

Психологическая диагностика в клинике

*Допущено
Министерством образования
Республики Беларусь
в качестве учебного пособия
для студентов учреждений
высшего образования
по специальности «Психология»*

Под редакцией Ю.Г. Фроловой



Минск
«Вышэйшая школа»
2017

УДК 159.9.072(075.8)

ББК 88.4я73

П86

Авторы : Ю.Г. Фролова, О.А. Скугаревский, М.М. Скугаревская, Е.С. Слепович, А.М. Поляков, Т.И. Занимон, А.Б. Эйдельман, Т.В. Меркушова

Рецензенты: кафедра психотерапии и медицинской психологии Государственного учреждения образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования»; доктор психологических наук профессор, проректор по научно-методическому обеспечению воспитательной работы учреждения образования «Республиканский институт профессионального образования» *О.С. Попова*

Все права на данное издание защищены. Воспроизведение всей книги или любой ее части не может быть осуществлено без разрешения издательства.

Психологическая диагностика в клинике : учебное пособие / Ю.Г. Фролова [и др.] ; под ред. Ю.Г. Фроловой. – Минск : Вышэйшая школа, 2017. – 191 с.
ISBN 978-985-06-2908-1.

В учебном пособии дается общая характеристика задач психологической диагностики в клинике, рассматриваются вопросы планирования, проведения и интерпретации результатов клинико-психологического исследования, описываются методы исследования психических процессов, психических состояний, личности больного, приводится алгоритм составления заключений по данным психологического исследования, разбираются сложные диагностические случаи.

Для студентов психологических специальностей, клинических психологов, врачей.

УДК 159.9.072(075.8)

ББК 88.4я73

ISBN 978-985-06-2908-1

© Оформление. УП «Издательство
“Вышэйшая школа”», 2017

ПРЕДИСЛОВИЕ

Диагностические исследования являются важным видом профессиональной деятельности медицинского психолога. Развитие доказательной медицины, повышение запросов к точности и обоснованности психиатрического диагноза, изменение картины заболеваемости, появление новых психологических и медицинских концепций, объясняющих душевную патологию, требуют от психологов обновления и системного пересмотра принципов диагностики нарушений личности и психической деятельности. Актуальными сегодня являются вопросы разработки стандартизованных методов оценки психических нарушений, анализа диагностических ошибок в практике психологов, выявления у психически здоровых людей склонности к развитию определенных психических расстройств, а также вопросы определения степени эффективности медицинской и психологической помощи.

Пособие состоит из двух разделов. В разделе 1 рассматриваются общие вопросы клинико-психологической диагностики, дается обзор основных методик, предлагаются примеры их интерпретации. В разделе 2 обсуждаются наиболее актуальные вопросы дифференциальной диагностики, в частности, диагностики органических заболеваний мозга, шизофрении, заболеваний, связанных с нарушениями пищевого поведения. При отборе вопросов, которые будут освещаться в пособии, авторы руководствовались стремлением рассмотреть наиболее сложные и недостаточно описанные в учебной литературе аспекты работы психолога в клинике.

Представленный в пособии материал отражает опыт авторов – психологов и психиатров в сфере классической патопсихологической диагностики и в сфере судебно-психологической экспертизы. Отдельные главы и параграфы подготовили: *Ю.Г. Фролова* – предисловие, разд. 1 (гл. 1.1, 1.5); разд. 2 (гл. 2.1, 2.2, заключение, задания для самоконтроля); *Т.И. Занимон* – разд. 1 (гл. 1.3); *Т.В. Меркушова* – разд. 2 (гл. 2.1, 2.2); *А.М. Поляков* – разд. 1 (гл. 1.2, 1.4); *М.М. Скугаревская* – разд. 2 (гл. 2.2); *О.А. Скугаревский* – разд. 2 (гл. 2.3); *Е.С. Слепович* – разд. 1 (гл. 1.2); *А.Б. Эйдельман* – разд. 1 (гл. 1.3).

Ю.Г. Фролова

1. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

1.1. ЗАДАЧИ, ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ЭТАПЫ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Основная цель психологического исследования в учреждении здравоохранения – помощь врачу в постановке диагноза, оценке состояния больного, определении его трудо- и дееспособности. Поэтому *клиническая ориентация* диагностики является важнейшей характеристикой клинико-психологической диагностики. Необходимо использовать методики исследования, позволяющие разграничивать не просто отклонения от среднего, но и дифференцировать психическую норму и психическую патологию. Высокий уровень тревожности, утомляемость и другие подобные нарушения сопоставляются с результатами выполнения этих методик различными группами психически больных и оцениваются с учетом общего контекста исследования. Подбор методик должен основываться на имеющейся в литературе информации об их клинической значимости. Клиническая ориентация психодиагностического исследования означает также, что весь дизайн такого исследования способствует ответу на запрос врача. Однако приведенные выше требования не должны исполняться в ущерб качеству. Не стоит подменять психологическое исследование психиатрическим исследованием (опрос больного по критериям классификации болезней, соотнесение выявленных нарушений с конкретным заболеванием без учета того, что одного психологического исследования недостаточно для постановки диагноза). Современные подходы к диагностике психических заболеваний подразумевают оценку выявленных у пациента проблем по различным параметрам – время появления и длительность симптомов, данные объективных исследований состояния центральной нервной системы и внутренних органов, влияние симптомов на уровень социального функционирования, реакция больного на назначенное лечение. Не все симптомы могут быть обнаружены при помощи методов, которые использует психолог. Например, в клинической психологии не разработан диагностический инструментарий для оценки бре-

да или навязчивых идей. Как справедливо замечает Б. В. Зейгарник, когда психолог проводит свое исследование с опорой на медицинские теории, он без всякой необходимости дублирует работу психиатра, не принося своей диагностикой никакой пользы [22].

В отличие от серьезной подготовки в области естественных наук, которую получает врач, психологическое образование подразумевает получение обширных знаний о психической норме – закономерностях развития психики в онтогенезе, базовых принципах работы познавательных и эмоциональных процессов, о развитии личности и социальных отношений. Именно в сопоставлении психической нормы с выявленными нарушениями заключается работа психолога в клинике. При этом мы не считаем, что норма обязательно означает здоровье, а патология – болезнь, или то, что в состоянии психической болезни отмечается отклонение от нормы по всем параметрам. Рассмотрим эти положения на примере пациентов с амнестическим органическим синдромом (синдром Корсакова). Такие пациенты могут быть как интеллектуально сохранными, так и иметь сниженные познавательные способности и нарушения личности. Американский невролог О. Сакс, сравнивая двух больных, пишет: «Положение мистера Томпсона гораздо хуже ...он обречен настолько, что даже не знает об этом: болезнь-агрессор захватила не отдельные органы или способности, а “главную ставку”, индивидуальность, душу. В этом смысле мистер Томпсон, при всей его живости, “погиб” в гораздо большей степени, чем Джимми: в первом сквозь кипение и блеск никогда не проглядывает личность, тогда как во втором отчетливо угадывается реальный человек, действующий субъект, пусть и лишенный прямой связи с реальностью» [53, с. 156].

Исследование психически больного позволяет обнаружить сложное соотношение нарушенных и сохраненных психических процессов и способностей, выражающееся в патопсихологическим синдроме (гл. 1.2).

Не стоит также отказываться от общей диагностики в пользу диагностики только одного психического процесса. Во-первых, нарушения многих психических процессов в полной мере проявляют себя не в какой-то определенной методике, а на протяжении всего исследования. Во-вторых, для клинической диагностики важно определить не столько отклонения от нормы для психического процесса вообще, в принципе, а уста-

новить точно, какой из его видов нарушен. Так, у больных с поражениями затылочно-теменных областей коры мозга больше всего страдает пространственное мышление, в то время как у больных с диффузным поражением мозга, характерного для отдаленных последствий черепно-мозговой травмы, могут быть типичными нарушения мышления в виде снижения способности к обобщению. Время, которое отводится на психологическую диагностику в условиях клиники, ограничено. Согласно Постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23.09.11 № 095, психологическое исследование может проводиться в течение 150–90 минут, включая время на обработку результатов и составление заключения. В связи с этим следует подбирать методики, позволяющие либо оценить одновременно несколько психических процессов, либо всесторонне исследовать один психический процесс.

Еще одной важной характеристикой клинико-психологического исследования является его экспериментальный характер. Отклонения от психической нормы не даны нам в непосредственном наблюдении, они проявляются в реальной деятельности человека. Соответственно, основной целью эксперимента в клинико-психологическом исследовании является создание таких условий для деятельности, в которых можно наблюдать психическую патологию или сделать выводы о ее отсутствии. Мы бы назвали такой эксперимент исследовательским, не имеющим жесткой схемы, позволяющим вносить изменения на любом из этапов.

Структура клинико-психологического исследования представлена в табл. 1.1.

Планирование такого эксперимента начинается со знакомства с медицинской картой. Из нее психолог может получить важную для себя информацию о социальном и профессиональном статусе больного, его семейном положении, жизненном пути, частоте госпитализаций, проводимых ранее исследованиях, в том числе клинико-психологических, о наличии суицидального риска, о возможных проблемах в поведении. Эти сведения позволяют не просто разработать предварительный план исследования и подобрать методики, но и использовать их в процессе диагностики. Например, часто возникает необходимость оценить состояние автобиографической памяти больного, и зафиксированные в медицинской карте данные позволяют оценить правильность ответов испытуемого, также

можно интерпретировать результаты выполнения методик для диагностики мышления с учетом образования больного и рода его занятий. В итоге психолог определяет примерное содержание вводной клинической беседы и выбирает 5–7 методик, которые будет выполнять больной. Психологу необходимо быть готовым сменить эти методики на другие, если исследование пойдет не по плану.

Таблица 1.1. Этапы клинико-психологического исследования

Этап исследования	Основные задачи	Средства решения задач
Предварительный этап	Планирование исследования, сбор автобиографической и клинической информации	Знакомство с запросом врача и с амбулаторной картой
Вводный этап (до 30 минут)	Установление контакта с клиентом и повышение его эмоционального комфорта; объяснение клиенту целей исследования; сбор информации	Клиническая беседа, наблюдение
Основной этап (до 1 часа)	Сбор информации, поддержание контакта	Выполнение методик; клиническая беседа; эксперимент; наблюдение
Завершающий этап (5–10 минут)	Обсуждение с клиентом результатов исследования, повышение его уверенности в положительном исходе лечения, информирование о дальнейших действиях; ответы на вопросы клиента; по возможности (в случае отсутствия возражений клиента) беседа с родственниками	Клиническая беседа

Вводная часть клинико-психологического исследования служит как диагностическим, так и терапевтическим целям. При ее успешном завершении пациент комфортно чувствует себя в общении с психологом, сотрудничает с ним, знает о целях исследования, а психолог уже владеет некоторой информацией о его психическом состоянии. Такая информация или подтверждает правильность заранее составленного плана исследования, или позволяет его скорректировать. Как справедливо отмечают Р. и Дж. Соммерз-Фланаган, в начале исследо-

вания пациент может испытывать довольно значительный эмоциональный дискомфорт, связанный не только с наличием симптомов, но и с общей неопределенностью ситуации, с незнанием того, как будет проводиться исследование и на что могут повлиять его результаты. Само столкновение с тем, что М. Фуко в свое время назвал медицинской властью, является для пациента пугающим: «Может быть, вам трудно представить себя человеком, облеченным властью, но факт остается фактом – роль клинического интервьюера ассоциируется с авторитетом и властью ... Клиенты могут относиться к вам так же, как и к другим лицам, наделенным определенными полномочиями, – учителям, врачам. Это отношение может быть разным – от теплого и участливого до грубого, холодного и пренебрежительного ... Помочь клиенту в преодолении психологического дискомфорта – значит, убедить его в том, что вы “не то” полномочное лицо, которого следует опасаться» [64, с. 326–327].

Здесь возможны не только проявления самой по себе тревоги, но и защитно-агрессивные реакции, призванные ее уменьшить.

К независимым переменным, используемым в клинико-психологическом эксперименте, относятся:

- содержание методик;
- инструкции к методикам;
- порядок предъявления методик;
- временные характеристики исследования;
- обратная связь.

Содержание методик. Содержание методик должно способствовать проверке гипотез, выдвинутых до начала эксперимента. Например, снижение уровня обобщения будет более заметным при выполнении заданий, требующих классификации и сравнения объектов; развернутого пояснения своих решений, основанных на использовании нового для большого материала (по сравнению с привычным). Выявить нарушение способности к произвольной регуляции поведения помогут методики, требующие самостоятельной организации больным своей работы, длительной концентрации внимания, постоянного сопоставления своих действий с условиями задачи.

Инструкции к методикам. Как известно, в психологическом исследовании одна и та же методика может предъявляться с различными инструкциями. Инструкции могут варьироваться для того, чтобы:

- актуализировать мотив экспертизы;
- изменить темп или способ выполнения задания;

- сделать более или менее очевидным для испытуемого оптимальный способ выполнения задания.

Для актуализации мотива экспертизы можно подчеркнуть важность выполняемого задания, обозначить психический процесс, который изучается с его помощью (например указать, что посредством данной методики проводится диагностика интеллекта или определенных социально значимых свойств личности – волевых качеств, самоконтроля и пр.). Различные способы выполнения методик, обозначенные в инструкции, будут способствовать выявлению различных нарушений личности и психических процессов. Изменение темпа выполнения задания актуально при проверке умственной работоспособности, состояния внимания. Если предполагается наличие у больного дефектов рабочей памяти, которое затрудняет выполнение методики, можно предложить ему письменную инструкцию, чтобы снизить нагрузку на мнестическую (от греч. *mnemōnikon* – искусство запоминания) функцию. Если имеется гипотеза относительно того, что ошибки в мышлении пациента связаны с нарушениями внимания, можно за счет инструкции усилить произвольный контроль решения задачи и посмотреть, как это повлияет на выполнение работы. При предъявлении методики «Воспроизведение рассказа» в одном случае можно попросить испытуемого пересказать содержание как можно ближе к тексту, а в другом – выделить основную мысль или составить план рассказа. Первый способ выполнения задания предъявляет повышенные требования к рабочей памяти, второй – к вербально-логическому мышлению и активной экспрессивной речи.

Пациенту можно предъявлять задания и с так называемой «глухой» инструкцией (термин Б.В. Зейгарник): 1) «Составьте рассказ по этой картине»; 2) «Что происходит с персонажами этой картины? Что они делают?» (задание с более детализированными указаниями на то, что требуется от испытуемого). В первом случае испытуемому необходимо самостоятельно спланировать свои действия и выработать критерии оценки их успеха, во втором случае ему достаточно лишь отвечать на вопросы психолога. Ряд нарушений мышления (скачка идей, искажение процесса обобщения, разноплановость) особенно ярко проявляются в методиках с неопределенной инструкцией (гл. 2.2).

Порядок предъявления методик. При составлении плана исследования необходимо принимать во внимание задачи диа-

гностики, различия выбранных психологом методик по их трудоемкости, эмоциональное и физическое состояние больного. Когда нужно выявить нарушения умственной работоспособности в виде истощаемости психических процессов, не рекомендуется «сдвигать» методики, требующие больших волевых усилий и концентрации внимания, в начало исследования или в его конец. Если все энергозатратные пробы будут предъявляться в первой половине исследования, истощаемость может быть незаметна, если их выполнение перенести на вторую половину исследования, то мы увидим появление большого количества ошибок и нам будет сложно определить степень истощаемости (ведь мы не знаем, насколько больной был способен выполнять сложные методики в начале работы). Поэтому желательно, чтобы несколько заданий приблизительно одинаковой сложности предъявлялись в начале исследования и в конце исследования.

Временные характеристики исследования (время суток, темп исследования, его продолжительность, наличие перерывов между заданиями). Некоторые пациенты в силу своего состояния особенно чувствительны к таким условиям исследования, как время суток и темп работы. Продуктивность исследования умственной работоспособности больных с выраженной депрессией может быть меньше в утренние часы, а у больных с астеническими состояниями органической природы она ухудшается в вечерние часы. В связи с этим целесообразно (если есть такая возможность) разбить исследование на две части. Таким образом, предъявление повышенных требований к темпу работы является сенсibiliзирующим (от лат. *sensibilis* – чувствительный) условием для выявления слабо выраженных нарушений познавательных процессов и динамики психической деятельности.

Обратная связь (реплики психолога о выполнении задания, о поведении испытуемого, указания на ошибки). Для выявления личностно-мотивационных нарушений в исследовании необходимо отслеживать реакции больных в ответ на замечания экспериментатора, отличать их способность корректировать свое поведение в ответ на критику, а также учитывать эмоциональные реакции испытуемых на изменение условий контакта. Желательно, чтобы психолог не просто спонтанно реагировал на поведение больного, но делал это осознанно, с целью вызвать определенное поведение. Не сле-

дует думать, что любые проблемы в исследовании связаны исключительно с психической патологией больного. Одно-сложные ответы на вопросы могут быть вызваны не только пассивностью пациента и сужением его словарного запаса, но и тенденцией психолога задавать большое количество вопросов закрытого типа, не предполагающих развернутые высказывания собеседника.

Особо следует упомянуть такой вид обратной связи, как указание на ошибки. Помимо личностно-мотивационных нарушений, указание на ошибки позволяет проверить и степень интеллектуальной сохранности больного. Для этого обратная связь во время диалога должна быть дозированной. Если пациент затрудняется продолжить диалог, психологу нужно выдержать паузу и после этого задать вопросы типа «Все?», «Вы уже закончили?», «Вы уверены?», затем (если это не помогает), можно сказать, что задание выполнено неправильно, и лишь тогда указать на конкретную ошибку (последнее предполагает очевидную помощь пациенту). В условиях отсутствия очевидной обратной связи особенно плохо работают пациенты с нарушениями произвольной регуляции поведения.

Как уже отмечалось, психологическое исследование не должно подменять собой клиническую беседу психиатра с больным. Более подробно суть диагностической работы психолога будет рассмотрена в следующей главе.

1.2. ПОНЯТИЕ «ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ» И ЕГО ПРИМЕНЕНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ НАРУШЕНИЙ ПСИХИКИ

1.2.1. Общие представления о психологическом диагнозе

Рассматривая вопросы диагностики психического развития ребенка, необходимо помнить о конечной цели и смысле данной диагностики. Ее цель и смысл состоят в том, чтобы помочь ребенку решить проблемы, с которыми он сталкивается на пути социализации. В связи с этим психологическую диагностику отклонений в развитии ребенка нужно понимать не как самостоятельную задачу, а как начальный этап оказания ему помощи (психокоррекционной, реабилитационной, психотерапевтической и др.). Психологический диагноз, являющийся результатом диагностики, должен не только представлять

индивидуальные психологические особенности ребенка, но и возможности, пути и условия его развития¹.

Данная мысль подтверждается исследованиями многих психологов [13; 49].

Диагностика психического развития применяется для решения следующих задач:

- общей оценки соответствия уровня психического развития возрастной норме и степени отклонения от нее;
- дифференциальной диагностики (точного определения типа отклоняющегося развития или психической патологии);
- прогноза психического развития в соотношении с определенными социальными условиями (отношениями в семье, особенностями образования и др.);
- разработки программы психологической помощи (коррекционной, реабилитационной, психотерапевтической);
- оценки динамики психического развития для определения эффективности оказываемой ребенку помощи;
- определения социальных (образовательных) условий, в наибольшей степени учитывающих индивидуальные особенности ребенка и способствующих нормальному психическому развитию.

Перечисленные задачи объединяет их направленность на разработку наиболее эффективной системы помощи, позволяющей максимально приблизить ход психического развития ребенка к возрастной норме и создать наиболее благоприятные условия для его социализации.

Понимание психологического диагноза, как практически целесообразного, предъявляет определенные требования к его уровню и содержанию. Еще Л.С. Выготский [13] предостерегал от постановки так называемого *симптоматического диагноза*, который сводится к фиксации наблюдаемых фактов поведения или речевой активности.

Следом за симптоматическим уровнем диагностики можно выделить *функциональный психологический диагноз*, где психолог не ограничивается констатацией наблюдаемых фактов, а описывает работу отдельных психических функций и характеристик личности (памяти, внимания, мышления, самооценки,

¹В отношении диагностики нарушений психической деятельности, личности взрослых людей данная мысль также применима. Разница в этом случае будет состоять лишь в том, что выявляются не только и не столько возможности, пути и условия развития личности, сколько условия ее социализации и возможности полноценного функционирования.

темперамента и др.). Такой подход позволяет выявить более и менее развитые функции и более и менее выраженные характеристики личности, что создает иллюзию обнаружения слабых, дефицитарных сторон психики, которые необходимо развивать или корректировать, и сильных сторон, которые могут служить точкой опоры для преодоления ограничений и в целом сглаживать осознание того, что развитие не соответствует норме. В идеале на этом уровне диагностики психолог может даже составить психологический профиль уровней развития различных функций или качеств личности, что позволит отобразить полную картину развития в графическом виде. В данном случае специалист следует правилу: «Чем больше, тем лучше», т.е. чем больше функций и качеств будет оценено, тем более полную картину можно будет получить. При этом диагностика носит неселективный характер и выбор тех или иных функций или свойств в качестве предмета диагностики происходит безо всяких объективных оснований. Кроме того, оценка уровня развития функций, свойств, как правило, носит количественный характер (оценивается степень выраженности признака – высокая, низкая, средняя и т.п. или дается его числовое выражение). На методическом уровне указанный подход способствует применению тестов (например тестов интеллекта), предполагающих измерение признака в баллах и соотнесение полученных данных со среднестатистическим нормативом. Однако использование таких методов в психодиагностике имеет свои ограничения. И.А. Коробейников отмечает адекватность применения психометрических тестовых методов (например тестов интеллекта) лишь для получения предварительной информации о развитии ребенка. При проведении дифференциальной диагностики, требующей уточнения в плане *прогноза*, а также для *определения потенциала развития*, «...необходимы методы иного, “патогенетического” свойства, позволяющие с большей глубиной и многосторонностью оценивать выявляемый при исследовании наличный уровень психического развития, являющегося, как известно, продуктом сложного, противоречивого процесса, обусловленного взаимодействием многих факторов» [25, с. 16]. Решение подобной задачи привело к использованию экспериментально-психологического метода – *патопсихологического эксперимента* в психологической диагностике. Необходимость качественного анализа породила потребность изучения психологической структуры дефекта – в области специальной психологии, па-

топсихологических синдромов – в области медицинской психологии. Кроме того, количественные и качественные методы обработки данных решают разные задачи: количественные методы выявляют уровень выраженности признака, а качественные методы определяют наличие (отсутствие) качества, признака, как такового [50].

Таким образом, функциональный уровень диагностики предполагает направленность на как можно более широкое количественное измерение уровня развития различных функций, свойств, состояний психики, с целью сопоставления выявленных особенностей с возрастными нормативами и различными типами отклоняющегося развития. Между тем, оценка степени выраженности тех или иных свойств или функций в практическом плане малоэффективна и не дает полного представления о психологической диагностике [50].

Психологическую диагностику нельзя свести к обнаружению степеней выраженности тех или иных свойств психики, ее необходимо дополнить выявлением *системных связей между ними*, в не меньшей, а может даже и в большей степени раскрывающих характер и уровень психического развития или его отклонений.

Несмотря на широкое использование функционального уровня психологической диагностики, ее ограниченные возможности становятся очевидными при сопоставлении получаемых результатов с задачами психологической помощи с одной стороны, и принципом системной организации психики – с другой. Количественная оценка степени выраженности тех или иных сторон психики еще ничего не говорит нам о том как можно улучшить состояние больного, как именно способствовать нормальному развитию ребенка. Для этого необходимо разобраться в механизмах возникновения отклонения в психическом развитии или нарушений функционирования психики, что, в свою очередь, предполагает его качественную оценку¹. Кроме того, подход «Чем больше, тем лучше» малопригоден в

¹Несмотря на то, что речь в главе идет о диагностике отклоняющегося психического развития ребенка, на наш взгляд, эти идеи применимы и к оценке нарушений психической деятельности взрослого человека. В этом случае следует говорить не столько о выявлении отклонений в развитии психики, сколько о логике возникновения нарушений нормально функционирующей психики, не столько о прогнозе психического развития, сколько о возможностях компенсации и коррекции нарушенных звеньев психики, не об образовательных условиях, а о более широком контексте социальных условий (профессиональных деятельности и отношениях, семейных отношениях и др.).

практике, так как развивать все подряд не представляется возможным (зачастую аномальными оказываются очень многие стороны психики). Для того, чтобы психологическая помощь была эффективной, она должна быть точечной, иметь конкретные мишени воздействия. Именно это предполагает выявление психологической структуры дефекта, раскрывающей механизм возникновения нарушения психической деятельности.

Следующее ограничение использования психологической диагностики вытекает из системного строения психики. Дело в том, что решение любой задачи, которая ставится перед испытуемым в процессе диагностического обследования, а также выполнение им любого действия не может быть осуществлено посредством использования лишь какой-нибудь одной психической функции или одного личностного свойства. При выполнении человеком любого действия работает *вся система психики*. Реализация тех или иных диагностических методик лишь делает ведущей работу определенной функции (внимание, память и др.). Однако нужно помнить, что выполнение задания зависит и от работы других функций. Так, например, запоминание и воспроизведение рассказа человеком зависит не только от его памяти, но и от понимания и структурирования содержания рассказа (мышления), целенаправленности, планирования и контроля (умения произвольно регулировать свою деятельность), заинтересованности в результате (мотивации). Следовательно, оценивая ход и результат решения задач испытуемым, рассматривая его поведение, речевую активность, необходимо сопоставлять вклад различных функций, свойств личности в их осуществление. Так психолог сможет адекватно определить какие нарушения в работе психики являются ядерными, а какие второстепенными, и то, какими ресурсами и компенсаторными возможностями обладает личность. Учет соотношения работы различных функций и свойств личности становится возможным на следующем уровне диагностики – на котором выстраивается *системный психологический диагноз*. Только на этом уровне определяется психологическая структура дефекта (аналог в медицинской психологии – «патопсихологический синдром») и как следствие обозначаются мишени психологической коррекции, так как последняя направлена либо на само ядро дефекта, представленного в его структуре, либо на то, чтобы обойти (компенсировать) ядерный дефект. Выявление психологической структуры дефекта предполагает сопоставление получаемых данных о развитии ребенка с различными ва-

риантами нормального и отклоняющегося развития. Вследствие этого, психологу предъявляются требования знаний этих вариантов развития, а также знаний критериев, на основании которых разграничивается нормальное и anomальное психическое развитие (или функционирование психики).

К.М. Гуревич следующим образом раскрывает цель психологической диагностики: «Используется ли диагностика в теоретическом или в практическом исследовании, цель ее заключается в том, чтобы дать материал для психологического заключения о группе лиц или отдельном лице, показав, чем это лицо отличается от других или чем эта группа отличается от других групп той же совокупности. И там и тут предполагается сравнение» [50, с. 19]. Безусловно сравнительный контекст всегда присутствует при решении психодиагностических задач, однако учитывая единство диагностики и психологической практики особое внимание необходимо уделять не только и не столько межиндивидуальному или межгрупповому сравнению, сколько объективным показателям психического развития.

Немецкие авторы подчеркивают важность психодиагностики не столько для оценки вариативности психических свойств у людей, сколько для оценки их деятельности в свете социальных требований, т.е. необходимости их соотнесения с объективными критериями.

Г. Витцлак также критикует традиционный подход в психодиагностике, следуя которому оценка результатов тестирования дается лишь в сравнении с другими представителями популяции, однако игнорируется независимая от успехов других оценка испытуемого по его умению достигать намеченных целей и обучаемости [50]. Несмотря на то, что выделенные объективные критерии (достижение целей и обучаемость) не являются единственными и не могут охватить все сферы психического развития, тем не менее, на наш взгляд, переориентация психодиагностики со сравнительного подхода на объективный и сама попытка выделения объективных критериев являются важными.

Системный уровень диагностики для целостной оценки работы психики делает необходимым не только оценку результатов деятельности испытуемого в процессе решения диагностических задач (мыслительных, речевых, мнестических и др.), но и оценку самого процесса их решения. Такой подход к диагностике позволяет выявить индивидуальные алгоритмы органи-

зации психической деятельности, ее сохранные и нарушенные звенья, чувствительность к различным видам помощи.

Данный уровень предполагает также (если воспользоваться словами Л.С. Выготского): «...определение внутреннего хода самого процесса развития» [14, с. 267]. Иными словами, необходимо понять как соотносятся выявляемые эмпирические факты с целостной картиной развития ребенка: что они говорят об уже достигнутом уровне развития (актуальном уровне или реальном) и о перспективах развития (зоне ближайшего развития) объекта. Первый (актуальный) уровень проявляется в том, что ребенок умеет делать самостоятельно, а второй (зона ближайшего развития) в том, что он может делать с помощью взрослого (психолога, проводящего обследование). Соотнесение обнаруженных в процессе диагностики эмпирических фактов с развитием в целом предполагает хорошее знание психологом закономерностей нормального и аномального психического развития, а также тех качественных изменений психики, которые происходят в различных возрастах. И здесь недостаточно знания только тех психологических особенностей, которые присущи ребенку того возраста, в котором проводится диагностическое обследование, так как, во-первых, развитие психики обследуемого может не соответствовать его физическому возрасту, а, во-вторых, значимость тех или иных фактов развития можно оценить лишь в контексте целостной возрастной динамики, поскольку одни изменения являются крайне важными в силу того, что они встраиваются в качестве центральных элементов в последующие возраста, а другие отходят на задний план и могут сформировать в более поздний период.

Оценка смысла выявленных симптомов, фактов развития, в контексте развития в целом позволяет определить возможности развития ребенка в сопоставлении с конкретными социальными условиями.

Все сказанное о системном уровне диагностики согласуется с идеями, неоднократно высказываемыми в литературе. К.М. Гуревич пишет: «Иногда при определении психологической диагностики преимущественное внимание обращается на то, что с ее помощью можно получить целостную характеристику отдельной личности, что именно в этом состоит ее главное назначение. Трудно спорить с тем, что получение целостной характеристики личности – одна из заманчивых перспектив диагностики. Но диагностика может трактоваться так только в случае,

если, во-первых, каждая составляющая этой характеристики возникает как продукт научного сравнения данных конкретной личности с данными какой-то достаточно большой совокупности людей, во-вторых, если будет найден научный принцип синтеза, соединения отдельных данных. Без этих двух условий, хотя даже ими дело не исчерпывается, получение целостной характеристики останется делом искусства, нужного, полезного, но искусства, а не науки» [50, с. 22]. Безусловно с высказанными автором замечаниями можно согласиться, однако их не следует принимать безоговорочно: в отечественной психологической традиции накоплен огромный материал, подтвержденный эмпирическими исследованиями, относительно принципов синтеза отдельных психологических характеристик и функций. Достаточно вспомнить исследования о роли речи в познавательной деятельности и регуляторных процессах, о взаимосвязях памяти и мышления, соотношении деятельности и эмоций, эмоций и мышления, мышления и деятельности, разработки методов патопсихологического и формирующего экспериментов и другие, выполненные в рамках общей, детской, медицинской и специальной психологии, чтобы усомниться в невозможности синтеза разрозненных характеристик психической деятельности отдельной личности на научной основе. Сравнивая психодиагностику с искусством, не следует противопоставлять такой подход научному исследованию. Сама по себе задача характеристики уникальной личности привносит элемент творчества в процесс психологической диагностики, который не может быть подчинен использованию готовых штампов и интерпретационных схем. В противном случае диагностику следовало бы свести к выявлению тех или иных типов психической деятельности, а не раскрытию ее уникальности у данной конкретной личности. Кроме того, и саму по себе науку в определенном ракурсе можно понимать как искусство, ведь далеко не всегда открытие нового может быть построено по уже знакомым схемам исследования.

Подводя итог сказанному, можно заключить, что *психологический диагноз* представляет собой сложный конструкт, включающий оценку соответствия уровня и характера психического развития возрастной норме, характеристику полноценно функционирующих компонентов психики и психологической структуры дефекта, обоснование прогноза развития в соотношении с определенными социальными условиями.

1.2.2. Основные подходы к определению нормального и отклоняющегося развития

Определение критериев нормального и отклоняющегося от нормы психического развития имеет не только теоретическое значение, но и прямой практический смысл. В зависимости от того, что мы считаем нормой, а что аномальным развитием, будут определяться критерии психологической диагностики и направленность коррекционной работы. Рассмотрим основные критерии (подходы), которые используют специалисты как в научных исследованиях, так и в психодиагностической и психокоррекционной работе.

Первый и наиболее распространенный подход к определению нормального и отклоняющегося развития представляет норму психического развития как *норматив, принятый в данной социокультурной среде*. Нормально развивающимся в этом случае считается человек, психические функции и свойства личности которого соответствуют среднестатистическому стандарту развития в данном возрасте. Очевидно, что за таким видением психического здоровья стоит когнитивно-бихевиоральная традиция в психологии. Следует отметить две особенности указанного подхода: 1) соответствие норме развития данного конкретного индивида в исследовательской и психодиагностической практике устанавливается как сумма определенных количественных показателей развития отдельных психических функций и свойств личности. При этом утрачивается видение психики и психического развития ребенка как явлений, имеющих системный характер; 2) психическое развитие начинает рассматриваться в отрыве от самого человека и его индивидуальных особенностей, что, в свою очередь, приводит к стереотипизации представлений о нормах психического развития. Утрачивается понимание нормы как поливариативного явления, обладающего возможностью множественных проявлений в зависимости от индивидуальных особенностей личности и специфики социальной ситуации развития индивида. К сожалению, зачастую такая позиция специалиста приводит к тому, что нетипичный вариант нормы выдается за патологию, а некоторые патологические варианты не вычлняются. Еще одним следствием опоры специалиста на указанный тип представлений становится способ построения психологической практики, которая оказывается ориентированной не столько на помощь самому человеку, сколько на приведение в соответ-

ствии среднестатистическому стандарту отдельных его психических функций и интеллекта как набора интеллектуальных операций (в понимании их количественного усиления).

Второй (*адаптационный*) подход к определению нормы психического развития основан на выявлении соответствия поведенческих навыков индивида типичным навыкам, формирующимся в определенном возрасте и отвечающих, с одной стороны, его потребностям, а с другой – требованиям окружающей среды. В данном понимании сформированность соответствующих навыков отражает социальный возраст индивида. Этот критерий дополняет среднестатистический критерий и, как правило, применяется вместе с ним. Основными достоинствами такого подхода являются простота и объективность. Между тем, в качестве его основного недостатка отмечается невозможность учесть личностный уровень психологического здоровья – моральные качества, способность к самоорганизации и саморазвитию, устойчивые интересы и длительные отношения с другими людьми и др. [8] – те параметры психики, которые напрямую не связаны или даже мешают адаптации к изменяющимся условиям.

Третий подход предполагает понимание *нормы как отсутствия патологии* и берет свое начало в медицине и в психодинамическом подходе. Психолог, руководствующийся в своей профессиональной деятельности подобными представлениями, акцентирует свое внимание на клинической картине дефекта. Аномальное развитие понимается как отсутствие у больного качеств, присущих здоровому индивиду или их недоразвитие. Аномальное развитие представляется исключительно как «поломка» нормально функционирующей психики, а не как специфическая линия развития, создающая особые условия развития личности. Как следствие, ребенок или взрослый воспринимается сквозь призму медицинского диагноза, а психологическая диагностика сводится к выявлению клинических симптомов нарушений в развитии. Таким образом, специалист утрачивает собственно психологическое видение не только самого человека, но и отклонений в его развитии. Психологическая коррекция оказывается направленной на устранение дефекта, на борьбу с ним. Использование в психологической практике механизмов компенсации с опорой на нормально функционирующие психологические образования в этом случае становится затруднительным, а отношение к человеку подменяется отношением к его дефекту.

Как отмечает известный невролог О.Сакс, современную науку, активно использующую компьютерные модели (он говорит о неврологии), в большей степени интересует дефицит функций, однако она совершенно игнорирует их усиление, гипертрофию [53]. Такой медицинский взгляд во многом определил и психологическое понимание аномального развития в специальной психологии. Действительно большинство описаний различных вариантов отклоняющегося развития (умственной отсталости, задержки психического развития, раннего детского аутизма и др.), представленных в психологической литературе, сводится к перечислению недостатков, «дефицитов» развития. Человек рассматривается в дихотомии «здоровье – болезнь», при этом, здоровье соотносится с нормальным функционированием, а болезнь – с повреждением или ослаблением функций. Иные варианты развития, которые можно было бы понять как специфические или предоставляющие особые возможности, при таком подходе не рассматриваются.

Четвертый подход в некотором смысле является антиподом предыдущего. Его можно обозначить как *сведёние отклонений в развитии к специфичности ребенка*. Он уходит своими корнями в экзистенциально-гуманистическую традицию в психологии. Руководствуясь данным типом представлений о норме психического развития, психолог все свои усилия направляет на принятие человека в его специфичности. Однако для осуществления анализа структуры, содержания и механизмов формирования такой специфичности его профессиональное мышление оказывается непригодным. Практическая работа с ребенком или взрослым, как диагностическая, так и психокоррекционная, утрачивает возможности возрастного ориентированного подхода, позволяющего учитывать целостную логику и закономерности как нормального, так и аномального психического развития и в соответствии с ними исправлять дефект. Особо следует сказать об отношении психолога к ребенку, которое возникает у него в данном случае. Это отношение (при всей нацеленности специалиста на принятие уникальности и специфичности конкретного ребенка), перерастает в идеализацию пациента. Аномалии, принадлежащие ребенку и являющиеся его частью, психологом игнорируются, возникает парадоксальная ситуация: при выраженном стремлении принять ребенка таковым, каков он есть, со всеми его индивидуальными проявлениями, отношение специалиста к реальному ребенку сводится к идее ребенка.

Последний, пятый подход рассматривает *норму психического развития как социокультурный идеал (эталон)*. Данный подход в наибольшей мере присущ отечественной специальной и медицинской психологии и в своей основе содержит позиции культурно-исторического и деятельностного подхода.

Нормой психического развития считается не среднестатистический норматив, присущий данному обществу, а тот идеал, который может быть достигнут ребенком при определенных социальных условиях. Примерами культурных эталонов могут служить образцы различных видов деятельности, способов и стратегий эмоционального реагирования и переживания определенных ситуаций, правила построения речевых высказываний, навыки бытового функционирования, сенсорные эталоны и др.

Несмотря на то, что такой подход сформировался и иногда применяется в практике отечественной специальной и медицинской психологии, явно в контексте проблемы дихотомии «норма–патология» он по каким-то причинам не обсуждается. Между тем, идеи Л.С. Выготского по поводу диагностики детского развития не совпадают с традиционно выделяемыми и применяемыми на практике подходами: среднестатистическим, индивидуально-личностным и другими, отмеченными ранее [14].

В частности, одной из ключевых идей, которые необходимо использовать в нормативной возрастной диагностике, является идея зоны ближайшего развития. Зона ближайшего развития показывает возможность ребенка в освоении социокультурного опыта за счет учета оказываемой помощи при решении диагностических задач, а следовательно, позволяет оценить не только перспективы психического развития данного конкретного ребенка в конкретных социальных условиях, но и вклад обучения и воспитания в имеющееся у ребенка состояние, т.е. установить причины актуального уровня развития. Определение зоны ближайшего развития предполагает:

- оценку динамики развития;
- соотнесение особенностей психической деятельности с социокультурными условиями развития;
- учет уникальных возможностей развития данного конкретного ребенка;
- выявление социальных условий, максимально способствующих психическому развитию.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие.....	3
1. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ	4
1.1. Задачи, отличительные особенности и этапы клинико-психологического исследования	4
1.2. Понятие «психологический диагноз» и его применение в диагностике нарушений психики	11
1.2.1. Общие представления о психологическом диагнозе	11
1.2.2. Основные подходы к определению нормального и отклоняющегося развития	19
1.2.3. Психологическая структура дефекта	25
1.2.4. Этапы психологической диагностики	30
1.2.5. Оказание помощи в процессе психологической диагностики	31
1.3. Методы диагностики познавательных процессов	32
1.3.1. Диагностика сознания, умственной работоспособности и внимания	32
1.3.2. Диагностика памяти	36
1.3.3. Диагностика восприятия	46
1.3.4. Диагностика мышления, речи и интеллекта	52
1.4. Методы диагностики эмоциональных процессов и личности	69
1.5. Составление заключений по данным патопсихологического исследования	107
2. КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ	111
2.1. Клинико-психологическая диагностика при органических поражениях головного мозга	111
2.1.1. Разграничение деменции, умеренного когнитивного расстройства и проявлений нормального старения	112
2.2. Клинико-психологическая диагностика при шизофрении и бредовых расстройствах	121
2.2.1. Разновидности и характеристика расстройств шизофренического спектра	121
2.2.2. Клинические критерии высокого риска развития психоза	125
2.2.3. Задачи и методы психологической диагностики при расстройствах шизофренического спектра	135
2.3. Клинико-психологическая диагностика нарушений пищевого поведения	148
2.3.1. Критерии диагностики нервной анорексии	148
2.3.2. Критерии диагностики нервной булимии	151
2.3.3. Атипичные формы нарушений пищевого поведения	155
2.3.4. Методы оценки состояния пациентов с нарушениями пищевого поведения	157
Заключение	176
Задания для самоконтроля	178
Литература	185

Учебное издание

Фролова Юлия Геннадьевна
Скугаревский Олег Алексеевич
Скугаревская Марина Михайловна и др.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА В КЛИНИКЕ

Учебное пособие

Редактор *Т.С. Житкевич*
Художественный редактор *Т.В. Шабунько*
Технический редактор *Н.А. Лебедевич*
Корректор *Т.С. Житкевич*
Компьютерная верстка *Н.В. Шабуня*

Подписано в печать 20.11.2017. Формат 84×108/32. Бумага офсетная. Гарнитура «Times New Roman». Офсетная печать. Усл. печ. л. 10,08. Уч.-изд. л. 10,4.
Тираж 300 экз. Заказ 3174.

Республиканское унитарное предприятие «Издательство “Высшая школа”».
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/3 от 08.07.2013.

Пр. Победителей, 11, 220004, Минск e-mail: market@vshph.com <http://vshph.com>

Открытое акционерное общество «Типография “Победа”». Свидетельство
о государственной регистрации издателя, изготовителя, распространителя печат-
ных изданий № 2/38 от 29.01.2014. Ул. Тавлая, 11, 222310, Молодечно.