

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

Кафедра психотерапии и медицинской психологии

И.А. Байкова, С.В. Давидовский, Н.В. Якушкин

**МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ
ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ**

Учебно-методическое пособие

Минск, БелМАПО
2019

УДК 159.9.072(075.9)

ББК 88я73

Б 18

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия
НМС государственного учреждения образования «Белорусская медицинская
академия последипломного образования»
протокол № 8 от 19.11.2019

Авторы:

Байкова И.А., заведующий кафедрой психотерапии и медицинской психологии БелМАПО, кандидат медицинских наук, доцент

Давидовский С.В., доцент кафедры психотерапии и медицинской психологии БелМАПО, кандидат медицинских наук, доцент

Якушкин Н.В., заведующий медицинско-психологическим отделением УЗ «Витебский областной клинический центр психиатрии и наркологии»

Рецензенты:

Фролова Ю.Г., доцент кафедры психологии Белорусского государственного университета, кандидат психологических наук, доцент

Кафедра психиатрии и медицинской психологии учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет»

Байкова, И.А.

Б 18

Методика проведения психодиагностического исследования (для медицинских психологов) : учеб.-метод. пособие / И.А.Байкова, С.В. Давидовский, Н.В. Якушкин. – Минск : БелМАПО, 2019. – 48 с.

ISBN 978-985-584-442-7

В учебно-методическом пособии описаны требования к проведению и написанию психодиагностического исследования медицинскими психологами учреждений здравоохранения.

Учебно-методическое пособие предназначено для слушателей, осваивающих содержание образовательных программ: переподготовки по специальностям «Медицинская психология», а также повышения квалификации медицинских психологов.

УДК 159.9.072(075.9)

ББК 88я73

ISBN 978-985-584-442-7

© Байкова И.А., [и др.], 2019

© Оформление БелМАПО, 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	5
2. Особенности написания психологического заключения	5
3. Структура проведения психодиагностического исследования пациента	9
3.1. Подготовительный этап психодиагностического исследования	9
3.2. Первый этап психодиагностического исследования	10
3.3. Этап проведения экспериментального исследования (второй этап клинической психодиагностики)	14
4. Подготовка и написание психодиагностического заключения	17
Примерная схема заключений по данным психодиагностического исследования	20
4.1. Результаты клинико-психологического исследования	20
4.2. Результаты экспериментально-психологического исследования	21
4.3. Описания результатов исследования внимания	24
4.4. Описание результатов исследования памяти	25
4.5. Описание результатов исследования мышления	26
4.6. Описание результатов исследования интеллекта	31
4.7. Описание результатов исследования структуры (профиля) личности	32
4.8. Описание результатов исследования личности с использованием проективных методик	33
4.9. Описание результатов исследования личностных особенностей	34
4.10. Описание результатов исследования эмоционально-волевой сферы	36
4.11. Резюмирующая часть заключения	37
5. Информирование пациента о результатах психодиагностического исследования	38
6. Этика поведения медицинского психолога при проведении психодиагностического исследования	40
7. Методики оказания психологической помощи, рекомендуемые к применению в организациях здравоохранения	41
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	47

ВВЕДЕНИЕ

Проведение психодиагностического обследования является одной из сложнейших форм и направлений работы практического психолога. Данная деятельность требует хорошей подготовки специалиста, наличия сформированных диагностических умений и навыков. Психодиагностическое обследование может быть реализовано в виде самостоятельной формы работы, например, проводится как психологическая экспертиза. Или же, психодиагностика входит в виде структурной составляющей в психологическое консультирование и психокоррекцию. Данный вид обследования подразумевает изучение психики личности, также объектом обследования может быть определенная социальная группа. В настоящее время к психодиагностическому исследованию предъявляется **ряд требований**. Необходима стандартизация инструментария, которая основана на понятии нормы. Инструментарий должен быть валидным и надежным, с соблюдением жесткой регламентации самой процедуры обследования. **Программа** психодиагностического обследования должна составляться предварительно и содержать перечень методов, цель, описание режима обследования, условий, применяемого оборудования. Программа должна быть реализована с подробной фиксацией результатов, занесенных в **протокол**. Первичная интерпретация полученных результатов обычно производится по каждой методике отдельно, при целостной интерпретации принимаются во внимание сведения из наблюдений и анамнеза. При психологическом обследовании должна приниматься во внимание этическая сторона. В процессе проведения обследования, испытуемый не должен испытывать дискомфорт. При оказании психологической помощи в Республике Беларусь применяются методы и методики психологической диагностики, психологической коррекции, психологического консультирования, психологической профилактики, психологического просвещения, разрешенные к применению Министерством здравоохранения Республики Беларусь и Министерством образования Республики Беларусь. В настоящее время одна из сложных проблем практической психологии является формирование единых подходов к написанию заключения по результатам психологической диагностики.

Поэтому очень важно выработать общие правила к написанию заключения, чтобы специалисты, работающие в различных учреждениях здравоохранения (терапевтических, психиатрических, нейрохирургических) понимали друг друга, использовали общепринятые термины и градации нарушений, этому и посвящено данное научно-методическое пособие.

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Психодиагностическое исследование в организации здравоохранения – это сложный, структурированный и развернутый во времени, интерактивный познавательный процесс, в ходе которого психолог должен сформулировать психологическое заключение, релевантное поставленной задаче исследования и запросам врача.

Психологическая диагностика в организации здравоохранения является необходимым элементом лечебно-диагностического и реабилитационного процесса, объективно оценивающим имеющиеся нарушения, познавательной деятельности, эмоционально-личностных свойств и уровень социального функционирования. Любое психодиагностическое обследование заканчивается написанием заключения.

Однако, в психодиагностике еще недостаточно разработаны стандарты оформления психодиагностических заключений, кроме того, некоторые специалисты, вообще ставят под сомнение возможность их унификации. Вследствие этого, психологу часто приходится искать свой стиль в оформлении результатов исследований.

Целью настоящего учебно-методического пособия является формирование единых подходов к написанию заключений, которые были бы понятны и могли бы использоваться медицинскими психологами, работающими в организациях здравоохранения.

2 Особенности написания психодиагностического заключения

Заключение является конечным результатом диагностического процесса и определенным образом отражает этот процесс. В рамках этого процесса выделяются следующие этапы:

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

При этом необходимо учитывать, что существуют четкие нормы времени, которые регламентируют диагностический процесс. На основании нормативных правовых документов, психологам, работающим в учреждениях здравоохранения, на проведения полного обследования отпускается 2,5 часа и 1,5 часа на неполное заключение.

Заключение является ответом на запрос врача-специалиста, однако на практике этому зачастую мешает не всегда четко сформулированный запрос на проведение психологического исследования. Например, провести общее обследование, изучить психические особенности и пр. Отсюда может возникнуть следующая проблема – психолог может выйти за рамки своей компетенции и начать выполнять функции врача. Для того, чтобы избежать данной ситуации необходимо связаться с врачом-специалистом и уточнить запрос. Также желательно использовать бланк направления для проведения психологического исследования. Пример части бланка направления:

- *причина направления:* оценка текущего психологического состояния пациента, необходимость проведения дифференциальной диагностики, оценка динамики заболевания и др.

- *задача исследования:* интеллект (количественные или качественные показатели), психические процессы (восприятие, память, внимание, мышление), эмоционально-волевые особенности, психоэмоциональное состояние, структура личности, психофизиологические функции, нейропсихологическое исследование и др.

- *оценка особенностей психического статуса:* брезово-галлюцинаторные переживания, агрессивность, эмоциональная лабильность, замкнутость, прием нейролептиков, суицидальные тенденции, склонность к побегам, симуляция, аггравация, диссимуляция, склонность ко лжи, кверулянтство, установочное поведение и др.

Вторая проблема, которая возникает в реальной практике – это то, что в заключении психолог часто использует сложные психологические термины, которые не применяются во врачебной практике. И вместо получения ответов на свои врачебные вопросы у врача возникают дополнительные проблемы по пониманию заключения. Неоднозначные психологические термины по-разному воспринимаются психологами различных психологических направлений. Отсюда возникает ситуация, когда врачи не понимают, что написано в заключении и не могут это использовать в своих целях (постановка диагноза, оценка состояний, выраженность симптомов и др.). Поэтому, психологу необходимо понимать, что его главная задача – это наиболее четко и адекватно ответить на запрос врача, при этом использовать общепринятые медицинские термины, которые будут понятны и врачам и коллегам психологам.

Заключение психолога является целостным документом, который встроено в систему медицинской документации, и психолог несет полную ответственность за его содержание. В реальной практике существует

проблема в определении уровня ответственности и компетенции различных специалистов. Понимание медицинским психологом своей роли в диагностическом процессе и своей ответственности за результаты проведенной диагностики является показателем квалификации психолога. Написание заключения, которое является целостным документом и может использоваться для решения различных задач, включая постановку диагноза, выявления степени нарушения адаптации или способности выполнения воинской обязанности и прочего, является тем вкладом психолога в диагностический процесс. Понимая это положение, психолог обязан написать такое заключение, которое является документом, и который могут использовать другие специалисты. При этом психолог несет ответственность за каждое положение этого документа и может отстаивать его положения в различных инстанциях, включая судебные или прокурорские органы. Заключение психолога по результатам проведенной диагностики, которое непонятно, противоречиво и размыто вносит только путаницу в оказании медицинской помощи конкретному человеку.

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

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

Заключение по результатам психологического исследования должно дать ясный и понятный ответ для всех специалистов, насколько выражены психические нарушения или какие имеются личностные особенности при психических расстройствах. Например, выраженность уровня тревоги или типа психологического реагирования на болезнь.

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

В процессе проведения психодиагностического исследования выделяют следующие патопсихологические регистр-синдромы (И. А. Кудрявцев):

- шизофренический;
- аффективно-эндогенный;
- олигофренический;
- экзогенно-органический;
- личностно-аномальный;
- психогенно-невротический.

Шизофренический симптомокомплекс складывается из таких личностно-мотивационных расстройств как: *изменение структуры и иерархии мотивов, расстройства мыслительной деятельности, нарушающего целенаправленность мышления и смыслообразование (резонерство, соскальзывание, разноплановость, патологический полисемантизм) при сохранности операционной стороны, эмоциональные расстройства (упрощение, диссоциация эмоциональных проявлений, знаковая парадоксальность), изменение самооценки и самосознания (аутизм, сенситивность, отчужденность и повышенная рефлексия).*

В психопатический (личностно-аномальный) симптомокомплекс входит: *эмоционально-волевые расстройства, нарушения структуры и иерархии мотивов, неадекватность самооценки и уровня притязаний, нарушение мышления в виде «относительного аффективного слабоумия», нарушение прогнозирования и опоры на прошлый опыт.*

Органический (экзо- и эндогенный) симптомокомплекс характеризуется такими признаками, как: *общее снижение интеллектуальной деятельности, мнестические нарушения, затрагивающие как долговременную, так и оперативную память, нарушения внимания и умственной работоспособности, операционной стороны и*

целенаправленности мышления, изменение эмоциональной сферы с аффективной лабильностью, нарушение критической оценки пациентом собственного поведения.

В **олигофренический симптомокомплекс** входят такие проявления, как: *неспособность к обучению и формированию понятий, дефицит интеллекта, дефицит общих сведений, конкретность мышления, неспособность к абстрагированию, повышенная внушаемость, изменение эмоциональной сферы.*

2. Структура проведения

психодиагностического исследования пациента

В структуре психодиагностического исследования выделяются три основных этапа:

подготовительный этап;

этап проведения экспериментального исследования;

этап анализа и интерпретации результатов (подготовка психодиагностического заключения).

3.1. Подготовительный этап психодиагностического исследования

На данном этапе осуществляется сбор сведений о пациенте, уточняются задачи исследования, осуществляется выбор стратегии и конкретных методик психологической диагностики и, главное, устанавливается контакт психолога с испытуемым, оказывающий существенное влияние на ход и результаты дальнейшего инструментального исследования. Именно на первом этапе начинает формироваться экологический контекст психодиагностического исследования, предполагающий физический и социально-психологический комфорт исследуемого [Обозов, 1984]. Очевидно, что для создания оптимальных условий исследования психолог должен учесть влияние разнообразных **физических факторов** на психологическое состояние испытуемого, по возможности приблизив условия проведения исследования к естественным, привычным для испытуемого. Создание оптимальных физических условий проведения исследования, одинаковых для всех испытуемых, отвечает требованиям стандартизации тестового исследования, которые затрагивают не только словесные инструкции, время, материалы и другие аспекты тестирования, но и окружающую обстановку [Анастази, 1982].

В отношении времени проведения психодиагностического исследования существует четкое представление о том, что его надо проводить в первой половине дня. Длительность непрерывного медико-психологического исследования не должна превышать двух часов, а при

повышенной утомляемости пациента, особенно пожилого и старческого возраста – 30-40 минут. Обычно в целом медико-психологическое исследование занимает 3,5-4 часа. Поэтому его проводят в течение двух, а иногда и трех-четырёх дней.

На подготовительном этапе психодиагностического исследования психолог предпринимает ряд конкретных, взаимосвязанных шагов, основные из которых:

- 1) ознакомление психолога с медицинской документацией;
- 2) беседа психолога с лечащим врачом исследуемого, в ходе которой формулируются конкретные задачи психологического исследования;
- 3) беседа психолога с испытуемым, имеющая самостоятельное диагностическое значение и формирующая у испытуемого правильное отношение к исследованию.

3.2. Первый этап психодиагностического исследования заканчивается выработкой стратегии последующего инструментального исследования, которая предполагает подбор экспериментальных методик, внесение корректив в их инструкции и стимульный материал (в случае нестандартизованных методик) в соответствии с особенностями испытуемого и поставленными психодиагностическими задачами, а также определение последовательности предъявления методик, согласно существующим в психодиагностике традициям и личному опыту экспериментатора.

Подбор экспериментальных методик осуществляется строго индивидуализировано для каждого пациента в контексте поставленных задач психодиагностического исследования. Практический опыт показывает, что для *определения структуры и степени выраженности нервно-психических нарушений*, а также для выявления типичных для различных заболеваний нарушений психических процессов в связи с задачами дифференциальной диагностики целесообразно использовать преимущественно нестандартизованные (патопсихологические) методы исследования. Эти методы прицельно направлены на выявление конкретных нарушений психической деятельности, предполагают исключительно качественный анализ полученных результатов исследования, а также требуют дифференциации подходов и формы предъявления заданий в зависимости от состояния пациента, его интеллектуального и культурного уровня и от его отношения к исследованию. При квалифицированном использовании эти методы дают богатый материал, дополняющий данные клинического исследования о характере и степени выраженности нарушений познавательной деятельности. Отношение к исследованию, критичность к ошибкам, возможность их коррекции при использовании этих методов дают

представление о сохранности личности больного и структуре ее изменений. При решении задач дифференциальной диагностики нестандартизованные методы исследования, предъявляемые в условиях функциональной нагрузки, часто способны более четко вычленить те изменения психической деятельности, которые не обнаруживаются в клиническом исследовании с необходимой уверенностью и полнотой.

Задачи психолога в различных видах *экспертизы* (медико-педагогической, врачебно-трудовой, военно-врачебной, судебной) требуют получения наиболее объективных данных об уровне интеллектуального развития, глубине личностно-мотивационных, эмоционально-аффективных и других нарушений, составляющих основу экспертного заключения. В этих случаях целесообразно использовать стандартизованные методы исследования, предполагающие выраженность результатов в количественной форме, возможность их сопоставления с нормативными данными и воспроизведение в повторных исследованиях или другими экспертами.

Для *исследования эффективности проводимой терапии* и учета динамики нервно-психических нарушений целесообразно использовать методы экспресс-психодиагностики. Эти методы позволяют быстро и надежно оценить характер происходящих под влиянием биологического лечения изменений в психическом состоянии испытуемого или изменений в системе отношений пациента в связи с осуществляемой психокоррекционной (психотерапевтической) работой. Результаты использования методов экспресс-психодиагностики (шкал, анкет, одномерных опросников), как правило, выражаются количественно в виде баллов, оценок, коэффициентов, что обеспечивает легкость сопоставления результатов исследования до и после лечения.

Психологическое *исследование личности и социальных позиций пациента* с целью получения данных для функционального диагноза предполагает углубленное изучение индивидуальных особенностей эмоционально-личностного реагирования, зон конфликтных переживаний, «внутренней картины болезни», механизмов психологического преодоления и компенсации. Очевидно, что стандартизованные методы исследования личности (тест-опросники), ориентированные на выявление обобщенных типов личности, уступают в этом случае открытым опросникам и проективным методам, а также методам психосемантики, позволяющим содержательно описать индивидуальные структуры эмоционально-мотивационной сферы, когнитивного стиля и стиля разрешения проблемных ситуаций, подойти к пониманию актуальных переживаний испытуемого, его отношения к себе, к своему заболеванию, к референтному окружению. Как и

при решении многих других задач, данные психометрического исследования играют здесь лишь вспомогательную роль. Основное значение имеют результаты психологического анализа переживаний, поступков, личностных смыслов испытуемого.

Приведенные представления об адекватности использования тех или иных экспериментальных методов конкретным задачам психологического исследования не должны рассматриваться как универсальные рекомендации. Они лишь иллюстрируют необходимость учитывать операциональные и содержательные характеристики, а также психометрический статус методик при планировании экспериментального психодиагностического исследования в учреждении здравоохранения. При организации экспериментального исследования следует учитывать «принципы использования конкретных психодиагностических методик» [Зеличенко и др., ред., 1989].

Немаловажным фактором в подборе экспериментальных методик является *характер стимульного материала*. В психодиагностическом исследовании целесообразно использовать сбалансированный комплекс методик, включающий как вербальные личностные тесты, так и методики, базирующиеся на пространственно-образной переработке информации [Березин, 1985]. Эта рекомендация не распространяется на специализированное нейропсихологическое исследование, где отмеченный баланс может быть нарушен в связи с задачами топической диагностики.

Как отмечалось, психодиагностическое исследование в учреждении здравоохранения должно быть максимально индивидуализированным. При подборе методик должен учитываться такой установленный в психологии факт, как влияние сложности экспериментального задания на мотивацию испытуемого. Как очень легкие, так и чрезмерно трудные задания снижают интерес испытуемого к процессу исследования. При этом последние нередко вызывают экстрапунитивные защитные реакции испытуемого (например, в виде «критики тестирования»), что приводит к нарушению гармоничных межличностных отношений между психологом и испытуемым.

Вопрос о выборе конкретных методик экспериментального исследования, как об одном из обязательных элементов первого (подготовительного) этапа психодиагностики, можно словами Анастаси (1982, кн.1, с. 51): «Хорошо подготовленный экспериментатор выбирает тесты, которые подходят как для той цели, с которой он проводит тестирование, так и для человека, которого он тестирует».

При определении *последовательности предъявления методик* (программы экспериментального исследования) следует руководствоваться задачей исследования, знанием свойств методик и психологических

особенностей испытуемого, выявленных в ходе сбора предварительной информации и беседы с ним.

При исследовании *познавательной деятельности* целесообразно начинать исследование с легких сенсомоторных проб, проб на запоминание слов, цифр, постепенно наращивая сложность испытаний и избегая при этом возможной интерференции следов ранее заученного материала. Принцип применения методик по возрастающей сложности может быть нарушен при исследовании испытуемых, от которых ожидают аггравации или симуляции. Поняв принцип предъявления заданий, эти испытуемые начинают выполнять более трудные задания нарочито неверно [Блейхер с соавт., 1996]. Вербальные задания следует чередовать с невербальными, тесты «результативности» с тестами «скорости». При использовании тестовых батарей (например, WAIS) следует придерживаться последовательности субтестов (а также последовательности отдельных заданий субтеста), предложенной авторами-разработчиками.

При исследовании *личностных особенностей* рекомендуют ступенчатую стратегию, при которой первоначально используются методики недостаточно стандартизованные, позволяющие получить наиболее общее представление о личности (например, проективные методики). Полученные данные уточняются с помощью стандартизованных методов исследования [Скотфасп, Gleser, 1965].

Многие психологи, напротив, предпочитают начинать психодиагностическое исследование с предъявления испытуемому многомерных тест-опросников, затем уточняя и дополняя их результаты данными специализированных (одномерных) опросников и проективных методик. Такая последовательность предъявления методик часто оказывается более приемлемой и для испытуемых, так как «открытые» задания проективных методик в значительно большей степени, чем задания опросников с альтернативным выбором ответов, требуют от них мобилизации эмоциональных и интеллектуальных ресурсов, неформального отношения к исследованию, сотрудничества с психологом; неопределенность стимульного материала проективных методик может вызывать тревогу испытуемого с большей вероятностью на начальных этапах исследования в период адаптации испытуемого к ситуации эксперимента.

Таким образом, при комплектовании методик в батарее необходимо учитывать последовательный эффект применения методик.

3.3. Этап проведения экспериментального исследования (второй этап клинической психодиагностики) включает предъявление испытуемому сформированного на первом (подготовительном) этапе комплекса методик в заранее установленной последовательности. Выполнению заданий по каждой методике должна предшествовать четкая и лаконичная *инструкция*. В случае тестовых методик такая инструкция разрабатывается авторами теста и содержится в руководстве по использованию методики. Таким образом, следуя требованиям стандартизации, психолог при использовании тестов должен предъявлять всем испытуемым одинаковую инструкцию со стандартной интонацией. Регламентированные способы поведения экспериментатора в случае непонимания испытуемым инструкции, как правило, приведены в руководствах.

Процедура индивидуального тестирования, в том числе вопросы, касающиеся инструкции к тексту, подробно рассматриваются в тестологической литературе [Palmer, 1970; Sattler, 1974]. Существенным является замечание А. Анастаси (1982) о том, что, если при индивидуальном тестировании психолог отступил от стандартной процедуры исследования (например, несколько изменил инструкцию) с тем, чтобы выявить дополнительные данные, он теряет право интерпретировать результаты испытуемого в соответствии с тестовыми нормами. В этом случае возможен лишь качественный анализ ответов испытуемого.

При использовании нестандартизованных методов исследования инструкция, напротив, может формулироваться индивидуально для каждого пациента с учетом особенностей его возраста, интеллекта, психического состояния. Инструкция может быть «подкреплена» двумя-тремя примерами; она может меняться по ходу исследования в связи с необходимостью проверки возникающих у исследователя гипотез. Пластичное использование инструкции соответствует представлениям патопсихологии о возможности и необходимости исключительно качественного, содержательного анализа хода и результатов исследования, стандартизация процедуры которого может помешать выявлению уникальных особенностей психической деятельности испытуемого. Вмешательство экспериментатора, помощь испытуемому при использовании этих методов возможна не только при предъявлении инструкции, но и на протяжении всего исследования. Способность испытуемого воспользоваться помощью экспериментатора, скорректировать неправильные решения рассматриваются при этом как диагностически значимые характеристики; «сопротивление инструкции» связывается с негативистическими проявлениями или установочным поведением в ситуации эксперимента [Блейхер, Крук, 1986].

Во время выполнения испытуемым экспериментальных заданий психолог наблюдает за его поведением и ведет точную *запись проводимого опыта*. При использовании нестандартизованных методов в протокол опыта заносятся по возможности все суждения исследуемого, связанные с содержанием задания, а также его эмоциональные реакции, невербальные проявления, существенные для характеристики его личностной позиции. Ведение протокола важно и потому, что это позволяет иллюстрировать психодиагностическое заключение конкретными фактами. Кроме того, тщательное протоколирование эксперимента может приблизить психологов к решению проблемы сопоставимости и воспроизводимости результатов нестандартизованного исследования. Правильное ведение протокола исследования может позволить впоследствии анализировать групповые данные. Формы протоколов для конкретных патопсихологических методик представлены в руководстве С. Я. Рубинштейн (1998).

Для фиксации данных стандартизованного исследования для каждой методики предусмотрены специальные бланки, в которые, кроме паспортных данных и ответов испытуемого, психолог может вносить любую существенную, с его точки зрения, информацию о поведении, реакциях, психомоторных, интеллектуальных, личностных особенностях испытуемого. Эта информация затем используется наряду с тестовыми данными как материал для клинической оценки всей совокупности данных психодиагностического исследования.

Этап экспериментального исследования завершается *представлением полученных результатов* в виде, который задается типом методики. Например, для многомерных тест-опросников, типа ММРІ, полученные данные представляются в виде ряда стандартных оценок контрольных, основных и дополнительных шкал. Психолог с помощью «ключей» подсчитывает «сырые» баллы, которые затем по специальным таблицам или путем вычисления по определенной формуле переводятся в стандартные оценки. При подсчете «сырых» баллов используются специальные трафареты с прорезями в тех клеточках, которые соответствуют зачетным ответам по той или иной шкале. Подобная рутинная обработка результатов одной методики может занимать до 30 минут. Если учесть, что в психодиагностическом исследовании используется не одна, а несколько экспериментальных методик, каждая из которых требует подсчета баллов, коэффициентов, то легко понять, что процесс первичной математической обработки результатов может занимать значительную часть рабочего времени психолога. Поэтому очевидной становится роль персонального компьютера, способного полностью заменить психолога на этом этапе

получения психодиагностических данных. Последнее относится и к такому важному элементу организации результатов исследования как представление их в наглядно-образном виде - в виде диаграмм, графиков, профилей и т. д. «Профиль личности» позволяет психологу наглядно видеть степень выраженности (высота профиля) и соотношение (конфигурация профиля) различных индивидуальных особенностей (стоящих за показателями шкал методики) в структуре личности и психического состояния испытуемого. Такое представление значительно облегчает и обогащает интерпретацию результатов исследования, делает ее более надежной и обоснованной в связи с тем, что психолог может учесть всю совокупность полученных по методике данных, интегрированных как в числовой (логико-символической), так и в графической (наглядно-образной) форме. Как будет показано ниже, подобная интеграция полученной **психодиагностической** информации способствует ее более эффективному усвоению и анализу. Опыт, полученный при создании компьютерных психодиагностических методик, убеждает, что наглядно-образное представление результатов тестирования с помощью современных технологий компьютерной графики может значительно оптимизировать деятельность психолога по анализу и интерпретации результатов психодиагностического исследования.

Все авторы, пишущие о психодиагностике, а также практические психологи подчеркивают то особое значение, которое имеет *характер контакта психолога с испытуемым* для эффективного проведения и получения достоверных данных экспериментально-психологического исследования.

Эмпирические данные и специально проведенные исследования в качестве основного фактора, влияющего на ход диагностического процесса, выделяют личностные особенности экспериментатора, осознаваемые и неосознаваемые тенденции его поведения во время исследования, а также необходимость контроля такого влияния. Одновременно, личность испытуемого, его отношение к эксперименту как проблемной ситуации, побуждающей к поиску скрытых тенденций в действиях психолога – с одной стороны, и к реализации собственных планов, мотивов, целей участия в исследовании – с другой стороны, способность к взаимодействию с психологом или отказ от сотрудничества также являются предметом специальных научных исследований. В настоящее время весь комплекс проблем, связанных с межличностным взаимодействием психолога и испытуемого в процессе психодиагностики, объединен понятием «социальная психология психологического исследования» [Гайда, 1994; Дружинин, 1997].

4. Подготовка и написание психодиагностического заключения

Подготовка психодиагностического заключения является третьим, завершающим этапом медико-психологического диагностического исследования. На этом этапе происходит обобщение и интерпретация всей совокупности имеющихся у психолога данных об испытуемом в контексте поставленной задачи исследования. Полученная на предыдущем этапе исследования с помощью экспериментальных психодиагностических методов количественная и качественная информация соотносится с данными анамнеза, беседы, наблюдения. Во многих работах подчеркивается важность гармоничного, оптимального сочетания клинического и статистического, идеографического и номотетического подходов к получению и интерпретации психодиагностических данных. В случае медицинской психологической диагностики это подразумевает то, что данные тестов используются скорее как дополнительные, уточняющие, верифицирующие имеющуюся клиническую информацию или используются как материал, позволяющий выдвигать диагностические гипотезы, подтверждение которых может осуществляться только на основе наблюдения реальных образцов поведения испытуемого и тщательной реконструкции особенностей его анамнеза. Абсолютизация полученных тестовых данных вследствие переоценки валидности используемых методик рассматривается как одна из важных проблем психодиагностики и возможный источник ошибок при интерпретации данных. В то же время, в литературе можно встретить мнение о более высокой эффективности психологического прогноза на основе статистических методов по сравнению с прогнозом на основе клинического подхода [Бурлачук, 1989]. Таким образом, подготовка психодиагностического заключения представляет сложный творческий процесс интеграции и интерпретации всей совокупности данных об исследуемом с учетом особенностей способов их получения,

Важно отметить, что, хотя интерпретация результатов, как правило, ассоциируется с заключительным этапом психодиагностики, на котором происходит обобщение и объяснение всех ранее полученных экспериментальных и клинических данных, в действительности она представляет собой непрерывный процесс, затрагивающий все этапы исследования. Раскрывая понятие «транзитивного диагноза», И. Шванцара с соавторами (1978) отмечают, что интерпретация предполагает объяснение отдельных диагностически значимых фактов в ходе исследования. Это предоставляет психологу возможность пластичной ориентировки в психодиагностической проблеме и изменения программы исследования. Авторы различают интерпретацию *ad hoc*, которая касается создания гипотез

на основании частичных результатов и приводит к изменению программы дальнейшего исследования, и интерпретацию *post hoc*, в процессе которой психолог устанавливает смысл отдельных полученных фактов в общей психодиагностической картине случая.

При интерпретации данных психодиагностического исследования психолог опирается на представления о множественной детерминации психических явлений и многозначности каждого психодиагностического результата. Точность и адекватность интерпретации поэтому зависят от способности психолога учитывать вероятные связи между диагностическими данными, их ситуационной обусловленностью и возможным их личностным значением.

Другой важный аспект, который необходимо учитывать при интерпретации данных и отразить в психодиагностическом заключении, состоит в том, имеют ли выявленные психологические особенности (нарушения) ситуативный, преходящий характер или относятся к константным особенностям личности, поведения, интеллекта испытуемого.

Этот аспект соприкасается с еще одним вопросом, встающим при интерпретации результатов исследования. Должна ли она отражать только статические характеристики испытуемого, присущие ему в момент проведения исследования, или экстраполировать полученные данные и отражать возможную динамику психического состояния и других психологических характеристик испытуемого под воздействием внутренних и внешних факторов (в том числе терапевтических, социо-реабилитационных, медико-педагогических и др. мероприятий). Первая ситуация в литературе обозначается как статический замысел психодиагностического заключения, вторая – как динамический замысел [Зеличенко и др., ред., 1989]. Динамический замысел берет начало от положений Л. С. Выготского о «зоне ближайшего развития» и нацелен на отражение не столько актуального состояния испытуемого, сколько динамики этого состояния – его генезиса и, по возможности, прогноза.

Интерпретация результатов исследования и сформулированные на ее основе выводы составляют основное содержание психодиагностического заключения.

Основные положения, касающиеся подготовки психодиагностического заключения на основании данных литературы:

1. Психодиагностическое заключение в клинике представляет собой развернутый и одновременно четкий и конкретный ответ на поставленный перед психологом вопрос врача: каковы особенности мыслительной

деятельности, эмоционально-волевой сферы, структуры личности, системы значимых отношений испытуемого и др.

2. В связи с привязанностью психодиагностического исследования к конкретной клинической задаче его структура, содержание, форма, объем варьируют в каждом конкретном случае. «Может быть дана некоторая внешняя форма или схема таких заключений, но основная часть содержания заключений не поддается никакой унификации» [Рубинштейн, 1998, с.142].

Например, если психодиагностическое заключение подготавливается в связи с задачами дифференциальной диагностики, то в нем должны быть отчетливо выделены диагностически значимые признаки нарушения психической деятельности. К таковым могут относиться, например, характерные для шизофрении признаки нарушения логической структуры мышления, актуализация латентных признаков (нарушение селективности информации), соскальзывания. Выявив подобные нарушения, психолог дает им квалификацию (интерпретирует) не в рамках нозологической классификации (хотя дифференциальная диагностика психических нарушений предполагает именно эту задачу), а в рамках патопсихологической систематики расстройств мышления. Такой модус представления психодиагностической информации определяется этическими нормами работы психолога, сферой его компетенции, а также отсутствием для большинства нервно-психических заболеваний строго специфических, патогномоничных признаков.

По-другому будет строиться заключение в случае проведения психодиагностического исследования в связи с задачами объективизации динамики психического состояния испытуемого в процессе лечения. Оно будет построено на сопоставлении данных исследований познавательной и эмоционально-личностной сферы больного, проведенных в начале и по окончании лечения; основной акцент будет сделан на констатации факта наличия или отсутствия изменений, или степени их выраженности.

В психодиагностическом заключении отражаются прежде всего отличительные психологические особенности, *индивидуальное своеобразие* личности и интеллекта конкретного испытуемого в сопоставлении с нормативными данными (как статистическими, так и критериальными).

Наряду с выявленными в психодиагностическом исследовании нарушениями (изменениями, дефицитом, отставанием и т.д.) в заключении обязательно указываются *сохранные стороны* исследованных форм психической деятельности и личности. Как «позитивная», так и «негативная» психологическая диагностика вносят свой вклад в общую клиническую оценку психической деятельности испытуемого и способствуют выработке

индивидуализированной терапевтической и реабилитационной тактики. В заключении представляются обобщенные данные психодиагностического исследования, их интерпретация и выводы. В некоторых случаях наряду с качественным анализом выполнения больными отдельных экспериментальных заданий приводятся и количественные показатели: число правильных и ошибочных решений, количество заученных слов, итоговые статистические оценки, полученные при использовании стандартизованных методик. Эти данные приводятся для подкрепления выводов психолога. Кроме того, они могут заинтересовать пользователя (врача, психолога), желающего сопоставить эти количественные показатели с имеющимися у него данными других исследований (например, проведенными при прошлых поступлениях пациента в больничную организацию). С иллюстративной целью иногда приводятся конкретные ответы испытуемого на задания экспериментальных методик или конкретные высказывания пациента в беседе. Методики, используемые в психодиагностическом исследовании, должны перечисляться в начале изложения результатов эксперимента или упоминаться по ходу изложения материала. Это необходимо прежде всего с целью обеспечения возможности воспроизведения результатов исследования, например, в случае повторной экспертизы. В то же время, не следует перегружать текст заключения техническими подробностями получения и обработки данных; наиболее важны феноменология выявленных психических особенностей и нарушений и ее объяснение с точки зрения современной медицинской психологии.

Следует обращать особое внимание на расхождение результатов отдельных экспериментальных методик, направленных на исследование одной психической функции, свойства. Подобное расхождение обязательно должно получить психологическую интерпретацию (например, изменение отношения испытуемого к процессу исследования, парциальность развития исследуемой функции и проч.) Если расхождение обусловлено артефактами технического характера, то такие результаты должны быть исключены из рассмотрения.

Примерная схема заключений по данным психодиагностического исследования

4.1. Результаты клинико-психологического исследования

В этом разделе заключения отражаются данные, релевантные поставленной задаче исследования и полученные путем беседы психолога с испытуемым, наблюдения за его поведением во время исследования, изучения продуктов его творчества (писем, дневниковых записей, рисунков).

В отдельных случаях эти данные дополняются сведениями, полученными в беседе с членами ближайшего микросоциального окружения пациента (родственники, сослуживцы).

При изложении клинико-психологических данных внимание читателя заключения фокусируется на жалобах испытуемого, его самооценке состояния психических процессов и функций, настроения, самочувствия. Диагностическую ценность в данном случае представляет как содержание жалоб испытуемого, в котором отражается субъективное восприятие симптомов болезни, так и характер их предъявления (демонстративный, нарочитый или сдержанный, контролируемый или упорно-ипохондрический и др.). Существенное значение имеет также расхождение между предъявляемыми жалобами (например, на затруднение концентрации внимания, ухудшение памяти, умственной работоспособности и т. д.) и нормативными результатами инструментального исследования. Подобное расхождение должно быть обязательно осмыслено психологом и обозначено в заключение, например, как признак депрессивного самовосприятия больного, или наличия демонстративных тенденций на фоне незначительной астении, или рентных установок.

Отражаются данные о поведении испытуемого в процессе исследования, его отношении к ходу и результатам исследования: стремление к сотрудничеству, заинтересованность, активность, принятие критики, обучаемость или, напротив, отгороженность, дистанцированность, незаинтересованность, пассивность, некорректируемость. Особое значение имеют установочные формы поведения и реакции испытуемого (агравация, симуляция, диссимуляция). Они не только характеризуют мотивационно-поведенческую сферу испытуемого, но и оказывают влияние на достоверность полученных в экспериментальном исследовании данных. Как отмечалось, последние должны рассматриваться с учетом выявленных мотивационных тенденций.

4.2. Результаты экспериментально-психологического исследования

В вводной части характеризуется способность испытуемого понимать и удерживать в памяти инструкции к методикам, способность принимать помощь и корректировать ошибки.

В первой части этого раздела излагаются результаты инструментального исследования *познавательной деятельности* испытуемого. Изложение материала строится от простого к сложному – от характеристики простейших сенсомоторных реакций до логической структуры мышления. Если задача исследования связана с клинической, в

том числе дифференциальной, диагностикой, экспертизой интеллектуальной недостаточности, исследованием динамики астенических, «органических» и других нарушений познавательной деятельности, то объектом исследования должны стать по меньшей мере: психомоторный темп, психическая продуктивность, функции активного внимания (концентрация, переключаемость, распределение), процессы и виды памяти (запоминание, сохранение, воспроизведение; кратковременная -непосредственная и оперативная - и долговременная память: логическая и механическая память), пространственно-конструкторское и вербально-логическое (понятийное) мышление (его операционные, динамические, личностно-мотивационные характеристики). В случае выявления модальностно-специфических нарушений познавательной деятельности и других признаков, указывающих на возможность локально-органических нарушений головного мозга, в заключении указывается необходимость специализированного нейропсихологического исследования.

При использовании тестовых батарей, направленных на исследование структуры и уровня интеллекта (например, WAIS), в психодиагностическом заключении излагаются результаты последовательного (этапного) изучения полученных данных (см. п. 1.3.3) – от анализа количественного показателя уровня интеллекта IQ до качественного анализа способов выполнения отдельных заданий.

В следующей части представляются результаты исследования эмоционального состояния испытуемого в момент исследования и сферы его личности. На основании тестовых данных, проективных техник и шкал самооценки делается заключение об уровне и устойчивости *эмоционального фона* (настроения) испытуемого. Вся диагностическая информация, полученная при исследовании познавательной сферы, индивидуальных свойств и системы отношений личности, рассматривается с учетом преобладающего в момент исследования фона настроения, оказывающего существенное влияние на характер протекания психических процессов и самовосприятие испытуемого.

Результаты исследования *сферы личности* излагаются в определенной последовательности – от описания более биологически обусловленных типологических свойств темперамента и характера (экстраверсия-интроверсия, тревожность и др.) до характеристики более социально детерминированных, сложных подструктур личности (самосознание, ценностные ориентации и др.). В зависимости от задач исследования с большей или меньшей подробностью приводится характеристика эмоционально-аффективной, мотивационно-волевой, поведенческой сферы

личности, сферы межличностного взаимодействия, а также общая характеристика уровня и особенностей социальной адаптации. Указываются выявленные в исследовании личностные характеристики, способствующие и препятствующие оптимальной адаптации (например, уровень фрустрационной толерантности, способность к усвоению социальных норм и проч.). В заключениях, ориентированных на цели социальной реабилитации и психотерапии, подробно характеризуются сферы значимых отношений, внутрличностные конфликты и социально-психологические проблемы испытуемого, а также выработанные личностью способы психологического преодоления (копинг-стратегии).

По возможности, указываются психологические механизмы формирования выявленных нарушений и пути их коррекции.

III. В последнем разделе заключения формулируются выводы или резюме, отражающие наиболее важные данные, полученные в психодиагностическом исследовании. Эти данные должны формулироваться в обобщенном виде. Примером такого обобщения может служить патопсихологический синдром – симптомокомплекс психологических характеристик, высокодиагностически значимых для определенных нозологических форм [Кудрявцев, 1985]. Хотя, патопсихологический синдром имплицитно связан с определенным клиническим диагнозом, он представляет его опосредовано, через психологическое описание структуры нарушений, выявленных в исследовании.

Использование системы патопсихологических синдромов является распространенным, но не обязательным способом обобщенного представления данных психодиагностического исследования. В зависимости от различных факторов (в том числе субъективных – психологической школы, направления научных интересов) психолог может обобщить полученную информацию, соотнеся ее с другими принятыми в психологии классификациями, например, с систематикой нарушений мышления Б.В. Зейгарник, типологией акцентуаций характера и психопатий А.Е. Личко и др. Кроме того, если психолог затрудняется в отнесении выявленных феноменов к определенному типу, классу, в резюмирующей части он может выделить, подчеркнуть еще раз основные индивидуальные особенности, нарушения и сохранные стороны психической деятельности исследуемого. Эта информация, также как выделенный ведущий патопсихологический синдром, может иметь существенное значение для клинко-психопатологического анализа, осуществляемого врачом.

Полученные данные, как правило, трудно уложить в какую-либо схему или классификацию. Они представляют уникальную психологическую

характеристику «единичного случая», помогают раскрыть динамику переживаний, интра- и интериндивидуальных конфликтов, механизмов психологической защиты и компенсации. Кратко представить их в резюмирующей части чрезвычайно сложно. Выделить наиболее существенные из них, как для решения поставленной диагностической задачи, так и для определения путей коррекции и реабилитации, может помочь исключительно клинический опыт, основанный на каждодневной практической работе с пациентами, а также на взаимодействии с врачами и коллегами-психологами. После каждого блока обследуемой сферы (психические процессы, мышление, интеллект, личность) или важной для диагноза методики необходимо давать интерпретации с кратким подведением итогов.

4.3. Описание результатов исследования внимания

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

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

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

Пример 1. Пациент, 19 лет, студент колледжа.

Внимание устойчивое, переключаемое (методика Шульте: 37, 42, 41, 42, 44, 38), концентрация имеет усредненные показатели. Избирательность внимания в пределах допустимой нормы (тест Мюнстерберга). В целом у испытуемого при наличии мотивации были выявлены высокая концентрация и устойчивость внимания (корректирующая проба – 11 минут, без ошибок).

Пример 2. Пациентка, 24года, студентка.

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

4.4. Описание результатов исследования памяти

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

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

Пример 1. Пациентка, 23 года, студентка.

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

Пример 2. Пациент, 25 лет, рабочий.

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

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

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

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

4.5. Описание результатов исследования мышления

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

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

мышлении выделяют идентифицирующее, символическое, формализующее, аутистическое, прелогическое (мифопоэтическое) мышление.

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

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

Нарушения операциональной стороны мышления могут иметь следующие варианты.

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

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

Искажение обобщения – это нарушение операциональной стороны мышления является антиподом процесса снижения обобщения. Оно наблюдается чаще всего у больных шизофренией. Искажение обобщения выражается в «отлете» от конкретных связей в чрезвычайно утрированной форме. Если у больных эпилепсией уровень обобщений характеризуется конкретно-ситуативными связями (и это означает снижение уровня

обобщения), то больные шизофренией отражают в своих обобщениях лишь случайную сторону явлений, предметное содержание которых ими не учитывается и искажается.

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

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

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

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

Лабильность мышления – это чередование адекватных и неадекватных решений. Уровень обобщения в основном может не страдать, однако адекватный характер суждений может быть неустойчивым. Достигая в отдельных случаях высоких уровней обобщения, пациенты эпизодически сбиваются на путь неправильных или случайных сочетаний. Лабильность мышления может выражаться в чередовании обобщенных и конкретно-ситуационных сочетаний; подмене логических связей случайными сочетаниями; образовании одноименных групп (например, представителей рабочих профессий). Лабильность мышления часто проявляется у пациентов маниакально-депрессивным психозом в маниакальной фазе болезни. Маниакальные состояния характеризуются повышенным аффективным состоянием и психомоторным возбуждением. Пациенты беспрерывно громко говорят, смеются, шутят, сопровождая свою речь экспрессивной жестикულიцией и мимикой. Иногда выкрикивают отдельные слова. Характерна чрезвычайная неустойчивость и разбросанность внимания.

Возникающие ассоциации носят хаотический характер и не отторгаются. Понимая смысл поговорки, обследуемые не могут на ней сосредоточиться. Нередко какое-нибудь слово в поговорке вызывает цепь ассоциаций, которые далеко уведут пациента от начальной темы.

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

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

Пример 1. Пациент, 30 лет, рабочий.

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

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

При выполнении задания «исключения лишнего» обследуемый исключал предметы по несущественным признакам, без связи с реальностью. Например, из четырех предметов – лампочка, карандаш, лопата, клещи – он предложил исключить клещи, так как «это предмет, который не содержит

стройности движения». У испытуемого были выявлены элементы разноплановости мышления, когда одно и то же задание он выполнял в нескольких вариантах, при этом суждения протекали в разных плоскостях.

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

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

Пример 2. Пациент, 28 лет, безработный.

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

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

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

4.6. Описание результатов исследования интеллекта

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

В клинической практике интеллект исследуют с помощью психометрических (количественных) методик и методик, отражающих количественную и качественную сторону интеллекта. Экспериментально-психологическое исследование интеллекта позволяет уточнить структуру, характеристики и тяжесть снижения интеллекта.

Пример 1. Пациентка, 23 года, швея.

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

Отмечается понижение группы показателей способностей, которые относятся к социальному или эмоциональному интеллекту. Это особенно проявлялось в субтесте «понятливость», где требуется понимание определенных социальных явлений. Снижение способности испытуемой дать ответ на этот круг вопросов свидетельствует о социальной замкнутости, недостаточном понимании причинно-следственных связей в межличностных ситуациях, нарушении ориентировки в практических ситуациях. В субтесте «осведомленность» испытуемая не может ответить на вопросы, связанные с экономической, политической и социальной жизнью.

Среди невербальных заданий наиболее низкими оказались оценки по субтесту «складывание фигур», направленного на исследование конструктивного мышления. Испытуемая складывала первые попавшиеся части фигуры, затем прикладывала остальные детали.

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

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

4.7. Описание результатов исследования структуры (профиля) личности

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

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

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

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

Пример 1. Пациент, 45 лет, рабочий.

Результаты выполнения многофакторного личностного опросника ММРІ достоверны, код профиля личности (8,1,6,4/ 5) отражает затруднения социализации, связанные с недостаточной способностью воспринять обычаи, правила и нормы, которыми руководствуются в своем поведении большинство окружающих людей. Выраженные затруднения в межличностной сфере, обусловленные отсутствием способности к интуитивному пониманию окружающих и, как результат, нарушение социальной адаптации. Социальные коммуникации значительно затруднены также в силу своеобразия мышления, неспособности контролировать высказывания. Чувство недостаточной связи с окружением,

неудовлетворенной потребности в контактах не сопровождается нарастанием тревоги. Амбивалентное отношение к окружающим порождает при этом наряду со стремлением к контактам угрюмую недоверчивость. Личности с таким типом профиля характеризуются неконформным поведением и агрессивными поступками, совершенными в результате недоразумений, неприспособленности к тем или иным условиям, неспособности четко осознать социальную норму. Постоянное ощущение угрозы может толкать их на превентивное нападение, в данном случае, в виде открытой вербальной агрессии.

Пример 2. Пациентка, 44года, учитель.

Исследование по методике SCL90 свидетельствует о высокой степени выраженности симптоматики на момент исследования (общий индекс выраженности симптоматики, индекс проявлений симптоматики, индекс выраженности дистресса существенно выше нормативных значений, полученных на клинических группах). Наиболее выражена симптоматика по шкалам: обсессивность-компульсивность, фобии. Значения по указанным шкалам также в 1,5-2 раза превышают средние по группе больных неврозами. В числе выраженных являются симптомы, отражающие явления навязчивости такие, как «Необходимость делать все очень медленно, чтобы не допустить ошибки», «Чрезмерное беспокойство по разным поводам», «Потребность проверять и перепроверять то, что Вы делаете».

4.8. Описание результатов исследования личности с использованием проективных методик

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

Пример 1. Пациент, 18 лет, учащийся колледжа.

Получены следующие результаты по проведению методики «Несуществующее животное»: описание рисунка: рисунок мелкий,

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

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

4.9. Описание результатов исследования личностных особенностей

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

Пример1. Пациентка, 33года, мастер производственного обучения.

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

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

Пример2. Пациент, 24 года, юрист.

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

По данным методики Хайма выявлено: когнитивные копинг-стратегии относительно адаптивны: испытуемый использует форму поведения, направленную на оценку трудностей в сравнении с другими, придание особого смысла их преодолению, вера в Бога и стойкость в вере при столкновении со сложными проблемами. Эмоциональные копинг-стратегии неадаптивны – варианты поведения, характеризующиеся подавленным эмоциональным состоянием, состоянием безнадежности, покорности и недопущения других чувств, переживанием злости возложение вины на себя

и других. Поведенческие копинг-стратегии также неадаптивные: поведение, предполагающее избегание мыслей о неприятностях, пассивность, уединение, покой, изоляция, стремление уйти от контактов и решения проблем.

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

4.10. Описание результатов исследования эмоционально-волевой сферы

Сумма эмоций за определенный промежуток времени оценивается как настроение. Выявляется актуальный фон настроения, типология настроения (дисфория, тревога, страх, тоска), суточные и сезонные колебания, а также интерпретация собственного настроения. Патология эмоций проявляется в повышении настроения (скрытая мания, гипомания и мания), снижении настроения (скрытая депрессия, субдепрессия и депрессия), аффективной неустойчивости, эмоциональной холодности, эмоциональной лабильности. Патология эмоций включается в аффективные и шизоаффективные синдромы, аномалии личности.

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

Пример 1. Пациент, 44 года, предприниматель.

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

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

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

4.11. Резюмирующая часть заключения

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

Положения, которые отображаются в резюмирующей части, формулируются в обобщенном виде. Часто используется систематика патопсихологических синдромов, могут также использоваться систематика нарушений мышления по Зейгарник Б. В., типология акцентуаций характера и психопатий Личко А. Е. или другие классификации. Допускается просто подчеркнуть основные индивидуальные особенности, нарушения и сохраненные стороны психической деятельности исследуемого.

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

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

Пример 1. Таким образом, на момент обследования у пациента выявлено: психические функции сохранены, но при этом наблюдается легко выраженное снижение концентрации внимания и неустойчивость внимания. Отмечается легко выраженная инертности психических процессов.

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

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

5. Информирование пациента о результатах психодиагностического исследования

Результаты обследования могут при необходимости предоставляться не только специалисту направившего испытуемого на психодиагностическое исследование, но и самому испытуемому (в настоящее время это одно из требований законодательства). При предоставлении информации ее нельзя передавать в том виде, в каком она получена, ее необходимо сопровождать объяснениями специалиста проводившего психологическое обследование в форме содержательной и пригодной для использования. Например, когда родителям сообщают тестовые оценки их детей, рекомендуется устроить общее собрание, на котором консультант или школьный психолог объяснит цель и характер выводов, которые целесообразно сделать на основе полученных результатов, и границы использования данных. Затем можно раздать родителям письменные сведения об их детях и дать объяснения на конкретном примере для какого-либо родителя, позволившего это сделать. Независимо от того, в каком виде сообщаются тестовые данные, важное условие заключается в том, чтобы предоставить их с помощью описания уровней выполнения, а не только в числовой форме. Особенно существенно соблюдать это условие для тестов интеллекта, которые интерпретируются неверно чаще, чем тесты достижений. При сообщении результатов психологической диагностики следует соблюдать следующие рекомендации:

Сообщения об уровне выполнения и качественные описания, сделанные простым языком, предпочтительнее специфических числовых данных, за исключением тех случаев, когда результаты теста сообщаются опытному, хорошо подготовленному психологу-профессионалу.

При сообщении результатов любых диагностических методов желательно принимать во внимание характеристики, особенности того человека, кому передается информация. Это касается не только его образовательного уровня и знаний по психологии и тестологии, но также и его ожидаемой эмоциональной реакции на информацию.

Если речь идет о родителях или учителях, например, то их эмоциональные конфликты с ребенком могут препятствовать спокойному и рассудительному восприятию фактической информации о ребенке, здесь особенно важна индивидуальная эмоциональная реакция на информацию.

Когда индивиду сообщают его диагностические результаты, следует не только сопровождать их интерпретацией, но необходимо создать благоприятные возможности для индивидуальной консультации каждого, кто может быть эмоционально обеспокоен такой информацией. Например, студент колледжа может быть серьезно обеспокоен, озадачен, узнав о том,

что он плохо выполнил тест школьных возможностей. **Способный ученик может приучиться к лени и безынициативности или может стать непослушным и перестать действовать сообща с товарищами, если он обнаружит, что по своим способностям он намного превосходит своих сверстников.** Развитие серьезных личностных нарушений может быть ускорено, если больному индивиду сообщить его оценку по личностному тесту. Такие вредные воздействия могут возникать, конечно, независимо от того, правильной или неправильной является сама оценка. Даже в том случае, если обследование было тщательно проведено, а полученные оценки правильно интерпретированы, их неправильная предоставление, без учета индивидуальных особенностей может принести больше вреда, чем пользы индивиду.

6. Этика поведения медицинского психолога при проведении психодиагностического исследования

В настоящее время отсутствует этический кодекс для специалиста, проводящего психодиагностику, однако существуют общие принципы, которым желательно следовать:

1. Не навреди – своими действиями стараться не навредить испытуемому (в том числе психологическому здоровью).

3. Ответственность – объективность, честность, профессионализм, готовность признать и исправить собственные ошибки.

4. Следование моральным, правовым, ценностным требованиям общества – не следует навязывать свои индивидуальные ценности и убеждения.

5. Корректность и сдержанность – от психодиагноста требуется истина, а не эмоции и чувства.

6. Конфиденциальность, гарантия сохранности информации об индивиде – ее должен получить только тот, кто должен.

7. Доверительные отношения с обследуемым – психодиагност сообщает о цели обследования, последующем использовании информации, возможных последствиях для обследуемого, в процессе диагностики специалист не должен лгать или вводить в заблуждение.

8. Качество используемых методик – критически относиться к любому психодиагностическому инструментарию.

9. Адресность психодиагностического заключения – если оно адресовано другим специалистам, допускается профессиональная терминология, в противном случае необходимо максимально адаптировать язык заключения для понимания неспециалиста.

10. Полезность заключения – оно не должно быть "пустым", слишком коротким или наоборот слишком длинным и изобиловать множеством третьестепенных сведений, интерес представляет констатация фактов, а не наличие индивидуально обусловленных субъективных рекомендаций.

7. Методики оказания психологической помощи, рекомендуемые к применению в организациях здравоохранения

(Приведены в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29 июня 2018г. №662)

1. Методики психологической диагностики памяти и внимания:

запоминание и воспроизведение различного стимульного материала: слова, цифры, тексты, словосочетания, предметы;
методика «Отыскивание чисел по таблицам Шульте» (Т.Шульте);
методика «Красно-черные таблицы» (Т.Шульте, Ф.Д.Горбов);
методика «Корректирующая проба» (тест Б.Бурдона);
методика «Опосредованное запоминание по А.Н.Леонтьеву»;
методика «Заучивание десяти слов» (А.Р. Лурия);
методика исследования внимания «Кольца Э.Ландольта»;
методика исследования избирательного внимания (тест Д.Кюсси);
методика исследования вербальной памяти (А.Р.Лурия).

2. Методики психологической диагностики мышления:

методика «Классификация предметов» (К. Гольдштейн, Л.С. Выготский, Б.В. Зейгарник);
методика «Исключение четвертого лишнего» (Т.Д. Марциновская);
методика «Пиктограммы» (А.Р. Лурия, Л.С. Выготский);
методика «Ассоциативный эксперимент»;
методика «Называние 60 слов»;
методика «Соотношение пословиц, метафор и фраз» (Б.В.Зейгарник);
методика «Сравнение понятий» (В.М.Бехтерев);
методика «Существенные признаки»;
методика «Объяснение сюжетных картин»;
простые аналогии, сложные аналогии;
установление последовательности событий;
методика «Несравнимые понятия» (Павловская Л.С.);
методика «Сравнение пословиц» (Зейгарник Б.В.);
методика «Заполнение пропущенных в тексте слов» (Г.Эббингауз);
понимание рассказов, понимание сюжетных картин;
методика «Исследование вербального мышления» (И.Шванцар);
методика исследования речевого развития (Гейдельбергский тест, адаптация М.Б.Михайловой).

3. Методики психологической диагностики интеллекта:

методика «Тест интеллекта Векслера» (взрослый и детский варианты);
методика исследования социального интеллекта (Ф.Гилфорд, Г.Салливан, адаптация Е Михайловой).

4. Методики нейропсихологического исследования:

методика исследования экспрессивной речи (спонтанная и диалогическая речь, автоматизированная речь, повествовательная речь, отраженная речь, называние);

методика исследования понимания речи и словесных значений (различение гласных звуков, дифференцирование слогов, слов и звукосочетаний, понимание слов, удержание речевого ряда, понимание команд и предложений, понимание отношений между предметами, понимание проб Хеда);

методика исследования письма (письмо под диктовку букв, слов, фраз, самостоятельное письмо, составление слов из букв);

методика исследования чтения (чтение вслух букв, «зашумленных» букв, слов, текстов);

методика исследования счета (запись и чтение чисел, устный и письменный счет, решение задач);

методика исследования праксиса (идеаторный, идеомоторный, конструктивный, динамический, оральный);

методика исследования неречевого слухового гнозиса (узнавание и воспроизведение звуков и ритмических последовательностей);

методика исследования схемы тела (право-левая ориентировка, пальцевой гнозис, воспроизведение положения пальцев и кистей рук);

методика исследования ориентировки в пространстве (схема пространственных отношений, проба «географическая карта»);

методика исследования стереогнозиса (узнавание реальных предметов с помощью осязания);

методика исследования высших зрительных функций (предметный зрительный, цветовой, лицевой гнозис, идентификация объектов и другие);

методика оценки функциональной подвижности нервных процессов (с использованием необходимого оборудования);

методика оценки визуального восприятия и зрительно-моторного слежения (тест В.Халстеда-Р.Рейтана);

методика определения избирательного внимания «Проба Г.Мюнстенберга»;

методика исследования координации (координаторная проба);

методика исследования зрительно-моторных реакций;

методика исследования скорости реагирования на движущийся объект;
Кембриджская автоматизированная батарея нейропсихологических тестов.

5. Методики психологической диагностики личности:

методика составление автобиографии;
методика Миннесотский многофакторный метод исследования личности ММРІ;
методика Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМИЛ;
методика исследования акцентуаций личности – патохарактерологический диагностический опросник А.Е.Личко;
методика исследования акцентуаций личности – опросник С.Шмишека-К.Леонгарда;
методика диагностики показателей и форм агрессии А.Басса и А.Дарки;
методика метод цветowych выборов (М.Люшер, модификация Л.Н.Собчик);
методика незаконченные предложения;
методика «Несуществующее животное» (М.З.Друкаревич);
методика «Дом-Дерево-Человек» (Дж.Бук);
шкала самооценки Дембо-Рубинштейн;
методика «Тест руки» (Э.Вагнера);
методика «Тематический апперцептивный тест» (Х.Морган, Г.Мюррей);
интегративная система психодиагностики методом Роршаха;
методика исследования самооценки (Т.В.Дембо-С.Я.Рубинштейн);
методика исследования агрессивных реакций (опросник А.Басса-А.Дарки);
методика «Индекс жизненного стиля» (Г.Келлерман, Р.Плучек, Г.Конте);
методика «Завершение предложения» (Л.Пейн, А.Тендлер);
методика «Нарисуй человека» (Ф.Гудинаф-Харрис);
методика Фрайбургский личностный опросник;
методика 16-факторный личностный опросник Кэттела взрослый – 16PF;
методика «Опросник большой пятерки»;
методика «Я-структурный тест» (Г.Аммон).

6. Методики психологической диагностики половой идентификации и полоролевого поведения:

методика составление автобиографии (этапы сексуального развития);

методика «Полоролевой опросник» (С.Бэм);
методика полового дифференциала (В.Е.Каган);
методика «Психологическая автобиография» (Е.Ю.Коржова).

7. Методики психологической диагностики для детей:

методика интервью с родителями и другими родственниками или воспитателями;

методика изучения документации (медицинская карта, дневники родителей);

методика изучения продуктов творчества ребенка (рисунки, поделки и прописи и другое);

методика наблюдения за поведением ребенка в ситуации спонтанной и экспериментальной игровой деятельности;

методика проективных методов: рисунки, лепка, песок, тест детской апперцепции (САТ) Л.Беллак;

тест Кеттелла (подростковый – HSPQ и детский – CPQ);

методика опросник АСВ (анализ семейных взаимоотношений) (Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. В.);

методика опросник детско-родительских отношений (опросник А.Я.Варга, В.В.Столина);

методика исследования личности ребенка и его отношений с другими людьми (Р.Жиль);

методика «Кинетический рисунок семьи» (тест Р.Бернса, С.Кауфмана);

методика «Рисунок семьи» (Г.Т.Хоментаскас);

методика «Почтальон» (тест Е.Бене, Дж.Антони);

методика исследования детской тревожности (тест Р.Тэммл, М.Дорки, В.Амен);

методика выявления детских страхов (А.И.Захаров, М.А.Панфилова);

методика «Полуструктурированное интервью для выявления признаков посттравматического стресса у детей» (Н.В.Тарабрина);

методика «Родительская анкета для оценки травматических переживаний детей» (Н.В.Тарабрина).

8. Опросники оценки качества жизни и здоровья:

методика оценки качества жизни и здоровья Всемирной организации здравоохранения;

методика оценки статуса здоровья (краткий опросник методики оценки качества жизни и здоровья Всемирной организации здравоохранения).

9. Опросники оценки отношений:

опросник интерперсональных отношений Т. Лири;

методика исследования отношений (цветовой тест А.М.Эткинда);

методика исследования семейной адаптации и сплоченности (опросник Д.Х.Олсон, Дж.Порнер, И.Лави; адаптация М.Перре);

методика исследования семейных отношений «Системный семейный тест» (Т.Геринг);

методика исследования удовлетворенности браком (опросник В.В.Столина, Т.Л.Романовой, Г.П.Бутенко);

методика «Ролевые ожидания и притязания в браке» (опросник А.Н.Волкова);

методика «Измерение родительских установок и реакций» (опросник Е.Шефер, К.Белл; адаптация Т.В.Архиреевой);

методика «Семейные роли» (опросник А.В.Черникова);

методика «Измерение установок в семейной паре» (опросник Ю.Е.Алешиной, Л.Я.Гозман);

методика «Исследование реакции супругов на конфликт» (опросник А.С.Кочарян, Г.С.Кочарян);

методика ««Взаимодействие родитель–ребенок»» (опросник И.М.Марковской).

10. Опросники копинг-поведения и психологических защит:

опросник «Индекс жизненного стиля» Р.Плутчика;

опросник «Способы копинга» Р. Лазаруса;

методика «Копинг-стратегии» (Е. Хейм, адаптация Л.И. Вассермана);

методика исследования травматических ситуаций (Н.В.Тарабрина);

методика оценки психологического благополучия (детский и взрослый, полный и сокращенный варианты) (К.Рифф, Н.Н.Лепешинский);

методика исследования жизнестойкости (тест С.Мадди);

методика «Индикатор стратегий преодоления стресса» (Д. Амирхан, адаптация В.М. Ялтонского).

11. Опросники оценки значимых психологических конструкторов:

Торонтская алекситимическая шкала;

опросник «Тип поведенческой активности»;

методика оценки типа отношения к болезни (ТОБОЛ).

Гиссенский опросник психосоматических жалоб;

12. Методики психологической диагностики, построенные по принципу обучающего эксперимента:

методика «Кубики Кооса»;

методика «Классификация геометрических фигур» (А.Я.Иванов);

методика «Предметная классификация» (И.А.Коробейников.);

методики психологического обследования, входящие в «Диагностический комплект» (М.М.Семаго, Н.Я.Семаго);

методика «Выделение закономерностей» (Б.И.Пинский);
методики психолого-педагогического обследования детей раннего, дошкольного и младшего школьного возраста (Е.А.Стребелева);
методика психологической диагностики типа познавательного развития (В.Ф.Талызина, Ю.В.Карпов).

13. Методики психологической диагностики для оценки суицидального риска:

методика «Опросник суицидального риска» (модификация Т.Н.Разуваевой);

методика «Выявление суицидального риска у детей» (А.А. Кучер, В.П.Костюкевич);

методика диагностики суицидального поведения (М.В. Горская);

методика «Шкала оценки риска суицида» (У.М. Паттерсон);

методика «Шкала безнадежности» (А. Бек).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Анастаси, А. Психологическое тестирование / под ред. К.М. Гуревича, В.И. Лубовского, – М., 1982.
2. Психодиагностика: теория и практика. – М. : Прогресс, 2012. – 206 с.
3. Бурлачук, Л.Ф. Психодиагностика / Л.Ф.Бурлачук. – М. : Питер, 2011. – 384 с.
4. Глуханюк, Н.С. Психодиагностика / Н.С. Глуханюк, Д.Е. Щипанова. –М. : Академия, 2013. – 240 с.
5. Государев, Н.А. Практическая психодиагностика / Н.А. Государев. – М. : Ось-89, 2010. – 240 с.
6. Двинин, А.П. Современная психодиагностика / А.П. Двинин, И.А. Романченко. – М. : Речь, 2012. – 288 с.
7. Елисеев, О.П. Конструктивная типология и психодиагностика личности ; Псковский областной институт усовершенствования учителей / О.П.Елисеев. – М., 2011. – 280 с.
8. Леонова, А.Б. Психодиагностика функциональных состояний человека / А.Б.Леонова. – М. : издательство МГУ, 2011. – 200 с.
9. Непомнящая, Н.И. Психодиагностика личности / Н.И. Непомнящая. – М. : Владос, 2011. – 192 с.
10. Непомнящая, Н.И. Психодиагностика личности. Теория и практика ; книга по требованию / Н.И. Непомнящая. – Москва, 2014. – 192 с.
11. Романова, Е.С. Психодиагностика / Е.С. Романова. – М. : КноРус., 2011. – 336 с.
12. Херсонский, Б.Г. Клиническая психодиагностика мышления / Б.Г. Херсонский. – М. : Смысл, 2014. – 288 с.
13. Собчак, Л.Н. Психология индивидуальности. Теория и практика психодиагностики / Л.Н. Собчак. – СПб. : Речь, 2005.
14. Соколова, Е.Т. Проективные методы исследования личности / Е.Т. Соколова. – М.: Изд-во МГУ, 1980.
15. Таланов, В.Л. Справочник практического психолога / В.Л. Таланов, И.Г. Малкина-Пых – СПб. : Сова ; М. : ЭКСМО, 2002. – 928 с.
16. Херсонский, Б.А. Метод пиктограмм в психодиагностике / Б.А.Херсонский. – СПб. : Речь, 2004.
17. Шмелёв, А.Г. Психодиагностика личностных черт / А.Г. Шмелев. – СПб. Речь, 2002.
18. Червинская, К.Р. Медицинская психодиагностика и инженерия знаний / К.Р. Червинская, О.Ю. Щелкова. – М. : Ювента, 2014. – 624 с.
19. Шевандрин, Н.И. Психодиагностика, коррекция и развитие личности / Н.И. Шевандрин. – М. : Владос, 2011. – 512 с.
20. Яньшин, П.В. Клиническая психодиагностика личности / П.В. Яньшин. – М. : Речь, 2010. – 320 с.

Учебное издание

Байкова Ирина Анатольевна
Давидовский Сергей Владимирович
Якушкин Николай Владимирович

**МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКОГО
ИССЛЕДОВАНИЯ (для медицинских психологов)**

Учебно-методическое пособие

В авторской редакции

Подписано в печать 19.11.2019. Формат 60x84/16. Бумага «Discovery».

Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 2,94. Уч.- изд. л. 2,24. Тираж 100 экз. Заказ 55.

Издатель и полиграфическое исполнение –
государственное учреждение образования «Белорусская медицинская
академия последипломного образования».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/136 от 08.01.2014.

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 3/1275 от 23.05.2016.

220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3, кор.3.