Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Шуматов Валентин Борисович
Должность: Ректор
Дата подписания: 05.03.2025 12:34:53
Уникальный программный ключ:
1cef78fd73d75dc6ecf72fe1eb94fee387a2985d2657b784eec019bf8a794db4

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Тихоокеанский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

«УТВЕРЖДАЮ»
Заведующий кафедрой
_____ / _____ /
19 апреля 2024 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Дисциплины Б1.О.62 Спецпрактикум по методам экспертной оценки в клинической психологии
основной образовательной программы
высшего образования

Направление подготовки (специальность)	**37.05.01 Клиническая психология** (код, наименование)
Уровень подготовки	Высшее образование - специалитет (специалитет/магистратура)
Направленность подготовки	12 Обеспечение безопасности (в сферах: психодиагностической и консультативной деятельности в интересах обороны и безопасности государства, обеспечения законности и правопорядка; научных исследований)
Форма обучения	очная (очная, очно-заочная)
Срок освоения ООП	5,5 лет (нормативный срок обучения)
Кафедра	Клинической психологии

Владивосток – 2024

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1.1. **Фонд оценочных средств** регламентирует формы, содержание, виды оценочных средств для текущего контроля, промежуточной аттестации и итоговой (государственной итоговой) аттестации, критерии оценивания дифференцированно по каждому виду оценочных средств.

1.2. Фонд оценочных средств определяет уровень формирования у обучающихся установленных в ФГОС ВО и определенных в основной образовательной программе высшего образования 37.05.01 Клиническая психология, направленности 02 Здравоохранение в сферах: психодиагностическая, консультативная и психотерапевтическая, экспертная деятельность в процессе лечения, реабилитации и профилактики заболеваний, поддержания здорового образа жизни среди населения, при работе с пациентами в рамках лечебно-восстановительного процесса и психолого-просветительской деятельности в рамках профилактических программ для здорового населения **универсальных (УК) компетенций, общепрофессиональных (ОПК) и профессиональных (ПК) компетенций**

2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

2.1. Виды контроля и аттестации, формы оценочных средств

№ п/п	Виды контроля	Оценочные средства
		Форма
1	Текущий контроль	Тесты
2	Промежуточная аттестация	Вопросы для собеседования

3. Содержание оценочных средств текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: тестирования.

Для получения оценки «зачтено» необходимо дать 70% правильных ответов на вопросы теста

4. Критерии оценивания результатов обучения

«Зачтено» выставляется обучающемуся, если он показал достаточно прочные знания основных положений учебной дисциплины, умение самостоятельно решать конкретные практические задачи, предусмотренные рабочей программой, ориентироваться в рекомендованной справочной литературе, умеет правильно оценить полученные результаты.

«Не зачтено» выставляется обучающемуся, если при ответе выявились существенные пробелы в знаниях основных положений учебной дисциплины, неумение с помощью преподавателя получить правильное решение конкретной практической задачи из числа предусмотренных рабочей программой учебной дисциплины.

Приложение 1

Оценочные средства текущего контроля
Вопросы для тестирования

1. Материально-техническим обеспечением при проведении экспертизы является:
а) комплекс экспериментально-психологических методик исследования познавательных процессов, методики исследования личности;
б) клинико-психопатологический метод (анамнез, катамнез, наблюдение, клиническая беседа, описание психического состояния, анализ имеющихся симптомов психического расстройства);
в) анализ материалов гражданского дела, медицинской документации, письменной продукции подэкспертного, аудио- и видеозаписей;
+г) всё вышеперечисленное.

2. Какие заболевания максимально утяжеляли течение органических психических расстройств вследствие сосудистых и метаболических нарушений:
а) проявления системного атеросклероза;
б) ишемическая болезнь сердца;
+в) гипертоническая болезнь;
г) сахарный диабет.

3. У лиц, признанных несделкоспособными, достоверно чаще была диагностирована:
+а) дисциркуляторная энцефалопатия III степени;
б) ишемическая болезнь сердца;
в) гипертоническая болезнь;
г) сахарный диабет.

4. Преобладание выраженных интеллектуально-мнестических, координаторных и психоорганических расстройств выявляется при:
а) дисциркуляторной энцефалопатии III степени;
+б) дисциркуляторной энцефалопатии I и II степени в стадии декомпенсации;
в) нарушения мозгового кровообращения;
г) органические психические расстройства.

5. Тяжести состояния способствуют:
а) преобладание психических расстройств сочетанного генеза;
б) синдром зависимости от алкоголя;
в) экзогенные вредности,
+г) всё вышеперечисленное.

6. Течение органического психического расстройства характеризуется формированием специфических личностных расстройств в виде:
а) поверхностности, легковесности суждений, огрубленности;
б) перестройки иерархии мотивов с ограничением алкоголя;
+в) верно а) и б);
г) синдромом зависимости от алкоголя.

7. Резкое снижение уровня социального функционирования пациентов проявлялось:
+а) поверхностностью, легковесностью суждений, огрубленностью, перестройкой иерархии мотивов с ограничением алкоголя;
б) осложнялось сосудистой, эндокринной и неврологической патологией,
в) синдромом зависимости от алкоголя;
г) всё вышеперечисленное.

8. Течение цереброваскулярного заболевания у пациентов характеризовалось:
а) более тяжелым и прогредиентным;
б) осложнялось сосудистой, эндокринной и неврологической патологией,
в) синдромом зависимости от алкоголя;
+г) всё вышеперечисленное.

9. В качестве декомпенсирующих факторов выступают:
а) изменение взаимоотношений с близкими и более редкое общение;
б) одиночество вследствие смерти супруга или близкого человека;
в) болезни или операции, приводящие к обездвиженности, болевому синдрому и невозможности выполнять домашнюю работу.
+г) всё вышеперечисленное.

10. Из числа острых стрессовых факторов можно отметить:
а) болезнь и смерть близких родственников, потерю человека, осуществлявшего уход,
б) резкое изменение жизненного стереотипа;
в) смену места проживания.
+г) всё вышеперечисленное.

11. Форма реакции на психогению может быть:
+а) усугубление психопатологических расстройств, присоединение аффективных и тревожных синдромов, критической оценки своего состояния и сложившейся ситуации;
б) тревожно-личностные реакции с мобилизацией внутренних сил и активным поиском выхода из сложной ситуации;
в) неблагоприятные факторы, в первую очередь связанные с одиночеством, беспомощностью, зависимостью от посторонних лиц;
г) социальные показатели.

12. В неблагоприятных условиях возникали:
а) усугубление психопатологических расстройств, присоединение аффективных и тревожных синдромов, критической оценки своего состояния и сложившейся ситуации;
+б) тревожно-личностные реакции с мобилизацией внутренних сил и активным поиском выхода из сложной ситуации;
в) неблагоприятные факторы, в первую очередь связанные с одиночеством, беспомощностью, зависимостью от посторонних лиц;
г) социальные показатели.

13. Особенностями динамики психического расстройства, выраженности психопатологических нарушений на период сделки и их соотношения с сохранными сторонами личности являются:
а) усугубление психопатологических расстройств, присоединение аффективных и тревожных синдромов, критической оценки своего состояния и сложившейся ситуации;
б) тревожно-личностные реакции с мобилизацией внутренних сил и активным поиском выхода из сложной ситуации;
в) неблагоприятные факторы, в первую очередь связанные с одиночеством, беспомощностью, зависимостью от посторонних лиц;
+г) социальные показатели.

14. Пациенты, признанные неделко способными подвержены:
а) усугублению психопатологических расстройств, присоединению аффективных и тревожных синдромов, критической оценки своего состояния и сложившейся ситуации;
б) тревожно-личностным реакциям с мобилизацией внутренних сил и активным поиском выхода из сложной ситуации;

+в) неблагоприятным факторам, в первую очередь связанные с одиночеством, беспомощностью, зависимостью от посторонних лиц;
г) социальным показателям.

15. Для оценки мотивации заключенной сделки, необходимо чтобы были:
а) способность лица к свободному волеизъявлению и регуляция поведения при осуществлении сделки;
б) снижение способности прогнозировать результат сделки с учетом как извлечения выгоды, так и возможного ущерба для себя;
в)деменция в связи с эпилепсией;
+г) верно а) и б).

16. Неспособность понимать значение своих действий и руководить ими ЧАЩЕ характерно для деменции:
+а) сосудистого характера;
б) в связи со смешанными заболеваниями;
в) в связи с эпилепсией;
г) всё вышеперечисленное.

17. При деменции выявляется:
а) стойкие когнитивные нарушения, депрессия, бред и спутанность сознания;
б) расстройства эмоционально-волевой сферы;
в) нарушение критических и прогностических способностей;
+г) всё вышеперечисленное.

18. Клиническими критериями несделкоспособности являются:
а) грубое интеллектуально-мнестическое снижение с нарушениями памяти как на прошлые, так и на текущие события, недоступность выполнения основных мыслительных операций в виде обобщения, анализа, установления причинно-следственных связей, снижение скорости психических процессов, сугубая конкретность мышления, несостоятельность суждений
б) слабодушие, эйфория или апатия, безынициативность или расторможенность;
в) нарушение критических и прогностических способностей;
+г) всё вышеперечисленное.

19. Течение психического расстройства:
+а) связано с психогенными, соматогенными и экзогенными факторами, определявшими развитие декомпенсаций или тревожно-личностных реакций;
б) личностные расстройства преобладают над когнитивными;
в) протекает без динамики;
г) всё вышеперечисленное.

20. Экспертное заключение о сделкоспособности предполагает:
+а) личностные расстройства преобладают над когнитивными;
б) клиническая картина характеризуется наличием личностных особенностей в виде повышенной раздражительности, возбудимости, вспыльчивости и эмоционально-волевыми расстройствами в виде эмоциональной лабильности;
в) верно а) и б);
г) присоединением коморбидных психопатологических состояний- депрессивного эпизода средней степени с соматическими симптомами и смешанного тревожного и депрессивного расстройства.

Приложение 2

Вопросы для собеседования

1. Общая схема анализа результатов экспериментально-психологического исследования в судебной экспертизе.
2. Патопсихологическая диагностика в судебной экспертизе.
3. Определение степени выраженности (глубины) нарушений психической деятельности.
4. Диагностика психического развития детей раннего возраста.
5. Диагностические критерии при расстройстве приспособительных реакций (расстройство адаптации) при проведении экспертизы.
6. Механизмы проведении психофизиологической экспертизы с использованием полиграфа.
7. Изменённые состояния сознания. Диагностика в экспертной практике.
8. Последствия жестокого обращения с детьми в результате действий (или бездействий) родителей, воспитателей и других лиц, наносящее ущерб физическому или психическому здоровью ребёнка.
9. Специфика мотивационно-потребностной сферы при проведении судебной экспертизы
10. Диагностика симптомов и синдромов психических расстройств в судебной экспертизе.
11. Редкие психические расстройства.
12. Общие правила написания заключения психологического исследования подэкспертного при проведении судебно-психологической экспертизы.
13. Диагностика пограничных психических расстройств в судебно-психологической практике.
14. Описание результатов когнитивных функций при психологическом исследовании.
Экспертная оценка психических состояний при совершении сделок.

Примерная тематика рефератов:

1. **Примерная тематика рефератов.**

1. Диагностика симптомов и синдромов психических расстройств в судебной экспертизе.
2. Общая схема анализа результатов патопсихологического исследования
3. Диагностика в экспертной практике изменённых состояний сознания.
4. Определение степени выраженности психических расстройств.
5. Диагностика психического развития детей раннего возраста
6. Ошибки при интерпретации результатов полиграфа.
7. Последствия жестокого обращения с детьми в результате действий (или бездействий) родителей, воспитателей и других лиц, наносящее ущерб физическому или психическому здоровью ребёнка.
8. Редкие психические расстройства.
9. Общие правила написания заключения психологического исследования подэкспертного при проведении судебно-психологической экспертизы.
10. Диагностика пограничных психических расстройств в судебно-психологической практике.
11. Описание результатов когнитивных функций при психологическом исследовании.
12. Экспертная оценка психических состояний при совершении сделок.

Перечень ситуационных задач для дискуссии

пример **типичного заключения с описанием иерархии патопсихологических феноменов при эпилепсии**. Больной В. Б., 47 лет, предварительный диагноз: эпилепсия на фоне органического поражения головного мозга травматического генеза. Заключение по данным экспериментально-

психологического исследования. Больной в сознании. Всесторонне ориентирован полностью правильно. Выражение лица несколько игривое. Речь с заиканием, торопливая; характерно употребление речевых штампов, трудности подбора понятий в выражении. При отсутствии подходящих слов для ответа на вопрос испытуемый использует «знаковую жестикуляцию» (крутит пальцем у виска, сжимает левой рукой правый локоть), ненормативную лексику как «знак глубокого уважения к экспериментатору», отмечая при этом, что «доктор этого слышать не должен», прося нагнуться психологу к нему поближе. При входе в кабинет сразу встает на колени, хватает экспериментатора за руку, прося о «пощаде», т. к. «он не такой больной, как остальные, и может быть можно закончить все побыстрее». В беседе представляется «Борькой, Борюсиком, как мама называла раньше». Дистанцию удерживает не всегда: называет экспериментатора «девушкой», периодически фамильярничает, несколько «ужимист». Объяснение причин госпитализации носит экстрапунитивный характер, что проявляется в агрессивных внешнеобвиняющих высказываниях в сторону супруги: «я мешаю ей, наверное, она отправила, чтобы любовью отзаниматься, супруга, хорошая в кавычках». Предъявляет жалобы на заикание, сформировавшееся с детства, фиксирован на данном факте. При вопросах о степени комфорта в данном учреждении, говорит, что тяготится пребыванием, однако разъяснить причины «психологических неудобств» толком не может: «не думал, что здесь такая психологическая обстановка - отношение больных: на кровать мою садятся, нет дружеского контакта»; тут же отмечает, что «кормят его хорошо». Дальнейшие конфронтационные интервенции со стороны экспериментатора в виде указаний на возможные действия по устранению причин выявляют непоследовательность и «скрытность» в отношении суждений о дискомфорте (отмечает, что так он и делает). В психическом статусе отмечаются черты демонстративности, угодливости, льстивости, эмоциональной холодности, завышенной самооценки. Задания выполняет с неохотой, пытается отказываться от них («может, я вам шоколадку принесу с обеда?»); при пассивном же подчинении психологу, в случае уговоров, пробы выполняет. Однако мотив экспертизы остается сформированным, т. к. в конце исследования просит поспособствовать экспериментатора в выписке, пытается уговаривать и настаивать на данном требовании, при отказе и разъяснении - обесценивает задания и личность психолога, тут же извиняясь за свою «поспешность». Перед выполнением проб начинает оправдываться, спрашивать «что будет, если не справится». В процессе выполнения заданий отвлекается на побочные ассоциации, предпочитая «поговорить» на посторонние личностно-значимые темы, постоянно ссылаясь на мысли о «другом», мешающие справляться с заданиями. Динамические нарушения психической деятельности представлены ее инертностью, что выражается в замедленном темпе выполнения заданий, в частности, поиска чисел в таблицах Шульте на внимание (60 с, 51 с, 51 с, 55 с, 53 с); наличии выраженного периода «врабатывания» в новое задание; присутствии «ошибок внимания» при определении карточек в группы в методике на «Классификацию предметов»; медленном нарастании продуктивности непосредственного заучивания; наличии конфабуляторных включений при проверке механического воспроизведения; трудностях подбора рисунков в методике «Пиктограммы» на абстрактные понятия; создании стереотипных, чрезмерно детализированных ассоциативных образов для опосредованного запоминания; обстоятельности мышления. В мнестической сфере отмечается сужение объема механической памяти с трудностями формирования эффективной стратегии заучивания (форма «кривой» - 5, 6, 6, 7, 7) и преимущественным воспроизведении одних и тех же слов в центре мнестического ряда. Отсроченное воспроизведение составляет 4 слова из 10, что свидетельствует о неустойчивости мнестического следа. Продуктивность воспроизведения при включении смыслового компонента - 9 понятий из 16; припоминаемые образы при этом неточные, лишь близки к исходному понятию. Ассоциативные образы имеют преимущественную эгоцентрическую направленность, отражающуюся в привлечении и изображении себя при опосредовании того или иного понятия (например, на понятие «девочке холодно» рисует «сердце», комментируя - «любовь греет, чувства, это знак, что я готов всегда согреть»). В силу невозможности отвлечения от собственной субъективной оценки местами рисунки теряют и необходимую связность с понятийным содержанием слова (так, на понятие «справедливость» больной изображает «оружие, пуля летит, убийство другого человека»; при вопросе о том, как это связано с заданным словом, отвечает: «я запомню, когда эту тварь руками удавлю, и это будет справедливость»). Также отмечается феномен чрезмерной детализированности ассоциативных образов, отражающийся в увеличении количества прорисованных деталей и сюжетных линий в рисунках (так, на слово «победа» рисует «шествие

людей, у которых на флагах много-много звезд, которые и на небе тоже горят»). Рисунки чрезмерно упорядоченные, обведены в рамочки, среднего размера, с сохранением пропорциональных особенностей изображенных фигур. Нажим карандаша достаточный, четкий. Со стороны мыслительных процессов отмечается снижение уровня обобщений, что проявляется в затруднениях при подборе ассоциативных понятий к методике «Пиктограммы», конкретности ассоциативных образов, сложностях объединения обобщенных групп при «Классификации предметов», большем количестве дробных классификационных групп, тенденции к конкретноситуативным решениям (например, выделяет группы: «специальности: уборщица-кузнец»; «доктор-градусник», «магазин мебели», «обмундирование», «дворовые и домашние птицы» и др.), актуализации функциональных (например, из ряда «весы, часы, градусник, очки» исключает «весы», т. к. «с очками можно смотреть на все остальное»), поверхностных (из ряда «солнце, свеча, лампа, керосинка» исключает «солнце», т. к. «у него большая яркость») признаков предметов и явлений при исключении понятий. С мотивационной стороны можно отметить также явления резонерства, проявляющегося при интерпретации пословиц и составление рассказов к таблицам ТАТа. Например, комментирует пословицу: «Не все то золото, что блестит» следующим образом: «Сопли тоже блестят, тоже так говорят, блестит и лед, блестят и люди, надевают на себя украшения, особенно женщины, не то, что мужчины, помада, разные прелести выставляют, аж, смотреть иногда неприятно, я так никогда жене не позволял»; поучительно интерпретирует 7 картину ТАТа: «Это воспитательница, она желает только добра девочке, как я когда читал дочке сказки, а девочка не послушна, так себя вести нельзя, я так себя в детстве никогда не вел, я был послушным». Кроме того, можно отметить негативное влияние личностных факторов на процесс обобщения, выражающееся в чрезмерной эгоцентрической направленности высказываний пациента, повышенном желании тщательно и структурировано выполнить задание. В эмоционально-личностной сфере выявляются черты демонстративности, неустойчивости самооценки со склонностью к ее завышению, эксплозивности, аффективной ригидности и возбудимости, готовности к агрессивным действиям при внешней угодливости, «слащавости», стремлении представить себя в благоприятном свете, педантичности, желания добиться сочувствия окружающих при демонстрации своего дефекта, эгоцентризма со склонностью к внешнеобвиняющим реакциям, настороженностью, недоверчивостью. *Таким образом,* в результате патопсихологического исследования на первый план выступает патопсихологический синдром, характерный преимущественно для *эндогенно-органического расстройства (по типу эпилепсии),* с ведущим нарушением динамического фактора психических функций в форме инертности, что проявляется в сфере внимания (трудности переключаемости), памяти (медленный характер возрастания «кривой» механического заучивания, детализированность образов, снижение продуктивности непосредственного и опосредованно го запоминания, отсроченного воспроизведения), мышления (обстоятельность), эмоций (ригидность аффекта, эксплозивность, возбудимость, готовность к агрессивным действиям). Вторично нарушен операциональный компонент мышления (снижение уровня обобщений). Третичные компенсаторные явления представлены в мышлении (резонерство морально-поучительной направленности), личности (черты демонстративности, неустойчивости самооценки со склонностью к ее завышению при внешней угодливости, «слащавости», стремлении представить себя в благоприятном свете, педантичности, желания добиться сочувствия окружающих при демонстрации своего дефекта, эгоцентризма со склонностью к внешнеобвиняющим реакциям, настороженностью, недоверчивостью).

Пример **типичного заключения с описанием иерархии патопсихологических феноменов при алкоголизме**.

Пациент 0.3., 43 года, предварительный диагноз: хронический алкоголизм 2 ст. Заключение по данным экспериментально-психологического исследования

Пациент в сознании, всесторонне ориентирован полностью правильно. Внешний вид соответствует местопребыванию, возрасту и гендерным характеристикам испытуемого. Облик напоминает внешность творческой интеллигенции 80-х годов. Лицо несколько одутловатое с выраженными сосудистыми сетками в области носа и подбородка. Речь грамотная, правильная по форме; при этом испытуемый стремится «украшать» ее замысловатыми, «интересными» высказываниями и цитатами, разнообразить философскими размышлениями («должны быть пропорции добра и зла» и др.). Ответы преимущественно по существу, временами несколько более обстоятельны. Контакту доступен, устанавливает его легко, стремится произвести благоприятное впечатление, временами несколько

преуменьшая те или иные собственные особенности. Например, просит не обращать «такое внимание на алкоголизацию»; при этом, отмечает, что при употреблении спиртного характерны «мужские дозы»; одновременно с этим называет себя «гурманом», хотя и употребляет только «мужской хард-кор» - водку. Отмечается недооценка заболевания, снижение значимости и степени алкогольной зависимости, поиск оправдывающих причин, нежелание брать на себя ответственность за свою жизнь. Предъявляет жалобы на «депрессию», «периоды тревоги», усиливающиеся в осенне-зимний период. Описывает себя как человека контактного, заводного, веселого. В психическом статусе отмечаются черты повышенной тревожности, некоторой напряженности, раздражительности в моменты возрастания утомления. Инструкции понимает с первого предъявления, однако, длительно не удерживает. К собственным ошибкам в экспериментальной деятельности относится несколько облегченно, но стремится их исправить. Со стороны динамики психической деятельности обнаруживается целый спектр нарушений, обуславливающих специфику функционирования различных сфер интеллектуальной деятельности - внимания, памяти и мышления. Данные особенности связаны с преимущественной неустойчивостью функции внимания, что проявляется в неравномерном времени поиска чисел в таблицах Шульте, его увеличении в середине задания (кривая поиска чисел - 34 с, 33 с, 30 с, 35 с, 44 с, 33 с); повышенной истощаемостью при необходимости длительного умственного напряжения с увеличением времени работы, нарастанием количества ошибок по мере выполнения заданий, ухудшением трудоспособности в периоды переутомления (что, в частности, проявляется снижением объема отсроченной механической памяти). Отмечается снижение объема и концентрации внимания, трудности сосредоточения. Некоторая истощаемость также обнаруживается в элементах непоследовательности суждений, коррегируемых обследуемым самостоятельно. В мнестической сфере также при сохранности объема непосредственной механической памяти выявляются признаки повышенной истощаемости, проявляющаяся неравномерностью продуктивности воспроизведения 10 слов (кривая запоминания - 5, 9, 8, 10,8); продуктивность отсроченного воспроизведения в пределах нижней границы нормы (6 слов из 10-ти предъявленных). Кроме того, ошибки внимания проявляются обилием конфабуляторных включений при воспроизведении, хаотичным способом предъявления последних элементов ряда. Опосредованное воспроизведение незначительно снижено, что также связано с феноменом истощаемости: из изображенных 16 понятий пациент припомнил 11, остальные назвал близко к стимульному понятию. Ассоциативные образы носят преимущественно стандартный («дружба - рукопожатие», «веселый праздник - салют»), временами конкретно-ситуативный, фрагментарный характер; ассоциации личностно насыщены; графические характеристики отражают некоторую небрежность при изображении. Стоит также отметить некоторые трудности при создании ассоциативных образов, увеличение латентного времени поиска подходящего рисунка. Мыслительная деятельность также страдает со стороны ее динамики и определяется непоследовательностью суждений: так больной наряду с адекватным выполнением методик по мере работы продуцирует варианты поверхностных, конкретно-ситуативных ответов; такого рода суждения при этом носят преходящий характер, временами самостоятельно корригируются обследуемым. При достаточном уровне обобщений выявляются и некоторые трудности объединения классификационных групп и понимания переносного смысла пословиц и метафор, т. е. абстрагирования и символизации, тенденция к снижению уровня обобщений, опоре на конкретные представления. Также отмечается тенденция к опоре на субъективно значимые признаки предметов и явлений (например, обследуемый группу птиц называет «птички», выделяет группы «играющие дети»), выражающающейся в появлении разнонаплановости, разнонаправленности классификационных групп, что можно рассматривать в рамках личностного феномена; выявляется феномен «алкогольной фиксации», проявляющийся в явлениях своеобразного «алкогольного» юмора (например, при описании картин ТАТа: «Это ее муж, он, наверное, после похмелья, шучу»; «Семейная драмка - наверное, она его сдерживает, может он выпить пойдет»), создании группы «бутылка и стакан». В эмоционально-личностной сфере отмечается неустойчивость аффекта, склонность к зависимым формам поведения, снижение возможностей социальной адаптации, нарастание ригидности личностных установок, сужение сферы интересов и увлечений, выраженный индивидуализм обследуемого, тенденция к нонконформизму, шизоидные черты. В актуальном эмоциональном состоянии отмечается депрессивное состояние в сочетании с тенденцией к

регрессивным формам поведения, а также лабильность аффективных реакций, эмоциональная неустойчивость с трудностями произвольного контроля аффективных импульсов. *Таким образом,* в результате экспериментально-психологического исследования на первый план выступают признаки *экзогенно-органического расстройства (вследствие употребления ПАВ),* что представлено первичными динамическими нарушениями (выраженная лабильность с признаками повышенной истощаемости): в сфере внимания (его неустойчивость, снижение объема); памяти (снижение продуктивности непосредственного и опосредованного запоминания при большей сохранности второго); мышления (непоследовательность суждений); эмоционально- личностной сферы (эмоциональная неустойчивость с трудностями произвольного контроля аффективных импульсов) и вторичными операциональными нарушениями мышления (тенденция к снижению уровня обобщений). В эмоционально-личностной сфере на фоне актуального депрессивного состояния отмечаются компесаторные преимущественно шизоидные личностные особенности с тенденцией к регрессивным формам поведения, феномены «алкогольной фиксации» и «алкогольного» юмора, сужение сферов интересов и увлечений.

Пример патопсихологического заключения при болезни Альцгеймера.

Пациентка О. О., 66 лет, предварительный диагноз: органическое расстройство неясного генеза.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования

Обследуемая субтильного телосложения, выглядит соответственно местопребыванию и возрасту. Во внешности отмечаются черты аккуратности, чистоплотности, опрятности и «собранности». На прием к психологу пришла в сопровождении медперсонала. Общая внушаемость и подчиняемость пациентки проявилась в легкости согласия на экспериментально-психологическое исследование, отсутствии вопросов к психологу о дальнейшей деятельности и необходимости данного мероприятия в условиях отсутствия предварительного информирования лечащим врачом. В контакт вступает доброжелательно; признается, что «важно внимание»; границы взаимодействия удерживает не всегда, начинает делать комплименты экспериментатору, говорить, что она «на все согласна», потому у него добрые глаза, «которые не могут обмануть» и «сделать плохо». Голос мягкий, тихий, плавный, мелодичный. В речи периодически отмечаются некоторые сложности в подборе ударений в словах, неуверенность подбора понятий в предложении, склонность употреблять уменьшительноласкательные слова, выделять фразы умилительными ударениями и повторами («у меня дите большой-пребольшой уже»). Мышление отличается обстоятельностью. Эмоциональный фон несколько снижен, с тревожным оттенком. Активно предъявляет жалобы на «расстройства памяти», объясняя их дезориентировкой в пространстве («я вышла на улицу и стою так, гуляю у двери, далеко не хожу - могу заблудиться») и времени («даты часто путаю»). Во времени дезориентирована (не может назвать сегодняшнее число, год, месяц), собственный возраст также называет неточно. Себя описывает как «ранимую», «чувствительную», «общительную», «из простой семьи». В психическом статусе отмечаются черты повышенной сензитивности, эмоциональной неустойчивости, обидчивости, подавленности, потребности в эмоциональной поддержке и доверительных отношениях.

Инструкция требует дополнительного разъяснения, при этом в самих пробах больная старательна, проявляет активность, просит дать еще какое-нибудь задание. На критику реагирует адекватно, стремясь улучшить результативность деятельности, при похвале оживляется. Темп деятельности, в целом, замедленный. В исследовании выявляются нарушения динамики психической деятельности в виде колебаний работоспособности, а также инертности психических процессов, что выражается в замедленном темпе выполнения заданий, поиске чисел в таблицах Шульте на внимание с отсутствием эффекта его тренировки (58 с., 55 с., 70 с., 70 с., 68 с.), отсутствии прироста продуктивности воспроизведения мнестического материала. В мнестической сфере наблюдается грубое снижение уровня продуктивности механического и опосредованного запоминания. В методике «10 слов» правильно воспроизвела в каждой пробе - 3, 3, 4, 4, 3 понятия соответственно; при этом отмечались феномены стереотипного повторения одних и тех же слов с «эффектом края»; конфабуляторные включения близких по звучанию понятий («лиса» - «лес», «свет» - «снег»), что может также свидетельствовать о снижении фонематического слуха. При отсроченном воспроизведении обследуемая не смогла припомнить ни одного стимульного слова, а также сам факт исследования данной сферы («А что вспоминать?»). Включение смыслового компонента не улучшает запоминание (продуктивность опосредствованного запоминания - 0 понятий из 10), в том числе,

видимо, как в силу конкретности содержания ассоциативных образов, так и выраженной неразборчивости изображенных пиктограмм. Рисунки с интенсивным нажимом карандаша, стандартного размера. Больной доступно осуществление аналитико-синтетической деятельности на уровне конкретных представлений. С операциональной стороны мышления выявляется снижение уровня обобщений, что выражается в необходимости дополнительного разъяснения инструкций, сложностях продуцирования образов на конкретные и абстрактные понятия, трудностях функции обобщения предметов (так, в методике на классификацию: берет первую карточку сверху и к ней пытается подбирать подходящие, переспрашивая: «Весы к весам должна подобрать?»), выделении классификационных групп по конкретно-ситуативному признаку (например, «врач» и «градусник», объединяет лошадь, велосипед, мальчика и тележку, т. к. «лошадей впрягают в тележку, человека на велосипед сажают»), выраженных затруднениях абстрагирования при объединении групп, т. е. обобщении более высокого порядка, дефицитарности функции символизации (объяснение переносного смысла сложных или незнакомых пословиц), сложностях номинативного обозначения объединенных предметов в методике на исключение по типу амнестико-афатических «западе- ний» (так, даже при верном указании лишнего предмета на карточке «ландыш, кошка, клубника, растение», обобщение остальных производит по принципу функциональной принадлежности «они растут» и т. п.). В эмоционально-личностной сфере отмечается эмоционально-личностные особенности по истерическому типу с легкостью в принятии решений, сензитивностью, повышенной внушаемостью, отсутствием разборчивости в контактах, демонстративностью, зависимостью от мнения окружающих. *Таким образом,* в исследовании выявляется патопсихологический синдром, характерный для ***атрофического органического процесса с нарастанием когнитивного снижения (близкого к болезни Альцгеймера),*** - на первый план выступает нарушение операционального компонента памяти (дезориентировка, феномен «фиксационной амнезии»), мышления (снижение уровня обобщения), речи (нарушение мелодики; афатические расстройства с трудностями адекватной номинации); нарушения динамики психической деятельности вторичны (инертность). Регистрируется относительная личностная сохранность больной преморбидно истерического круга (легкость в принятии решений, сензитивность, повышенная внушаемость, тревожность, отсутствие разборчивости в контактах, демонстративность, зависимость от мнения окружающих). Рекомендовано проведение дополнительного нейпопсихологического исследования и магнито-резонансной томографии для уточнения топики и генеза возможного органического процесса.