



В. В. НИКОЛАЕВА,
Е. Т. СОКОЛОВА,
А. С. СПИВАКОВСКАЯ

**СПЕЦ-
ПРАКТИКУМ
ПО ПАТО-
ПСИХОЛОГИИ**



Издательство
Московского университета
1979

МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ М.В. ЛОМОНОСОВА

ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГИИ

В.В. Николаева, Е.Т. Соколова, А.С. Спиваковская

СПЕЦПРАКТИКУМ ПО ПАТОПСИХОЛОГИИ

(Общие методические рекомендации)

Издательство Московского университета
1979

Печатается по постановлению Редакционно-издательского совета Московского университета.

Рецензенты: доктор психологических наук, профессор
Б.В.Зейгарник;
кандидат психологических наук Л.В.Бонда-
рева.

В.В.Николаева, Е.Т.Соколова, А.С.Спиваковская

Спецпрактикум по патопсихологии

Общие методические рекомендации

с. 43

Работа представляет собой первое учебное пособие к спецпрактикуму по патопсихологии. В нем отражены основные деонтологические рекомендации студентам, необходимые для работы с психически больными, изложены практические задачи патопсихологии, сформулированы основные принципы построения исследования; даны описания стратегии и тактики экспериментального исследования, основные рекомендации к выбору конкретных методов исследования и составлению заключений. Пособие рассчитано на студентов-психологов, специализирующихся в области медицинской психологии.

©

Издательство Московского университета

1979 г.

Введение

Данная работа представляет собой изложение некоторых самых общих вводных методических рекомендаций, адресованных студентам-психологам, специализирующимся в области медицинской психологии.

Подобные руководства (правда, гораздо более развернутые по содержанию) уже существуют [1; 5], однако они малочисленны, изданы небольшим тиражом, но адресованы не студентам, начинающим подготовку по специальности, а патопсихологам, уже работающим в медицинских учреждениях. Задача настоящей работы - восполнить существующий пробел в учебно-методических пособиях по патопсихологии для студентов-психологов.

Объем данной работы не позволяет нам дать подробное описание отдельных методов патопсихологического исследования больных. Мы не ставим перед собой также и задачу изложения каких-либо новых положений и рекомендаций, а берем за основу имеющиеся уже в литературе по патопсихологии данные [1; 4; 5], а также исходим из многолетнего опыта работы спецпрактикума по патопсихологии. Этот спецпрактикум ведется уже около 20 лет. Накоплен богатый фактический материал, наблюдения и педагогические и методические рекомендации как для преподавателей, так и для студентов. Данная работа - первая попытка обобщения этого опыта.

Задачи спецпрактикума по патопсихологии - сформировать у студентов навыки работы с психически больными, отработать некоторые приемы проведения экспериментального исследования, а также научить студентов основным приемам интерпретации экспериментального материала.

Авторы выражают искреннюю благодарность сотрудникам лаборатории экспериментальной патопсихологии НИИ Психиатрии МЗ РСФСР и психологической лаборатории больницы им. П.Б.Ганнушкина за предоставляемую в течение многих лет возможность проведения спецпрактикума, постоянное участие в нем и помощь в работе преподавателей и студентов факультета психологии.

2-1111

Деонтологическое введение

Для большинства медицинских психологов работа в специальном практикуме по патопсихологии представляет начальный этап работы с больными, работа, которая требует от будущего специалиста по медицинской психологии не только специальных психологических знаний и навыков, но и некоторых знаний общемедицинского характера. В первую очередь это требование относится к необходимости следования основным принципам медицинской деонтологии (*deon* - долг, *logos* - наука) - наука о врачебном долге, рассматривающая в качестве одной из центральных проблем - проблему взаимоотношения врача и больного. Основным деонтологическим принципом подобного взаимоотношения является принцип гуманного, чуткого отношения к больному человеку, отношения, исключающего любые действия и слова, травмирующие больного, наносящие вред его состоянию и самочувствию.

В специальной медицинской литературе содержится много указаний на то, каким должен быть врач по отношению к больному человеку. Очень выразительны в этом отношении положения, содержащиеся в древней индийской "Книге жизни" Сусруты^{*}: "Врач, который желает иметь успех в практике, должен быть здоров, опрятен, скромн, терпелив... Речь его должна быть тихая, приятная и поощряющая. Он должен обладать чистым сострадательным сердцем, правдивым характером, спокойным темпераментом, отличаться величайшей умеренностью и целомудрием, постоянным стремлением делать добро. Можно бояться отца, матери, друзей, учителя, но не должно чувствовать страха перед врачом, последний должен быть добрее, нежели отец, мать, друзья и наставник. С другой стороны, хороший врач обязан прилежно посещать и тщательно исследовать больного и не должен быть боязлив и нерешителен". Несмотря на то, что прошло много веков со времени, когда были высказаны эти суждения, они не потеряли своей актуальности и справедливости и по сей день. Все

* Цит. по книге Н.Н.Блохина "Деонтология в онкологии". М., 1977, с. 15.

сказанное здесь о врачах в равной степени применимо и к медицинскому психологу. Хотя психолог, готовящий себя для работы с больными, и не принимает "Присяги врача Советского Союза", которой заканчивают свое обучение в вузе врачи, все обязательства, изложенные в ней (с необходимой поправкой на психологическую, а не врачебную квалификацию специалиста), могут быть адресованы медицинскому психологу. В связи с этим считаем необходимым привести полное содержание присяги молодых врачей.

"Получая высокое звание врача и приступая к врачебной деятельности, я торжественно клянусь: все знания и силы посвятить охране и улучшению здоровья человека, лечению и предупреждению заболеваний, добросовестно трудиться там, где этого требуют интересы общества;

- быть всегда готовым оказать медицинскую помощь, внимательно и заботливо относиться к больным, хранить врачебную тайну;

- постоянно совершенствовать свои медицинские познания и врачебное мастерство, способствовать своим трудом развитию медицинской науки и практики;

- обращаться, если этого требуют интересы больного, за советом к товарищам по профессии и самому никогда не отказывать им в совете и помощи;

- беречь и развивать благородные традиции отечественной медицины, во всех своих действиях руководствоваться принципами коммунистической морали, всегда помнить о высоком призвании советского врача, об ответственности перед народом и советским государством.

Верность этой присяге клянусь пронести через всю свою жизнь".

Итак, чуткое внимательное отношение к больному - необходимое требование ко всем, кто работает с больными людьми. При работе с психически больными это требование предполагает, прежде всего, избавление от распространенного обывательского отношения к психически больному человеку. Основу подобного отношения к душевнобольным составляют представления о них, как о людях, потерявших человеческий облик, способных на страшные, "глупые" поступ-

ки, подчиняющиеся иной логике, нежели поведение здорового человека. Житейский взгляд на душевнобольного человека фиксирует чаще всего только поведенческие проявления душевного заболевания, явные, грубые нарушения психической деятельности (бред, галлюцинации, немотивированную — с точки зрения наблюдателя-неспециалиста — агрессивность и т.д.). Подобные представления не просто примитивны, они жестоки по отношению к душевнобольному человеку, не говоря уже о том, что они имеют мало общего со взглядами, сложившимися в научной психиатрии. Последние и должны служить основой в работе медицинского психолога с психически больными [3].

В психиатрии известно, что проявления душевных заболеваний могут быть самыми разнообразными. Это и явные, грубые нарушения, фиксируемые зачастую и наблюдателем-неспециалистом (грубо неадекватное ситуации поведение, бредовые высказывания, некоторые виды галлюцинаций); и некоторые слабовыраженные изменения психической деятельности, расцениваемые иногда в быту как особенности характера или стиль мышления человека. Подобные маловыраженные, "стертые" проявления могут быть расценены как болезненные только при специальном тщательном исследовании, проводимом под руководством и при участии врача-психиатра. (При этом одним из участников исследования больного может быть медицинский психолог).

Независимо от того, в каком состоянии находится душевнобольной человек (остром психотическом состоянии, депрессивном или в состоянии сформировавшегося психического дефекта — слабоумия), психолог неизменно должен быть чуток к нему, сострадателен и заинтересован в его судьбе. (При этом обязательно сохранение известной сдержанности в проявлении чувств, избегание излишней чувствительности, сентиментальности в отношении к больному). Спокойный тон речи, свобода и естественность в общении с больным, уважение к больному, исключаящее как снобистский "взгляд сверху", так и заискивающую чувствительность — вот, вероятно, необходимые для успешной работы

с больным качества медицинского психолога.

Наряду с необходимыми требованиями к характеру общения с больным, психолог должен соблюдать некоторые сложившиеся в психиатрии правила работы с больными. Начиная работу с больным, психолог обязан познакомиться с историей болезни, которая поможет ему, во-первых, ориентироваться в психическом состоянии больного (например, знать, склонен больной к суициду или к диссимуляции своего состояния и т.д.); во-вторых, избежать ошибок в выборе тактики исследования; в-третьих, не допустить травмирующих больного вопросов или замечаний. Если психолог вынужден знакомиться с историей болезни в присутствии больного, то он должен делать это таким образом, чтобы содержание её и диагноз заболевания не были прочитаны больным. Прочитанную Историю болезни следует положить в недоступное для больного место. Со всеми вопросами относительно диагноза заболевания следует адресовать больного к его лечащему врачу. Аккуратное, бережное отношение к истории болезни важно также и для того, чтобы не спровоцировать импульсивное действие больного (взять, разорвать, выбросить в окно и т.д.). В равной степени аккуратен должен быть психолог при работе с другой медицинской документацией, экспериментально-психологическими методиками и специальным психиатрическим ключом, с помощью которого открываются двери "острых" отделений психиатрической больницы. Психиатрический ключ следует тщательно хранить, не доверять его больным. Последнее — не признак недоверия к психически больным вообще, поскольку сам больной, которому доверен ключ, может и не воспользоваться им, но забыть его или передать другому больному, который под влиянием бредовых или депрессивных установок может быть либо опасен для окружающих, либо склонен к суициду. Поэтому именно забота о здоровье психически больного человека требует внимания и аккуратности в соблюдении правил работы с ним.

Помимо общего чуткого отношения к больному и соблюдения необходимых правил обихода психиатрического учреждения психологу необходимо соблюдать некоторые правила деонтологии в ходе непосредственно экспериментальной работы с больным.

Вследствие особенностей своего болезненного состояния в ряде случаев больной может интерпретировать всю ситуацию эксперимента как обидную для него, посягающую на его человеческое достоинство, иными словами, оценивать её неправильно, с точки зрения имеющихся у него параноидных идей. В этих случаях экспериментатору-психологу необходимо мягко и тактично успокоить больного. Кроме того, в ходе экспериментальной работы психологу приходится вводить положительную либо отрицательную оценку достижений больного с целью актуализации у него определенного личностного отношения к исследованию. В ряде случаев ситуация исследования может требовать преимущественно отрицательной оценки результатов работы больного. В этих случаях независимо от общего хода эксперимента в конце исследования, перед уходом больного из лаборатории следует успокоить больного, в меру похвалить его с тем, чтобы "снять" общее негативное впечатление от исследования. В любом случае больной должен покинуть лабораторию успокоенным и приободренным.

Практические задачи патопсихологии

Мы уже говорили о том, что основная цель специального практикума по патопсихологии – сформировать некоторые навыки практической работы психолога с психически больными.

Вся же практическая работа психолога в клинике ориентирована на решение целого ряда задач психиатрической практики. В патопсихологической литературе уже неоднократно давалось описание тех практических задач, решение которых входит в компетенцию патопсихолога. Поэтому в настоящем учебном пособии мы дадим только их краткое описание.

1. Одна из важнейших задач практической работы психолога в психиатрической клинике – получение дополнительных данных о психическом состоянии больного (состоянии его познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы и личности в целом) для помощи врачу в решении воп-

роса о диагнозе заболевания. Разумеется, эта помощь необходима только в тех случаях, когда клиническая картина заболевания нерезко выражена, а методы клинической беседы и клинического наблюдения за больным не дают возможности глубоко проникнуть в особенности состояния больного. В этих условиях специальное экспериментально-психологическое исследование помогает выявить многие скрытые для простого наблюдения признаки психических нарушений, определить их структуру и взаимосвязь.

В психологии и патопсихологии уже накоплено достаточно данных об особенностях нарушений познавательной деятельности больных различных нозологий, специфике их самооценки, характере эмоциональных реакций на успех или неуспех в лично значимой для них ситуации психологического эксперимента. Так, в частности, известно, что больные шизофренией обнаруживают при экспериментальном исследовании целый комплекс нарушений познавательной деятельности: искажение процесса обобщения, специфическое нарушение целенаправленности мышления, изменения мотивационного компонента мыслительной деятельности (разноплановость мышления, резонерство). Вместе с тем, они, как правило, не обнаруживают значительных нарушений памяти, снижения умственной работоспособности, истощаемости психической деятельности. Подобная наиболее типичная структура познавательной деятельности сочетается у них с отсутствием адекватного "заинтересованного" отношения к исследованию, ослаблением эмоциональных реакций на успех и неуспех, на все оценочные факторы экспериментальной ситуации (указания на ошибки, замечания экспериментатора и др.). Обнаружение в патопсихологическом эксперименте описанной структуры психической деятельности может послужить важным дифференциально-диагностическим признаком, который позволит лечащему врачу с большей уверенностью поставить диагноз "шизофрения".

Возьмем другой пример. При органических нарушениях головного мозга различного генеза патопсихологический эксперимент выявляет, чаще всего снижение памяти и внимания, колебания умственной работоспособности, а в случаях

более грубого поражения центральной нервной системы — признаки специфического органического слабоумия с интеллектуальным снижением (по типу: снижение уровня обобщений, нарушение критичности мышления и т.д.). Эти нарушения сочетаются, как правило, с адекватным отношением к ситуации исследования в целом, выраженными реакциями на успех и неуспех в работе, заинтересованностью в похвале экспериментатора*. Установление психологической структуры нарушений и в этом случае окажет помощь врачу в уточнении диагноза заболевания, правильном назначении лечебных мероприятий. Отграничение шизофрении от органических заболеваний центральной нервной системы (в особенности, неясного генеза) — одна из наиболее частых дифференциально-диагностических задач, которые приходится решать практическому психологу в психиатрической клинике.

Другой задачей подобного рода является получение дополнительных диагностических данных для отграничения шизофрении от психопатии. Дифференцирующими признаками при этом также будут служить специфические характеристики познавательной деятельности и личности больных. Нарушения мышления по типу разноплановости суждений, искажения процесса обобщения в сочетании с отсутствием эмоциональной реакции на успех и неуспех в работе — комплекс нарушений, характерных для больного шизофренией. Отсутствие нарушений мышления в сочетании с выраженным переживанием успеха и неуспеха в работе, высоким и неустойчивым уровнем притязаний, завышенной или резко заниженной самооценкой — психологический симптомо-комплекс, типичный для психопатической личности.

Устанавливая подобным образом структуру нарушений, психологическое исследование дает в руки клинициста дополнительные диагностические данные.

Другой важной в практическом отношении задачей, которую решает психолог в психиатрической клинике, является

* Исключение составляют больные, у которых органический процесс локализован в лобных отделах мозга.

проведение экспериментально-психологического исследования с целью психиатрической экспертизы (трудовой, воинской, судебной). В ходе подобного экспертного исследования психолог может решать либо задачу дифференциально-диагностическую, либо задачу установления структуры дефекта и его соотношения с сохранными сторонами психической деятельности. Сложность экспертного исследования для психолога заключается в том, что больной почти всегда выступает в качестве лица, заинтересованного в исходе дела. В одних случаях больные заинтересованы в том, чтобы экспертиза признала их полноценными в психическом отношении людьми, что, в свою очередь, позволило бы им вернуться к профессиональной деятельности или пойти на военную службу. В других случаях больные могут быть заинтересованы в том, чтобы их признали больными, назначили группу инвалидности или освободили от службы в армии. Первоначальная установка диктует больному тактику поведения во время экспертного исследования. Это может быть тактика диссимуляции (преуменьшение выраженности болезненных нарушений) или аггравации (усиление тяжести имеющих место нарушений). Наконец, в случае судебной экспертизы это может быть действительная симуляция болезненных нарушений психики с целью освобождения от ответственности за содеянное. Диагностика установок больного в отношении экспертного исследования — самостоятельная задача психологического исследования в этом случае.

Третьей достаточно сложной практической задачей патопсихолога является исследование изменений психической деятельности под влиянием терапии. В этих случаях многократное исследование больного однотипным набором экспериментально-психологических методов позволяет установить динамику психических изменений под влиянием терапии, характеризовать тем самым и её эффективность.

В последнее время экспериментально-психологические исследования начинают все шире применяться для решения вопросов реабилитации больных. В этих случаях помимо описания структуры нарушений психической деятельности и личности больного, характеристики сохранных сторон психики большую роль играет изучение ближайшего социального окру-

4-1441

жения (в частности, семьи больного), характера отношений больного в социальной среде, его трудовых установок. Конечная цель подобного исследования – рекомендация вида трудовой деятельности, доступной данному больному, которая способствовала бы его трудовой и социальной реабилитации.

Самостоятельную задачу психолога, работающего в психиатрической клинике, составляет участие его в системе психотерапевтических мероприятий. Вопрос о месте психолога в системе психотерапии до сих пор является окончательно нерешенным и представляет задачу ближайшего будущего.

Одной из особенностей психологического исследования, как отмечает С.Я.Рубинштейн, "является многообразие конкретных методических приемов и вариантов эксперимента" [6, с. 32]. Поэтому необходимо дать описание основных принципов их построения.

Основные принципы построения патопсихологического эксперимента

Основные принципы построения экспериментально-психологического исследования сформулированы во многих работах отечественных патопсихологов последнего времени [1, 4, 5, 6]. Обратимся к их характеристике.

Одним из основных принципов построения патопсихологического исследования является принцип моделирования психической деятельности, которую обычно человек осуществляет в своей повседневной жизни: при выполнении профессиональных задач, в процессе учения, общения с окружающими людьми. Во время исследования в деятельности человека искусственно вычленяются отдельные действия: анализ и синтез различного материала – наглядного или вербального; сравнение различных предметов, понятий или суждений, установление между ними логических связей (причинных, ассоциативных, нахождение аналогий и т.д.); расчленение, дифференциация объектов или отношений между объектами и понятиями. В ходе эксперимента организуется выполнение этих действий в непривычных для человека условиях. Экспериментатор, наблюдая за характером действий больного, тщательно фиксирует весь процесс работы: способы выполнения за-

даний, ошибки в ходе решения, продолжительность и темп действий больного.

Следовательно, применяемые экспериментальные методы построены по известному в медицине принципу функциональных проб. Как отмечает С.Я.Рубинштейн, "в патопсихологическом эксперименте функциональная проба ориентирована на выявление внепрофессиональной структуры деятельности" [5, с. 38]: общей активности, направленности поведения, критичности, сохранности основных интеллектуальных операций, способности к запоминанию и удержанию материала, устойчивости внимания и т.д.

Другим важнейшим принципом, которому следует построение патопсихологического исследования, является принцип учета отношения больного к ситуации исследования. Отношения человека связаны со структурой его мотивационной сферы, с его потребностями, эмоциональными и волевыми особенностями. Таким образом, названный принцип построения патопсихологического исследования адресуется, прежде всего, к учету личностного аспекта деятельности больного. "О патологическом изменении личности мы говорим тогда, когда под влиянием болезни у человека скудеют интересы, мельчают потребности, когда у него проявляется равнодушное отношение к тому, что его раньше волновало, когда действия его лишаются целенаправленности..." — пишет Б.В.Зейгарник [4, с. 34]. Как мы отмечали ранее, ситуация психологического исследования в клинике в принципе не является по своему смыслу нейтральной для больных. Она выступает для больных как ситуация исследования их способностей, интеллектуальных возможностей, т.е. является экспертной в широком смысле слова. Поэтому сама ситуация эксперимента приводит к актуализации известного отношения к ней. В связи с этим уже то, как больной принимает задание, может свидетельствовать о сохранности или измененности его личностных установок. Некоторые больные прежде чем приступить к выполнению задания осторожно заявляют, что они "всегда плохо запоминали слова" или что они всегда работали медленно и невнимательно и т.д. Тем самым они

оправдывают себя заранее перед экспериментатором, предвосхищая возможный неуспех в работе. Другие, наоборот, не дослушивают инструкцию, поспешно и хаотично начинают выполнять задания, не заботясь о качестве своих результатов.

Необходимо отметить еще одну особенность ситуации патопсихологического эксперимента, которую специально следует фиксировать экспериментатору: процесс выполнения заданий актуализирует критичность больного, чувство самоконтроля. Больные иногда отмечают, что им самим "интересно проверить свой интеллект, умственную работоспособность". Нередко больной лишь в ходе работы впервые осознает свою умственную недостаточность. Осознание дефекта может вызвать тяжелые эмоциональные переживания больного. Появление подобной эмоциональной реакции или её отсутствие при явных грубых нарушениях психической деятельности, обнаруживаемых в ходе исследования, служит важным показателем личностной сохранности или измененности больного. Поэтому наблюдение за поведением больных, их высказываниями в ходе исследования, их реакцией на успех и неуспех в работе служит ценным материалом для характеристики их личности.

Важнейшим принципом построения патопсихологического исследования является принцип качественного анализа особенностей протекания психической деятельности больного. Принцип качественного анализа деятельности предполагает учет не только (и даже не столько) результатов выполнения каждого отдельного задания, а тщательное рассмотрение всего процесса работы: общего её темпа, последовательности смены операций, характера ошибок и того, чем они вызваны, возможности самостоятельно или с помощью экспериментатора замечать и исправлять ошибки. При количественном измерении функций в рамках психометрического подхода фиксируется лишь конечный продукт деятельности. В то же время повседневная практика клинической и экспериментальной работы показывает, что один и тот же патопсихологический симптом может быть обусловлен различными механизмами. Например, нарушение последовательности, целенаправ-

ленности суждений может быть вызвано как колебаниями умственной работоспособности (в частности, при сосудистых заболеваниях мозга), так и нестойкостью мотива, побуждающего деятельность больного (например, при хроническом алкоголизме); оно может быть также проявлением разноплановости мотивации (например, при шизофрении). Поэтому в каждом конкретном случае выявленное нарушение должно быть рассмотрено в комплексе с другими результатами патопсихологического исследования. Качественный анализ данных не исключает вместе с тем количественной обработки данных, напротив, статистический анализ результатов в ряде случаев необходим. Однако, он может быть только вторым, дополнительным этапом обработки результатов, которому должен предшествовать этап качественного анализа результатов.

Следование принципу качественного анализа деятельности выдвигает ряд требований ко всей процедуре исследования в целом. Прежде всего необходимо избегать жесткой стандартизации условий работы больного (ограничения времени, одинаковой последовательности предъявляемых заданий, одной и той же последовательности поощрений и порицаний со стороны экспериментатора). Наоборот желательна гибкая тактика оценок качества работы с учетом индивидуальности больного и конкретной задачи исследования, обязательна также дозированная помощь экспериментатора больному, позволяющая определить зону ближайшего развития больного. Учет того, какая помощь является достаточной больному для исправления ошибок (косвенное указание на ошибку, прямое вмешательство в действия больного, совместное исправление ошибок и т.д.), важен для заключения об особенностях психической деятельности больного в целом. Только в отдельных случаях может быть использована тактика измерительного исследования: например, при изучении утомляемости, при необходимости создать аффектогенную ситуацию в ходе исследования. В последнем случае измерительный характер исследования необходимо сочетать с подчеркнутыми оценками качества работы больного.

Тесно связанным с принципом качественного анализа деятельности является требование исследования больного не

5-1441

одной какой-либо методикой, а использование целого комплекса экспериментальных приемов. Только при использовании нескольких методов для изучения больного можно получить материал, всесторонне характеризующий особенности психической деятельности больного, её сохраненные и нарушенные компоненты. Отсюда же вытекает и требование многократных повторных исследований одного и того же больного. Последнее позволяет также определить, какие особенности психической деятельности больного зависят от его состояния, а какие являются стабильной характеристикой его психики.

Всякий эксперимент требует точной и объективной регистрации фактов. Как справедливо указывает С.Я.Рубинштейн, при всех модификациях и вариациях "конкретных методических приемов недопустимо их сведение к свободной беседе с больным или субъективной интерпретации экспериментальных данных" [6, с. 36].

Конечно, эксперимент с психически больными не может быть столь же точен, как эксперимент, например, в области психофизики. Психически больной вследствие особенностей своего психического состояния может нарушать порядок работы, диктуемый инструкцией, обсуждать или комментировать свои действия или материал заданий, вместо того, чтобы последовательно выполнять их. Однако, все эти искаженные действия дают, в свою очередь, дополнительный материал для оценки состояния больного, а также структурных нарушений его психической деятельности.

Обязательным является тщательное протоколирование хода исследования. Даже при магнитофонной записи высказываний больного необходимо вести протокол исследования. В нем следует при этом записывать сведения о поведении больного, его действиях, эмоциональных реакциях в ходе исследования. Кроме того, в протокол экспериментатор вносит все свои оценочные суждения, которые возникают в ходе работы с больным. Подобные замечания в дальнейшем помогут психологу при составлении заключения.

Для каждой экспериментальной методики существует своя особая форма ведения протокола, знание которой не менее важно, чем знание инструкции и порядка проведения

исследования. Общим для всех методик является следующее требование: обязательная запись фамилии больного на каждой странице протокола, указание даты исследования и название методики. В графе слева записываются варианты инструкции, реплики, вопросы и замечания экспериментатора; в средней графе - действия больного; а в правой - все высказывания, ответы, замечания и объяснения больного.

Примерная схема ведения протокола^{*}

Экспериментатор	Действия больного	Высказывания больного

Подобная схема не является универсальной. Каждый эксперимент может дать объективно зарегистрированные данные, которые могут быть использованы или дополнены другим экспериментатором, в частности, и с помощью целого ряда повторных контрольных экспериментов.

Стратегия и тактика патопсихологического экспериментального исследования

Общая стратегия построения эксперимента: подбор основных методик, характер отношений "экспериментатор - больной" в значительной мере определяются, во-первых, задачей исследования и, во-вторых, предварительным знанием об исследуемом больном, которое экспериментатор получает при знакомстве с историей болезни. Цель исследования - дифференциально-диагностическая, экспертная или психотерапевтическая определяет, на какие именно нарушения психической деятельности должно быть направлено внимание исследователя, и соответственно, каков должен быть оптимальный набор методик.

В соответствии с конкретными задачами исследования строится и тактика взаимоотношений больного и исследуе-

^{*} Схема ведения протокола взята из книги С.Я.Рубинштейн [6]

го. При общем доброжелательно нейтральном отношении психолога к больному ситуация экспертного или дифференциально-диагностического обследования требует от исследующего умения создать так называемый "мотив экспертизы", т.е. дать почувствовать больному, что исследование направлено именно на оценку его познавательных способностей. В этом случае допустима, а подчас и необходима прямая оценка экспериментатором результатов выполнения отдельных экспериментальных проб. В частности, при разграничении шизофренических расстройств и психопатии одним из важных критериев дифференциации является реакция больного на успех и неуспех. В соответствии с этим все экспериментальное исследование может быть построено по принципу методики "уровень притязаний", когда экспериментатор сознательно дозирует и чередует положительную и отрицательную оценку деятельности больного. Свойственное больным шизофренией отсутствие заинтересованности, невыраженность эмоциональных реакций на ситуацию эксперимента, оценку экспериментатора и результаты собственной деятельности обычно контрастирует с яркими, часто демонстративными реакциями на успех и неуспех больных психопатией. Многие патопсихологические методики (обычно употребляемые в иных целях) можно модифицировать так, что они станут пригодны для выявления динамики уровня притязаний. Например, при складывании куба Линка экспериментатор может усложнить задание, не сообщив в предварительной инструкции всей информации, необходимой для его правильного выполнения. Целенаправленно помогая и поощряя больного или, напротив, акцентируя внимание больного на ошибочных действиях, экспериментатор создает условия для переживания успеха или неуспеха. Аналогичным образом применимы такие известные методики как "Простые и Сложные аналогии", где больному можно предлагать самому выбирать "более простые" и "более сложные" задания, и одновременно оценивать результаты их выполнения. Динамика переживания больным успеха и неуспеха, соответствующая коррекция собственной деятельности являются достаточно надежными индикаторами наличия или отсутствия у больного "мотива экспертизы", а, следовательно-

но, и таких особенностей его личности как критичность, произвольность и подконтрольность познавательной деятельности.

При таком типе построения патопсихологического исследования, как подчеркивает Б.В.Зейгарник, личность больного открывается нам опосредованно - через систему отношений в ситуации эксперимента, а также через анализ мотивационного компонента познавательной деятельности. Например, разноплановость мышления, характерная для больных шизофренией, свидетельствует о нарушении смыслообразующей и побудительной функции мотива экспертизы, влекущим за собой искажения процесса смыслообразования. Мотивы, лежащие вне экспериментальной ситуации затрудняют процесс корректного выполнения задания. Например, классификация предметов по обобщенным признакам подменяется их группировкой на основе личных предпочтений, ситуационных интересов и т.п. Тогда и появляются группировки предметов по принципу разноплановости*. Например, "слон, лошадь, медведь, бабочка, жук - животные; самолет, бабочка - группа летающих (бабочка изъята больным из группы животных); лопата, кровать, ложка, автомобиль, самолет, корабль - железные предметы, свидетельствующие о силе ума человеческого (самолет изъят из группы летающих); слон, лыжник - предметы для зрелищ - людям свойственно желать хлеба и зрелищ, об этом знали древние римляне".

В некоторых случаях патопсихологу приходится избирать иную тактику построения эксперимента: не столько создавать "мотив экспертизы", сколько "снимать" экспертность ситуации.

Условно назовем эту тактику проективной; её главная задача - создать доверительную, непринужденную атмосферу, уменьшить напряженность, естественно возникающую у больного, впервые попавшего на патопсихологическое обследование. Сказанное не означает, что только выбрав проективную тактику, психолог проявляет внимание и доброжелательное отношение к больному - этичным психолог обязан быть всегда.

* Примеры взяты из монографии Б.В.Зейгарник Патопсихология, М., 1976.

Однако, если перед исследующим ставится специальная задача исследования личности больного, например, с помощью проективных методик, личностные качества психолога, его умение завоевать доверие больного, расположить к себе, по возможности снять защитные барьеры во многом определяют успех или неудачу исследования.

При использовании проективных методик полезно учесть следующие рекомендации.

1. Их нежелательно использовать после стандартного патопсихологического обследования, так как не исключено влияние созданного в нем "мотива экспертизы".

2. Проективное исследование следует проводить после предварительной беседы с больным, однако содержание беседы не должно затрагивать тем, могущих настроить больного и вызвать у него негативизм.

3. При проведении исследования патопсихолог должен выступать не столько в качестве регистратора ответов больного, сколько в качестве его собеседника, или сочувствующего слушателя, однако прямое вмешательство исследующего в деятельность больного должно быть продуманным, строго дозированным и служить цели максимального самораскрытия больного.

Психолог-экспериментатор может использовать проективную тактику поведения не только при работе с проективной техникой. Многие методики, традиционно используемые для исследования, например, интеллектуальной деятельности, могут быть поданы как проективные. С этой целью можно применить, например, пиктограмму, включив в список слов для запоминания эмоционально-нагруженные слова и несколько "смягчив" в инструкции акцент на необходимости достижения определенного результата — запоминания слов.

Обучающая тактика эксперимента* применяется главным образом в тех случаях, когда необходимо выявить сохраненные стороны психической деятельности и личности больного с тем, чтобы помочь ему в выборе путей возможной компен-

* Подробно об обучающем эксперименте см. в книге А.Я.Ивановой [5].

сации дефекта. Она реализуется в разного рода подсказках, помощи со стороны экспериментатора, показе эталонов правильного выполнения задания. Диагностически важно, принимает больной или отвергает кооперативные отношения с психологом, каково соотношение самостоятельной деятельности больного при выполнении заданий и деятельности кооперативной, какова мера помощи, необходимая больному для правильного выполнения задания, в какой форме её следует задавать и т.д.

В качестве одного из возможных модусов поведения патопсихолога обучающая тактика используется в любом экспериментальном обследовании больного, однако наибольшего эффекта она достигает при работе с детьми и в экспертном исследовании при необходимости ограничения интеллектуального снижения при органическом поражении ЦНС и умственном недоразвитии олигофренического типа.

Подбор экспериментальных методик

Современная патопсихология использует богатый арсенал экспериментальных методик, с помощью которых исследуются качественные и количественные особенности психических процессов. Существует классификация методик [1, 6] согласно традиционному функциональному признаку – методики для исследования памяти, мышления и т.д. Классификация методик в связи с их направленностью на исследование той или иной психической функции является вместе с тем достаточно условной – с одной стороны, результаты одной изолированной методики не позволяют судить о состоянии целостной психической деятельности – с другой, каждая методика представляет информацию о состоянии нескольких функций. Пример этого – методика опосредованного запоминания, пиктограмма, используемая также для изучения мышления, а иногда и эмоционально-личностных особенностей больного. Следовательно, большинство методик обладает достаточно широким диапазоном диагностических возможностей.

При выборе методик для обследования больного следует руководствоваться конкретными задачами, которые ставит

перед психологом клиницист - будет ли это помощь в постановке диагноза, определение структуры состояния или степени дефекта. Из определенного количества методик психолог должен отобрать их ограниченное число (обычно не более 8-10), учитывая, что валидность каждой отдельной методики увеличивается, если результаты подтверждаются данными и других методик. Так, выявить типичный для шизофрении синдром нарушения мышления можно таким подбором методик, чтобы разноплановость или искажение уровня обобщения выступали общим радикалом при выполнении таких разных заданий как классификация, исключение предметов, простые или сложные аналогии.

В самом общем виде можно сказать, что подбор методик для диагностического обследования определяется двумя принципами. Во-первых, необходимостью получения наиболее полных и всесторонних сведений о какой-либо конкретной психической деятельности. Например, при исследовании памяти это - пробы на заучивание бессмысленных слов, словосочетаний, рассказов, методики, исследующие непосредственное и опосредованное запоминание, кратковременную и долговременную память и т.д. Во-вторых, сочетание близких по направленности методик, позволяющее получить более достоверные данные, если феномен, найденный в одной из них, подтверждается результатами других методик.

В процессе экспериментального исследования задания обычно предлагаются больному в порядке возрастания их сложности - от более простых к сложным. Такая последовательность предъявления заданий может быть намеренно изменена, если психолог ожидает возможной аггравации или диссиммуляции (при судебной или военной экспертизе), когда больной может правильно выполнять сложные задания, а следующие за ними более простые намеренно выполняет неверно. Эту же особенность поведения больного следует принимать во внимание при исследовании больных с псевдодеменцией, для чего бывает полезно создать "батарею" методик, каждая из которых имеет узкую направленность.

В заключении необходимо подчеркнуть, что психолог не должен приступать к обследованию без предварительного детального ознакомления с техникой обследования, грамотного владения каждой методикой.

Принципы анализа и интерпретации данных патопсихологического эксперимента

Результаты патопсихологического эксперимента, как известно, оформляются в виде заключения. Однако формулированию текста заключения предшествует важный и нередко весьма трудный этап - анализ, сопоставление и обобщение разнообразных экспериментальных данных. Сложность этого этапа связана с тем, что адекватная оценка любого выявленного симптома нарушения психической деятельности зависит от всего экспериментального контекста. Достоверная квалификация патопсихологических симптомов требует учета и объективной оценки всей экспериментальной ситуации в целом.

Остановимся на некоторых общих положениях, которые необходимо учитывать при интерпретации экспериментальных данных.

1. Известно, что отношение больных к эксперименту варьирует в зависимости от их болезненного состояния. Поэтому правильная оценка отдельного симптома, например, ослабления запоминания, может быть достигнута только при условии учета этого состояния. В итоге результат ослабления запоминания у депрессивного больного трактуется как показатель его эмоционального состояния, в то время как такой же экспериментальный факт в иных случаях является свидетельством нарушений мнестической деятельности.

2. При интерпретации экспериментальных данных необходим учет взаимодействия экспериментатора и испытуемого. Патопсихологический эксперимент в сфере этих отношений не имеет единого неизменного шаблона. Поэтому учет всевозможных особенностей стиля, замечаний, реплик экспериментатора становится совершенно необходимым при интерпретации результатов. Особую важность приобретает учет взаимодействия экспериментатора и больного при реализации

*см. стр. 8-10
при МДТ*

обучающего эксперимента. В этом случае квалификация одной и той же ошибки до и после обучения будет, естественно, совершенно различной.

3. Известны случаи, когда больные в силу различных патологически измененных установок превратно толкуют опыт или противостоят инструкции. При таких условиях экспериментатор вынужден проводить исследование, по существу видоизменяя экспертную мотивацию, используя иные способы установления контакта с больным. Очень важно учитывать любой такой "выход" из ситуации экспертизы при анализе результатов. В противном случае эксперимент в целом или результаты по отдельным пробам могут оказаться недостоверными.

4. Интерпретация результатов патопсихологического эксперимента с необходимостью требует учета особенностей проведения каждой отдельной пробы. Действительно, как подчеркивает Б.В.Зейгарник, патопсихологические методики, несмотря на наличие четких инструкций, все же предполагают известную свободу в выборе вариантов предъявления. Так, например, если в опыте на запоминание и воспроизведение слов экспериментатор усиливает значимость своей оценки, то результаты такого эксперимента будут более показательны для оценки отношения испытуемого к работе, нежели для оценки его запоминания. В ходе эксперимента такие непрограммируемые заранее вариации возникают всегда, они отражают процесс поиска экспериментатором особо значимых приемов исследования, наиболее полно раскрывающих патопсихологическую картину нарушений психики больного. Именно поэтому сопоставление результатов по различным методикам становится обязательным при интерпретации эксперимента в целом.

5. Сопоставление данных, полученных при выполнении различных методик, необходимо еще и по другим основаниям. Известно, что выполнение задания больным нередко вызывает осознание своего дефекта, своих ошибочных решений; в этом случае больные сами стремятся найти пути компенсации, опорные пункты для исправления дефекта. Разные задания предоставляют различные возможности для этого. Часто за-

трудняясь в более легких заданиях, больной успешно решает более трудные. Иногда больные самостоятельно находят удачные формы коррекции или компенсации своих трудностей, чаще, пытаясь себе помочь, они усложняют работу.

Правильно разобраться в этих вопросах и, главное, сформулировать рекомендации для дальнейшей коррекционной работы можно только при сопоставлении результатов разных заданий.

Техника интерпретации

Интерпретация результатов эксперимента основывается на подробном анализе первичных протоколов исследования. Поэтому надежность интерпретации зависит во многом от четкого и квалифицированного ведения протоколов опыта. Процесс анализа данных состоит из нескольких этапов.

1. Вначале необходимо обобщить все экспериментальные факты, обнаруживающие состояние испытуемого и его изменения в ходе эксперимента. Здесь же бывает полезно сопоставить жалобы больного относительно его состояния с теми объективными данными, которые удалось выявить. Это особенно важно, когда имеются различия в состоянии больного на психологическом эксперименте и в отделении стационара, или при расхождении субъективной и объективной картин, отражающих состояние испытуемого.

Чрезвычайно важно при интерпретации оценивать состояние больного с самого начала в связи с тем, что это является фоном для оценки результатов эксперимента по другим параметрам.

2. Следующим этапом является оценка мотивированности испытуемого в эксперименте. Здесь необходимо выяснить, была ли принята больным ситуация "экспертизы", как она осозналась, в какой степени вся ситуация эксперимента регулировала деятельность больного. Особую важность для понимания мотивации больного представляют моменты "выхода" из ситуации эксперимента, или потеря мотива экспертизы. Для ответа на эти вопросы экспериментатору следует обобщить все мельчайшие нюансы поведения больного, его эмоциональные реакции, способы и формы взаимодействия с экспериментатором.

Необходимо сопоставить реакции больного на трудности в работе, его отношение к указаниям экспериментатора.

Большое значение имеет оценка заинтересованности больного в исследовании в целом или ограниченный, одноментный интерес к отдельным методикам.

В оценке мотивационного аспекта деятельности больных немалую роль играет анализ спонтанных, случайных высказываний, оговорок, юмора.

Важно также учитывать в контексте всего эксперимента все вопросы, которые задавались больным.

В результате сопоставления этих фактов делается вывод об общей мотивированности больного в ситуации эксперимента и о различных вариантах нарушения мотивации.

Дальнейшим этапом работы по интерпретации экспериментальных данных является оценка мотивационного аспекта познавательной деятельности больных, а также данных о состоянии эмоционально-волевой сферы, вычленимые из результатов работы больных по отдельным методикам. Здесь следует учитывать понимание больными инструкций, способы выполнения, т.е. всю совокупность экспериментальных данных, получаемых в каждом конкретном методе. На этом этапе интерпретации особенную значимость приобретают оценки результатов выполнения методик, направленных на выявление особенностей эмоционально-волевой сферы больных.

Кроме того, значимыми для оценки личностных особенностей испытуемых являются результаты выполнения любой методики. Как известно, любой прием актуализирует у больных определенное отношение, установку, мотив деятельности, вызывает специфическую эмоциональную окрашенность работы. Сопоставление всех этих данных и представляет собой работу на данном этапе интерпретации.

4. Следующим этапом в анализе экспериментального материала является сопоставление результатов выполнения различных методик. Обычно анализируется весь экспериментальный материал, причем из разных методик вычлениются данные, характеризующие состояние психических процессов (память, восприятие, внимание, мышление) и умственной работоспособности (темп, равномерность, скорость и т.д.). Здесь очень

важно сопоставлять не только типы нарушений внутри отдельных психических процессов, скажем, все данные о нарушениях внимания или восприятия, но и там, где возможно, сравнить различные уровни внутри одной психической функции. Например, чрезвычайно важно выявить соотношение непосредственного и опосредованного запоминания, восприятие наглядного и вербального материала, проанализировать и сравнить операциональные и динамические компоненты мыслительной деятельности.

При выполнении такого анализа следует опираться на выработанную в патопсихологии систематику расстройств познавательной деятельности, созданную в работах основоположника отечественной патопсихологии Б.В.Зейгарник и её учеников.

В результате работы по всем вышеперечисленным этапам экспериментатор получает квалификацию выявленных психических нарушений, иными словами, патопсихологические симптомы. Его задачей теперь является сопоставление патопсихологических симптомов и, по существу, формулирование и обоснование особого патопсихологического синдрома, понимаемого как совокупность поведенческих, мотивационных и познавательных особенностей психической деятельности больных, сформулированных в психологических понятиях.

Таковы самые общие положения и принципы интерпретации результатов патопсихологического эксперимента. Естественно, что значимость различных симптомов при поиске ведущего патопсихологического синдрома во многом зависит от клинической задачи, от цели эксперимента. В связи с этим необходимо более конкретно остановиться на формах работы по интерпретации экспериментальных данных при различных задачах патопсихологического исследования.

Интерпретация результатов при решении дифференциально-диагностических задач

Как уже отмечалось выше, дифференциально-диагностические задачи, ставящиеся клиникой перед психологами, весьма разнообразны. Поэтому, всякий раз интерпретируя результаты эксперимента с такой целью, патопсихолог наи-

324

большее внимание уделяет тем симптомам, которые с наибольшей надежностью позволяют дифференцировать патопсихологические синдромы, характеризующие различные нозологические формы заболеваний. Например, при разграничении вялотекущего психотического процесса от психопатии анализируются симптомы нарушений эмоционально-волевой сферы и мышления в совокупности всех его сторон. Причем, очень важно увидеть и обосновать в заключении различия в соотношениях симптомов. Так, для процессуального заболевания больше характерно оскудение эмоционально-волевой сферы, ослабление мотивации, нейтральность мотива экспертизы, нарушения смыслообразования, сниженные или неадекватные, парадоксальные самооценки, сочетающиеся с операциональными и динамическими нарушениями мышления, с выраженной измененностью мотивационного компонента мыслительной деятельности. Коррекция ошибок даже при специальной помощи экспериментатора не происходит. При психопатиях в эксперименте выступают иные симптомы, причем их связь внутри синдрома совершенно иная.

Здесь отмечается лабильность, яркость, неустойчивость эмоционального и мотивационного компонентов деятельности, и возникающие иногда мыслительные нарушения носят такой же неустойчивый, лабильный характер. Стойкие нарушения мыслительных операций отсутствуют. Эмоционально-детерминированные ошибки корректируются быстро.

Таким образом, решая данную экспериментальную задачу, патопсихолог анализирует синдром, состоящий из симптомов нарушений мышления и симптомов нарушений эмоционально-личностного компонента.

Для решения вопроса о разграничении процессуального заболевания и психической патологии, вызванной органическими нарушениями, интерпретируемый синдром включает иные составляющие. Здесь, помимо тех же симптомов (мышление и эмоционально-личностные симптомы) особое значение приобретает оценка умственной работоспособности. Важно проанализировать симптомы истощаемости, снижение темпа деятельности, колебаний продуктивности и другие.

Таким образом, интерпретация данных для решения каждого дифференциально-диагностического вопроса предполагает

сравнение типичных синдромов, характеризующих патопсихологическую картину при различных формах заболеваний.

Интерпретация результатов при оценке структуры состояния и психической деятельности больных

Патопсихологический синдром при указанной клинической задаче формулируется несколько иначе. Если в первом случае в структуре синдрома подчеркиваются наиболее значимые для диагностики симптомы, здесь синдром должен быть максимально всеобъемлющим. Патопсихолог анализирует абсолютно все симптомы и уделяет внимание не только нарушенным, но обязательно сохранным сторонам психической деятельности пациентов.

Интерпретация результатов при решении экспертных задач

Решение патопсихологом экспертной задачи в аспекте интерпретации экспериментальных данных — задача достаточно сложная. Известно, что трудовая, воинская и, тем более, судебная экспертиза часто вызывает у больных так называемое установочное поведение. В связи с этим при интерпретации результатов особое внимание уделяется не столько продуктивности или непродуктивности больного при выполнении проб, сколько соотношению правильно и ошибочно выполненных заданий.

Здесь следует подчеркнуть неравномерность продуктивности в заданиях одного типа и одного уровня сложности, проанализировать случаи, когда заведомо более легкие задания решались менее успешно.

С особой тщательностью необходимо обобщить все данные, касающиеся мотивации испытуемых, смыслообразования, оценок и самооценок.

Учитывая значимость результатов патопсихологического исследования для решения дальнейшей судьбы больного, патопсихолог при интерпретации должен быть чрезвычайно осторожен и объективен, подкрепляя все свои выводы надежными экспериментальными фактами.

Интерпретация результатов при задаче учета эффективности терапии

Анализ экспериментальных данных в этом случае имеет несколько иные цели. Здесь важно не только подробно и квалифицированно сформулировать патопсихологический синдром, но, главное, показать все его изменения в ходе лечения. Здесь необходим возможно больший учет динамики количественных показателей психической деятельности (повышение темпа, точности, скорости).

Важно подчеркнуть в патопсихологическом синдроме именно те его составляющие, которые подвергаются наибольшим изменениям в процессе лечения.

В частности, при учете эффективности медикаментозной терапии важно очень подробно и четко охарактеризовать изменения умственной работоспособности, динамические компоненты мыслительных процессов, эмоциональный фон.

В тех случаях, когда патопсихологический эксперимент используется как критерий оценки психотерапевтического лечения, основной акцент в интерпретации ставится на изменение структуры мотивов, установок, отношений, а также на вариации мотивационного компонента познавательной деятельности.

Рекомендации к составлению психологических заключений

Подобно тому, как не может быть стандартного построения исследования, стереотипного набора методик, не может быть и стандарта в составлении заключений. Каждое заключение составляется с учетом поставленного клиникой перед психологом вопроса. "Оно не может быть понято и не должно рассматриваться вне этого клинического вопроса, вне истории болезни и задачи исследования" [6, с. 195].

Могут быть даны некоторые рекомендации относительно общей схемы подобных заключений, содержание же их не поддается строгой унификации.

В самом начале заключения кратко описываются жалобы больного, но не вообще жалобы на здоровье в целом, а лишь

жалобы на состояние умственной работоспособности, памяти, внимания. Это ограничение продиктовано целым рядом причин. Прежде всего, психолог не должен выходить за рамки своей профессиональной компетенции, подменять лечащего врача, вмешиваться в его тактику работы с больным. Соблазнительное желание дополнить, расширить собственно клинические данные может быть тактично реализовано в ходе работы с больным. Но вносить эти сведения в психологическое заключение не стоит. О них стоит сказать лечащему врачу в личной беседе с ним.

Следующую часть заключения составляет описание того, как работал больной в ситуации психологического исследования: понимал ли смысл исследования, старательно или неохотно выполнял задания, проявлял ли интерес к успеху своей работы, мог ли критически оценить качество своих достижений. Все эти данные могут быть описаны как подробно, так и кратко; в любом случае они составляют важную часть заключения, позволяют судить о личности больного. Эту часть исследования можно дополнить результатами исследования с помощью проективных методов или материалами специально организованной направленной беседы с больным.

Следующая часть заключения должна содержать сведения о характере познавательной деятельности больного. Мелательно при этом начинать подобную характеристику с описания центрального нарушения, которое выявилось у больного в ходе исследования. Требуется показать также, в комплексе каких нарушений выступает это ведущее нарушение, т.е. следует вести описание не по методикам исследования и не по психическим процессам, а необходимо описать психологический синдром нарушений психической деятельности. В этой же части заключения описываются сохраненные стороны психической деятельности больного. Последнее необходимо для решения вопросов трудоустройства больного, а также рекомендаций родственникам в отношении больного. При характеристике познавательной деятельности больного может возникнуть необходимость в иллюстрации отдельных положений выписками из протоколов исследования. Такие примеры приводить нужно, но только в краткой формулировке; следует приводить лишь наи-

более яркие примеры из протоколов, не вызывающие сомнений в квалификации нарушения. При обилии примеров или их недостаточной яркости можно исказить или затушевать основную мысль заключения, сделать его расплывчатым по содержанию, а в ряде случаев ввести в заблуждение лечащего врача.

В конце заключения дается резюме, отражающее наиболее важные данные, полученные при исследовании. Эти данные должны выражать структуру основного психологического синдрома, выявившегося при исследовании. Резюме может содержать данные о диагнозе заболевания, но опосредствованно, через описание структуры нарушений, выявленных в эксперименте.

Приведем несколько примеров заключений, чтобы показать зависимость их содержания от конкретной клинической задачи*.

1. Больной Л. 38 лет, инженер-конструктор, поступил в больницу им. П.Б.Ганнушкина для обследования и лечения. Предполагаемый диагноз: шизофрения.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования.

Больной охотно рассказывает о себе. Многословен. Жалоб не высказывает. Отмечает лишь, что "память слабовата".

Понимает цель исследования. С готовностью приступает к работе. Критикует содержание предлагаемых заданий, отмечает "ошибки" в построении методик. Приступая к работе, заранее уверен в совершенной правильности своих решений. После похвалы экспериментатора прекращает работу и начинает подробно рассказывать о своих способностях, о своем "выдающемся" уме и т.д. Отрицательную оценку экспериментатора игнорирует, но при этом отсутствует самолюбивая эмоциональная реакция на неуспех.

Быстро и легко усваивает инструкции. В ряде случаев приступает к работе, не дослушав инструкцию до конца. Способен самостоятельно избрать правильный способ работы.

* В качестве примеров взяты заключения, любезно предоставленные авторам патопсихологами Московской городской психиатрической больницы им. П.Б.Ганнушкина: кандидатом психологических наук С.В.Лонгиновой (примеры № 2, 3, 6, 7, 8), Т.Л.Лебедевой (примеры № 1, 4), М.В.Самойловой (пример № 5).

Быстро переключается на новый вид деятельности в новых условиях. Общий темп работы достаточно высок.

Уровень доступных обобщений и абстрагирования вполне соответствует полученному образованию. Легко оперирует обобщенными категориями. Тем не менее допускает значительное количество ошибочных решений, имеющих полиморфную структуру. Это, прежде всего, ошибки суждений, связанные с нарушением целенаправленности мыслительной деятельности, а также нарушения операционального звена мыслительной деятельности (по типу искажения процесса обобщений, тенденции к использованию латентных признаков). Последнее тесно связано с нарушением критичности и мотивации деятельности, вследствие чего больной действует в соответствии со своими парадоксальными искаженными мотивами и установками. Например, сравнивая понятия "луна и волк" (и отдавая себе отчет в том, что это несравнимые понятия), отмечает, что они различаются "по подчинению": "Луна делает то, что солнце прикажет, а волк - то, что сам захочет". Считает также сравнимыми понятия "очки" и "деньги". Отмечает при этом: "Деньги есть эквивалент труда, и очки есть материальная ценность. Чтобы иметь и то, и другое, надо поработать. Понятия сравнимы, так как выручают человека. А различия между ними в том, что очки у нас есть постоянно, а деньги все время меняются - то их больше, то меньше".

Эмоциональные и мотивационные нарушения деятельности влекут за собой трудности в выборе решения из нескольких возможных вариантов. При этом он прибегает к многословным резонерским рассуждениям. Например, при выполнении пиктограммы для запоминания понятия "счастье" рисует столб и мяч: "Любил я очень яблоки есть. Счастлив был, когда ел их вдоволь. Яблоко надо рисовать, в них есть витамины, они укрепляют здоровье, а чем человек здоровее, тем он счастливее... Или лучше, конечно, другое - игра в мяч... Кто выиграл, тот и счастлив, хотя это тоже как-то мелко. Можно, конечно, вспомнить и получение диплома, но мне лично диплом счастья не принес... Самое, конечно, счастье было бы избавиться от болсзни, но если я нарисую человека, то как изобразить, что у него припадок... Счастье было бы,

если бы жила бы моя мама, я бы и болезней не знал никаких... Нет у меня счастья... Оставляю счастье как выигрыш в какой-нибудь игре, оставляю мяч".

В ходе длительного исследования больной не устает.

Таким образом: на фоне грубой не критичности и эмоциональной неадекватности больного выявляются выраженные нарушения мыслительной деятельности (динамические – нарушения целенаправленности, операциональные – искажения процесса обобщений, мотивационные – разноплановость суждений, резервство).

Окончательный клинический диагноз – шизофрения.

2. Больной П. 26 лет, военнослужащий, поступил в больницу им. П.Б.Ганнушкина для прохождения военной экспертизы. Предполагаемый диагноз: шизофрения или органическое поражение Ц.Н.С. травматического генеза.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования.

Больной во время исследования приветлив, спокоен. Поведение адекватно ситуации. Правильно понимает цель экспериментальной работы. Охотно делится своими переживаниями. С должным интересом и серьезностью относится к оценке результатов. Имеется адекватная эмоциональная реакция на успех и неудачи в работе. Всегда активно стремится исправить ошибки, добиться правильного решения. Жалуется на повышенную утомляемость даже после непродолжительных нагрузок.

Задания выполняет быстро и легко. Мыслительные операции (анализ, синтез, обобщение, абстрагирование) сохранены. Уровень доступных обобщений достаточно высок. Суждения последовательны.

Вместе с тем обращает на себя внимание некоторая обстоятельность суждений, склонность к излишней детализации рисунков и ассоциаций в пиктограмме. Склонен употреблять слова с уменьшительными суффиксами.

Отмечаются элементы утомляемости, которые выражаются в появлении ошибок внимания.

Таким образом, во время исследования выявляется интеллектуальная, эмоциональная сохранность больного, критическое отношение как к своему состоянию, так и к процессу

исследования в целом. Вместе с тем следует отметить некоторую обстоятельность суждений и элементы утомляемости (особенно при продолжительной интеллектуальной нагрузке). Каких-либо нарушений (по шизофреническому типу) выявить не удастся.

Данное заключение помогло клиницистам исключить диагноз "шизофрения".

Э. Больной Т., 16 лет, ученик 9 класса, направлен в больницу им. П.Б.Ганнушкина райвоенкоматом для прохождения военной экспертизы. Дифференциальный диагноз: остаточные явления органического поражения Ц.Н.С. с эписиндромом или шизофрения.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования.

Больной жалоб не предъявляет. В беседе вял, формален. Выполняет предложенные задания без должного интереса. Не обнаруживает эмоциональной реакции на успех и неуспех в работе.

Легко и быстро усваивает инструкции. Больному доступны все мыслительные операции. Уровень обобщений достаточно высок.

Вместе с тем при выполнении экспериментальных заданий наблюдаются такие периоды, когда больной как бы "перестает думать" (сидит молча, прекратив выполнение задания). Требуется вмешательство экспериментатора, чтобы вернуть его к прерванной деятельности.

Наблюдаются также нечеткие расплывчатые суждения, периодически возникают искажения логики суждений (по типу соскальзываний).

Исследование не обнаруживает обстоятельства суждений или склонности к конкретно-ситуационным решениям. Память и внимание в пределах нормы. Утомляемости не отмечается.

Таким образом, при исследовании обнаруживаются редко возникающие слабо выраженные нарушения мышления (по типу соскальзываний).

Данное заключение было использовано клиницистами для постановки диагноза "шизофрения".

4. Больной А. 28 лет, по специальности техник. Диагноз: органическое поражение Ц.Н.С. неясного генеза? опухоль мозга?

Больной вял, пассивен на протяжении всего исследования. Речь монотонная, голос немодулирован. Задаваемые вопросы понимает медленно, с трудом. Ответы не всегда в плане поставленного вопроса. Жалобы носят расплывчатый характер: "что-то происходит с головой, а вот что... это... как-то...".

Инструкции к заданиям понимает с большим трудом, более сложные инструкции вообще недоступны больному. Усвоение правил работы возможно только при искусственном расчленении действия на более простые операции.

Интеллектуальные возможности больного резко снижены. Ему недоступно большинство предложенных заданий. Суждения носят конкретно-ситуационный характер. Процесс опосредования недоступен вследствие грубого снижения операций обобщения и абстрагирования, а также из-за нарушения целенаправленности мышления. Отмечаются инертные "застревания" больного на отдельных действиях, трудности переключения на новые действия.

При проведении локальных проб: а) Затруднено повторение ритмических структур как звуковых, так и графических; затруднения в начертании букв при письме; нарушения слитности букв при письме; б) Выявляются нарушения конструктивной деятельности; отношений "под", "над"; почти полная утеря способности к воспроизведению фигур по образцу; затруднения при ориентировании в схеме числа, при выполнении простых счетных операций; в) Выявлено грубое нарушение зрительно-моторной координации (больше слева); г) Наблюдается снижение памяти. Непосредственное воспроизведение материала - 6, 6, 5, 7 слов из 10. Отсроченное воспроизведение подменяется множественными контаминациями.

Нарушена ориентировка во времени, частично - в месте.

Наблюдается резкая истощаемость больного, носящая пароксизмальный, так называемый, пульсирующий характер. Степень утомления столь велика, что можно говорить о колебаниях тонауса сознания. (Во время выполнения задания боль-

ной может задремать).

Особо следует отметить значительное снижение критичности больного как к своему состоянию, так и к результатам исследования в целом.

Таким образом, исследование выявило грубое снижение интеллектуальных возможностей больного, резкое снижение активности и критичности, грубые комплексные нарушения памяти в сочетании с выраженными колебаниями тонуса сознания. Кроме того, отмечается целый комплекс нарушений психических функций, указывающих на заинтересованность височных, премоторных и теменных отделов мозга.

Больной после целого ряда клинических исследований (с учетом результатов патопсихологического исследования) был переведен в институт нейрохирургии с диагнозом "опухоль мозга".

5. Больная Б. 39 лет, поступила в больницу им. П.Б.Ганнушкина для прохождения трудовой экспертизы.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования.

Больная охотно вступает в беседу. Добросовестно выполняет все задания, живо интересуется оценкой своей работы. Огорчается при указании на ошибки.

Инструкции усваивает. Однако, если увеличить латентный период между предъявлением инструкции и началом работы (например, до 5 минут и более), то больная забывает инструкцию. При просьбе воспроизвести инструкцию повторяет её с искажением. Если же выполнение задания следует сразу же вслед за предъявлением инструкции, больная удерживает заданный способ работы.

Обнаруживаются резкие колебания умственной работоспособности. После небольшой по объему интеллектуальной нагрузки выявляются признаки выраженной истощаемости.

Выявляется снижение памяти. Кривая запоминания - 5, 6, 8, 8, 8 слов из 10, а через час - всего 2 слова.

Наблюдаются также псевдореминисценции и конфабуляции.

Объем внимания сужен, наблюдаются колебания внимания.

Таким образом, ослабление памяти и внимания сочетается с выраженной утомляемостью больной, значительными коле-

баниями умственной работоспособности.

6. Больной Н. 25 лет, студент, поступил в больницу им. П.Б.Ганнушкина на обследование. Предположительный диагноз: шизофрения.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования.

Больной жалоб не высказывает. На вопросы отвечает расплывчато. В ходе исследования наблюдается иногда неадекватная улыбка, иногда — неадекватный ситуации смех. Стационарирование в больницу считает недоразумением, ошибкой. Себя считает психически здоровым. При исследовании самооценки все показатели резко завышены, что свидетельствует о нарушении критичности. Например, относит себя к числу почти самых здоровых людей. Считает, что абсолютно здоровым человеком ему мешает быть "зрение, ... очки мешают заниматься подводным плаванием, их приходится часто снимать, а также родимое пятно на теле". Больной оценивает себя также достаточно высоко по шкале "счастье", сопровождая свою оценку следующим резонерским высказыванием: "Самые счастливые люди, которые ясно разобрались в себе, ясно понимают себя и согласно познанию себя совершают поступки, т.е. действия этих людей не противоречат, действия их осознаны, т.е. они познали себя, и это они делают... Самые несчастливые — ... люди, которые никогда не знают, что им делать и часто совершают и действуют по указке других людей, т.е. нерешительные, расплывчатые, раздвоенные, расстроенные".

Больной не критичен к своим суждениям, действиям. Так, он "принципиально" не согласен с замечаниями экспериментатора, спорит, стремясь доказать свою правоту.

Формально больному доступны сложные мыслительные операции, однако обнаруживаются искажения операционной стороны мышления, выражающиеся чаще всего в повышенной актуализации маловероятных свойств предметов. Так, при выполнении задания "исключение предметов" больной предлагает сразу несколько вариантов решения, не может выбрать из них наиболее правильный. Например, предлагается карточка с изображением пилы, топора, коловорота и шурупа. Исключению в

данном случае подлежит шуруп, т.к. все остальные предметы — орудия труда. Больной же исключает пилу, т.к. "остальные предметы, которыми может пользоваться только один человек, а пилой обязательно два", или "потому что пила — это режущий инструмент, а остальные предметы входят в поверхность". Предлагает также исключить топор, т.к. "остальные предметы, которыми совершают длительные, постепенные, непрерывные операции, а топором можно совершить только одноразовое действие".

Обращает на себя внимание расплывчатость и разноплановость суждений, резонерство.

Таким образом, на первый план при исследовании выступают грубые нарушения критичности в сочетании с выраженными нарушениями мышления (по типу соскальзываний, разноплановости суждений, резонерства).

Больной выписан с диагнозом "шизофрения".

7. Больной С., 49 лет, заместитель начальника отдела НИИ, поступил с подозрением на эпилепсию.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования.

Больной жалуется на умственную работоспособность не высказывает. Беседует охотно. Заметна склонность показывать себя с лучшей стороны. Часто подчеркивает, что "здоров и почти ничем серьезным не болел". В речи встречаются слова с уменьшительными суффиксами. Инструкции выслушивает очень внимательно. Выполняет задания старательно. Допущенные ошибки, даже самые незначительные, старается скрыть (когда в чем-то не уверен, начинает говорить тихим голосом; или старается незаметно вообще уйти от выполнения трудного для него задания; часто свой неуспех пытается оправдать тем, что он впервые столкнулся с работой такого рода).

Инструкции к заданиям усваивает. Суждения последовательные, логика суждений не нарушена.

Вместе с тем, следует отметить выраженное нарушение операционной стороны мышления. Оперирование общими признаками предметов затруднено и заменяется установлением конкретно-ситуационных связей между предметами. Умение абстрагироваться от конкретных деталей нарушено. (Например,

операция классификации предметов, в основе которой лежит выделение обобщенного свойства предмета, отвлечение от множества других его конкретных свойств, вызывает затруднение. Больной часто прибегает к ситуационному принципу образования групп. Создает большое количество мелких групп на основании довольно конкретной предметной связи. Так, объединяет в одну группу посуду и весы - "Это все предметы для приготовления пищи, ... весы тоже к кухне подходят, ... они способствуют лучшему приготовлению пищи, ... в поваренной книге предусматривается состав в граммах, ... нужно что-то развесить, например, для приготовления торта надо знать все в граммах").

Отмеченные нарушения мышления ярко и четко выступают при применении метода, который направлен на исследование процесса опосредования (метод "пиктограмм"). В созданных образах-ассоциациях отсутствовала условность, много излишних конкретных деталей, как в суждениях, так и в самих рисунках. Например, для запоминания слова "сомнение" больной придумывает следующий образ и ведет такое рассуждение: "Я раскрываю утреннюю газету, быстро просматриваю вторую страницу, но предварительно я написал свою заметку и жду, что её напечатают в этом номере, так как в предыдущем не было, ... быстро пробежал одну страницу - заметки нет, у меня возникают сомнения - будет ли в этом номере напечатана моя статья; ... открываю следующую страницу, допустим это газета "Неделя", опять нет, несколько страниц просмотрел, у меня возникает волнение - напечатают или нет; в конце концов я открываю предпоследнюю страницу и нахожу свою корреспонденцию, сомнение мое исчезает".

При запоминании слова "справедливость" у больного возникает образ со следующим пояснением: "Показан мальчик пяти лет, у него была в руках конфета, у него выхватили конфету мальчик десяти лет и пытался убежать, но здесь взрослый, увидев эту сцену, успел схватить мальчика десяти лет за руку, подвести к мальчику пяти лет, и тот возвращает ему конфету. Совершать такие поступки несправедливо по отношению к малышам, ... взрослый им напоминает, что надо быть справедливыми".

Описанный характер нарушений мышления можно квалифицировать как снижение уровня обобщений.

Следует отметить выраженную утомляемость больного при умеренной интеллектуальной нагрузке (сам больной тщательно пытается скрыть утомляемость). Отмечаются грубые колебания внимания, которые иногда граничат с колебаниями тонуса сознания. Примером может служить отсчитывание из 200 по 13 = ...187...175...83...70...157...144...123...126...48...135...138...39...123...126...48...135...

Процесс запоминания и воспроизведения грубо не изменен. Отмечается лишь некоторая слабость воспроизведения.

Таким образом, в момент исследования выявились нарушения мышления:

- а) снижение уровня обобщений (наличие конкретно-ситуационных и обстоятельных суждений);
- б) выраженная обстоятельность, тугоподвижность и детализация ассоциаций.

Отмечается также заметная утомляемость и ярко выраженные колебания внимания, граничащие с колебаниями тонуса сознания.

В. Больной С. 20 лет, военнослужащий, поступил в больницу им. П.Б.Ганнушкина на обследование.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования.

Больной во время исследования спокоен, вежлив. Охотно рассказывает о своих жалобах ("память неважная, рассеянный"). Подробно описывает "состояния", которые отмечались во время службы в Армии. Стараются подчеркнуть свою несостоятельность при усвоении материала, обращает внимание экспериментатора на "плохой сон", на "трудности засыпания".

Во время выполнения экспериментальной работы отмечается намеренная медлительность больного. Долго обдумывает предлагаемые инструкции к заданиям, медленно включается в работу, как бы обдумывая план действий. Однако, после длительного периода "размышлений", выполняет работу правильно, без видимых затруднений, в соответствии с заданной инструкцией. Обнаруживает сохранность мыслительных операций, доступность обобщения и абстрагирования (лишь испытывает за-

труднения при опосредовании отвлеченных понятий). Суждения последовательны, целенаправленность мышления сохранна. Ассоциации в "пиктограмме" адекватны, эмоционально окрашены, в меру абстрактны; без излишней детализации и обстоятельности. О достоверности результатов проверки мнестических процессов судить не представляется возможным из-за стремления больного к преувеличению своей несостоятельности в умственной работе. Повышенной утомляемости, нарушений внимания во время исследования выявить не удается.

Приведенные заключения наглядно показывают, насколько разнообразным может быть их содержание и форма.

Литература

1. Блейхер В.М. Клиническая патопсихология. Ташкент, 1976.
2. Блохин Н.Н. Деонтология в онкологии. М., 1977.
3. Гиляровский В.А. Психиатрия. М., 1954.
4. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М., 1976.
5. Иванова А.Я. Обучаемость как принцип оценки умственного развития детей. М., 1976.
6. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии (Практическое руководство). М., 1970.

ОГЛАВЛЕНИЕ

	стр.
Введение.....	3
Деонтологическое введение.....	4
Практические задачи патопсихологии.....	8
Основные принципы построения патопсихологического эксперимента.....	12
Стратегия и тактика патопсихологического экспериментального исследования.....	17
Подбор экспериментальных методик.....	21
Принципы анализа и интерпретации данных патопсихологического эксперимента.....	23
Техника интерпретации.....	25
Интерпретация результатов при решении дифференциально-диагностических задач.....	27
Интерпретация результатов при оценке структуры состояния и психической деятельности больных.....	29
Интерпретация результатов при решении экспертных задач.....	29
Интерпретация результатов при задаче учета эффективности терапии.....	30
Рекомендации к составлению психологических заключений.....	30
Литература.....	42

В.В.Николаева, Е.Т.Ссхолова, А.С.Сливаковская

СПЕЦПРАКТИКУМ ПО ПАТОПСИХОЛОГИИ

(Общие методические рекомендации)

Заведующая редакцией Г.С.Ливанова

Редактор Г.П.Баркова

Художественный редактор Н.Ю.Калмыкова

Технический редактор К.С.Чистякова

Подписано к печати 04.04.79. Л-81143. Формат 60х90/16.

Бумага офс. № 1. Усл. печ. л. 2,75 Уч.-изд. л. 2,25.

Зак. **1441** Тираж 1000 экз. Цена 10 коп. Заказная.

Издательство Московского университета

Москва, К-9, ул. Герцена, 5/7.

Типография Изд-ва МГУ.

Москва, Ленинские горы