близкими в связи с болезнью. Воображаемые опасности волнуют более чем реальные. Защитой от тревоги становятся приметы и ритуалы.
5. **Ипохондрический (И)**. Чрезмерное сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. Стремление постоянно рассказывать о них врачам, медперсоналу и окружающим. Преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий. Преувеличение неприятных ощущений в связи с побочными действиями лекарств и диагностических процедур. Сочетание желания лечиться и неверия в успех, постоянных требований тщательного обследования у авторитетных специалистов и боязни вреда и болезненности процедур.
6. **Неврастенический (Н)**. Поведение по типу «раздражительной слабости». Вспышки раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения. Раздражение нередко изливается на первого попавшегося и завершается раскаянием и угрызениями совести. Неумение и нежелание терпеть болевые ощущения. Нетерпеливость в обследовании и лечении, неспособность терпеливо ждать облегчения. В последующем – критическое отношение к своим поступкам и необдуманным словам, просьбы о прощении.
7. **Меланхолический (М)** (витально-тоскливый). Сверхудрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения. Активные депрессивные высказывания вплоть до суицидных мыслей. Пессимистический взгляд на все вокруг. Сомнение в успехе лечения даже при благоприятных объективных данных и удовлетворительном самочувствии.
8. **Апатический (А)**. Полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения. Пассивное подчинение процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны. Утрата интереса к жизни, ко всему, что ранее волновало. Вялость и апатия в поведении, деятельности и межличностных отношениях.
9. **Сенситивный (С)**. Чрезмерная ранимость, уязвимость, озабоченность возможными неблагоприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения о болезни. Опасения, что окружающие станут жалеть, считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться, распускать сплетни и неблагоприятные слухи о причине и природа болезни и даже избегать общения с больным. Боязнь стать обузой для близких из-за болезни и неблагожелательного отношения с их стороны в связи с этим. Колебания настроения, связанные, главным образом, с межличностными контактами.
10. **Эгоцентрический (Э)** (истероидный). «Принятие» болезни и поиски выгод в связи с болезнью. Выставление напоказ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью вызвать сочувствие и полностью завладеть их вниманием. Требование исключительной заботы о себе в ущерб другим делам и заботам, полное невнимание к близким. Разговоры окружающих быстро переводятся «на себя». Другие люди, также требующие внимания и заботы, рассматриваются как «конкуренты», отношение к ним – неприязненное. Постоянное желание показать другим свою исключительность в отношении болезни, непохожесть на других. Эмоциональная нестабильность и непрогнозируемость.
11. **Паранойяльный (П)**. Уверенность, что болезнь – результат внешних причин, чьего-то злого умысла. Крайняя подозрительность и настороженность к разговорам о себе, к лекарствам и процедурам. Стремление приписывать возможные осложнения или побочные действия лекарств халатности или злому умыслу врачей и персонала. Обвинения и требования наказаний в связи с этим.
12. **Дисфорический (Д)** (агрессивный). Доминирует гневливо-мрачное, озлобленное настроение, постоянный угрюмый и недовольный вид. Зависть и ненависть к здоровым, включая родных и близких. Вспышки озлобленности со склонностью винить в своей болезни других. Требование особого внимания к себе и подозрительность к процедурам и лечению. Агрессивное, подчас деспотическое отношение к близким, требование во всем угождать.

**Лекции 15**

**Методики диагностики психосоматических нарушений личности**

**Гиссенский опросник психосоматических ж**алоб (Giesener Beschwerdebogen, GBB) представляет собой опросник, предназначенный для регистрации отдельных жалоб, комплекса жалоб и определения суммарной оценки их интенсивности.

GBB не является опросником симптомов соматических заболеваний, в нём перечислены лишь соматические симптомы, встречающиеся в картине психосоматических расстройств.

## Внутренняя структура

Опросник состоит из 57 пунктов - перечня жалоб, относящихся к таким сферам как общее самочувствие, вегетативные расстройства, нарушение функций внутренних органов. В опроснике отсутствуют чисто «психические» симптомы, так как для их регистрации имеется множество других опросников. Каждый из пунктов оценивается по 5-балльной шкале: от 0 (жалоба отсутствует) до 4 (жалоба выражена предельно сильно). Кроме того, есть возможность дополнительно указать не включённые в опросник жалобы и отметить степень общей обусловленности жалоб психическими и физическими факторами.

Опросник имеет 4 основых шкалы и одна суммарная. Каждая основная шкала включает в себя по 6 пунктов, суммарная шкала включает в себя все 24 пункта основных шкал. Остальные вопросы не соотносятся со шкалами.

## Клиническое значение

В медицинской практике часто представляет интерес, имеет ли, например, язвенный больной локальную ограниченную желудочную или дуоденальную симптоматику или предъявляет генерализованные неспецифические жалобы. В последнем случае велика вероятность участия психических факторов в этиологии заболевания, и, соответственно, возрастает роль психотерапии. Для выявления подобных состояний и предназначен данный опросник. Он может быть заполнен любым специалистом в области медицины, а также и самим пациентом, но в наибольшей степени окажется полезен специалистам первичного звена здравоохранения (В СНГ - участковым терапевтам, на Западе - семейным врачам).

ПСО может применяться в практике как индивидуальной, так и групповой психотерапии для первичного обследования и для оценки эффективности психотерапии. Наиболее существенными в данном контексте, согласно литературным данным, являются показатели первой шкалы.

Методика ПСО использовалась при решении проблемы взаимовлияния физических жалоб у супругов, ответной реакции на возникновение заболевания у партнера. Теоретической основой для понимания подобной взаимосвязи служит расширение понятия психосоматики, когда «болезнь» и «здоровье» касаются не только самого индивида, но и находятся во взаимодействии с его окружением, связаны с его биографией, предрасположенностью, воспитанием, супружеской жизнью, семьей и т. д.

Использование ПСО в рамках семейной диагностики и терапии позволит углубить как теоретические аспекты данной проблемы, так и практическую направленность семейной психотерапии

## Обработка и интепретация результатов

### Подсчёт результатов по основным шкалам

Производится простым суммированием баллов по всем вопросам каждой шкалы:

* Шкала 1 - «Истощение» - характеризует неспецифический фактор истощения, который указывает на общую потерю жизненной энергии и потребность пациента в помощи (пункты 1, 7, 29, 32, 36, 42)
* Шкала 2 - «Желудочные жалобы» - отражает синдром нервных (психосоматических) желудочных недомоганий (эпигастральный синдром) (пункты 3, 15, 18, 23, 25, 51)
* Шкала 3 - «Ревматический фактор» - выражает субъективные страдания пациента, носящие алгический или спастический характер (пункты 9, 11, 13, 27, 41, 55).
* Шкала 4 - «Сердечные жалобы» - указывает, что пациент локализует свои недомогания преимущественно в сердечно-сосудистой сфере (пункты 2, 10, 20, 45, 52, 56).
* Шкала 5 - «Давление жалоб» - характеризует общую интенсивность жалоб, «ипохондричность» не в традиционном понимании этого термина, а с точки зрения психосоматического подхода — как «давление жалоб». Значение равно сумме значений основных шкал.

Необходимо ещё раз подчеркнуть, что указанные шкалы не отображают клинические синдромы, которые позволяют диагностировать то или иное заболевание. Они представляют собой среднее сочетание ощущаемых (пациентами и населением вообще) физических недомоганий, которые в каждом отдельном случае могут иметь другие сочетания, однако в общем далеко не случайно встречаются одновременно. Это, разумеется, не исключает того, что гипертоническая болезнь, например, приведёт к росту показателя шкалы «сердечные жалобы», а язва желудка — «желудочные жалобы».

Кроме интерпретации по пяти стандартным шкалам, возможен более сложный и дифференцированный анализ, основывающийся на всех 57 пунктах. Например, при анализе результатов теста представляют интерес, прежде всего, экстремальные значения отдельных пунктов. Редко встречающиеся жалобы, не входящие в шкалы, также могут иметь значение при анализе результатов обследования. Кроме того, отсутствие данных по отдельным пунктам, как например, «повышенная или пониженная половая возбудимость», могут характеризовать определённую проблематику. Указанием на представление испытуемого о причинной связи недомогания выясняется субъективная обусловленность жалоб (психическая или физическая).

**СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУ**РЫ

**Основная литература**:

1. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология. СПб, 2012
2. Ассанович М.А. Клиническая психодиагностика. Специализированные методики и опросники. Белоруссия, 2013
3. Кудиярова Ғ., Жарбосынова Б. Медициналық психология –А., 2014
4. Николаева Н., Соколова Е., Спиваковская А. Спецпрактикум по патопсихологии. М., 2009
5. А.В. Фролова, А.Ф. Минуллина Практикум по клинической психологии. Казань, 2013
6. Яньшин П. В. Практикум по клинической психологии. Методы исследования личности. – СПб : Питер, 2004. – 336 с

 **Дополнительная литература**

1. Степанова О.П. Клиническая психология в схемах и таблицах. М., 2015
2. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. Учебное пособие М., 2009
3. Пушкина Т. Медицинская психология. Н., 2014
4. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики в клинике (с приложением). М., 2000

**Интернет-ресурсы:**

1. <http://mprj.ru>
2. <http://www.koob.ru/>
3. http://psy-clinic.info
4. <http://www.psychology.ru>
5. <http://www.flogiston.ru>
6. <http://www.twirpx.com>
7. <http://pedlib.ru/Books/3/0038/3_0038-1.shtml>
8. <https://psylab.info/>