

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР

ГЛАВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ
ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
ЛЕНИНГРАДСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ им. В. М. БЕХТЕРЕВА

УТВЕРЖДЕНО
Заместителем Министра
здравоохранения СССР
А. Г. Сафоновым
17 апреля 1976 г.

О РАБОТЕ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА
В ПСИХИАТРИЧЕСКИХ
И ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Ленинград
1976

Настоящие рекомендации составлены в Ленинградском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева Е. Ф. Бажиным, В. М. Воловиком, Б. Д. Карварским, В. А. Мурзенко, И. М. Тонконогим при участии Ю.Ф. Полякова (Институт психиатрии АМН СССР).

Редактор М. М. Кабанов

Введение

Медицинская психология представляет дисциплину, развивающуюся на стыке двух областей науки о человеке — психологии и медицины. Предмет медицинской психологии составляет применение методов психологии для изучения психических проявлений болезней; особенностей личности больного и его отношений; роли психического фактора в развитии, лечении, предупреждении заболеваний. Важными разделами медицинской психологии являются патопсихология*, нейропсихология, психологические основы психотерапии и реабилитации больных.

Медицинский психолог становится все более привычной фигурой в психиатрических и психоневрологических учреждениях нашей страны и все чаще привлекается к решению не только сложных диагностических вопросов, но и к участию в судебно-психиатрической, врачебной, трудовой и др. видах экспертизы, разработке трудовых рекомендаций и профориентации больных и инвалидов. В ряде университетов осуществляется специальная подготовка медицинских психологов. Во многих психиатрических учреждениях организованы психологические лаборатории. Успехи психологической науки создают необходимые предпосылки для эффективного участия медицинских психологов в практической работе лечебных учреждений, повышают их авторитет как специалистов.

Развитие концепции реабилитации, стержневым принципом которой является апелляция к личности больного, по-новому поставило вопрос о месте и роли психологов в деятельности психиатрических учреждений, существенно расширило стоящие перед ними задачи. Особое значение приобретает, в частности, вопрос о привлечении психологов к участию не только в диагностическом процессе, но и в проведении психотерапевтической и психокоррекционной работы, которой отводится важная роль в системе восстановительного лечения. Опыт ведущих клиник нашей страны и зарубежных психиатрических учреждений,

© Ленинградский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева

* Патопсихология является разделом медицинской психологии, находящимся на стыке с психопатологией и психиатрией. Ее основной задачей является изучение патологии психической деятельности и уточнение ее общих закономерностей.

прежде всего в социалистических странах, показывает, что при надлежащей подготовке и правильной ориентации медицинские психологи успешно справляются с решением этих задач.

Приказом Министра здравоохранения СССР № 760 от 15 августа 1974 г. предусмотрено обеспечение психиатрических больниц должностями психологов в соответствии с фактической потребностью в них. Тем самым созданы благоприятные возможности для рационального использования медицинских психологов и повышения их роли в диагностическом и лечебном процессах и в реабилитации больных. Между тем функции медицинского психолога в психиатрических и психоневрологических учреждениях до сих пор еще четко не определены, и профессиональные знания и возможности психологов используются недостаточно.

Настоящие методические рекомендации освещают содержание работы медицинских психологов в практических психиатрических и психоневрологических учреждениях, уточняют их функции, содержат характеристику основных форм и методов их работы и на основе имеющегося опыта намечают направление развития медико-психологической службы в психиатрии. Методические рекомендации рассчитаны не только на медицинских психологов, но также на руководителей психиатрических учреждений и врачей-психиатров, от которых зависит рациональное использование медицинских психологов и организация условий для их работы.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА В ПСИХИАТРИЧЕСКИХ И ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Основной задачей медицинского психолога в психоневрологических и психиатрических учреждениях является его участие в диагностике, лечении и социально-трудовом приспособлении больных — в сотрудничестве с врачами и другими специалистами этих учреждений. Психолог привносит в диагностический и лечебный процессы свои профессиональные знания о закономерностях психической деятельности и поведения человека в нормальных условиях и в стрессовой ситуации, об их зависимости от взаимоотношений человека с его окружением и о методах, которые позволяют их выявить и психологически корректировать.

Вклад психолога в диагностический процесс состоит как в выявлении особенностей структуры и характера нервно-психических расстройств, так и в установлении психологического

аспекта нарушения и механизмов компенсации, оценке личности больного и системы его значимых отношений. Диапазон этой работы психолога определяется вопросами врача-психиатра, поставленными перед медико-психологическим обследованием. Отвечая на поставленные перед ним вопросы, психолог может, однако, обнаружить и предоставить врачу дополнительную информацию, являющуюся важной для уточнения диагноза, понимания сущности расстройств и возможных подходов к реабилитации больного. Очевидно, что условием эффективности этой работы служит правильное понимание как психологами, так и психиатрами сущности их профессионального взаимодействия. При этом важным является знакомство психиатра с психологической проблематикой. Психиатр должен ориентироваться в возможностях медицинской психологии. Это позволяет ему в каждом случае выделить наиболее адекватную задачу и совместно с психологом ее сформулировать. В то же время психолог сохраняет самостоятельность в выборе методов психологического исследования. От медицинского психолога требуется не только хорошее знание своей специальности, но и достаточная осведомленность в вопросах клинической психиатрии, тесное общение с психиатром в процессе исследования и обсуждение с ним как хода исследования, так и его результатов. Врач, знающий развитие, течение и проявление заболевания, может со всей полнотой оценить медицинское значение информации, полученной психологом.

Еще более необходимо такое тесное сотрудничество при проведении психокоррекционной работы, в которой психолог и психиатр, определяющий задачи и направление психологической коррекции, должны, каждый со своих профессиональных позиций, взаимно дополнять друг друга.

Конкретное содержание работы психолога может широко варьировать в психиатрических учреждениях разного типа (психиатрическая больница, стационар для больных неврозами и пограничными состояниями, психоневрологический диспансер, лечебно-трудовые мастерские и другие специализированные учреждения для реабилитации психически больных и инвалидов) и в зависимости от контингента больных (гериатрические пациенты, больные дети, больные эпилепсией и т. д.). Основные разделы работы медицинского психолога определяются его участием в:

- решению задач дифференциальной диагностики,
- оценке структуры и степени нервно-психических расстройств,
- диагностике психического развития и выборе путей общеобразовательного и трудового обучения и переобучения,
- исследовании личности, социальной среды и социальных пози-

ций больного в целях получения данных для функционального диагноза, — оценке динамики нервно-психических нарушений и учете эффективности терапии; — экспертной работе; — психокоррекционной работе и работе по реабилитации больных.

Указанное разделение задач во многом является условным. Так, решение вопросов дифференциальной диагностики невозможно без оценки структуры и степени нервно-психических расстройств, а установление функционального диагноза требует одновременного учета клинических, психологических и социальных данных и определения соотношения нарушенных и сохранных функций и их динамики. Приведенный перечень не охватывает всех задач, которые могут возникать в работе медицинского психолога. Перед ним могут ставиться, например, дополнительные задачи в области психогигиены, психопрофилактики, санитарной пропаганды, которые здесь не рассматриваются и составляют самостоятельные темы. И, наконец, не подлежит сомнению, что помимо выполнения прямых профессиональных обязанностей, в задачи медицинского психолога входит активная пропаганда среди медицинских работников медико-психологических знаний и опыта и возможностей их практического использования.

1. Участие медицинского психолога в решении задач дифференциальной диагностики

Экспериментально-психологическое исследование в качестве источника дополнительных данных для уточнения нозологического диагноза может оказаться необходимым в диагностически сложных случаях, особенно при атипичных и бедных клиническими проявлениями вариантах заболеваний, в начальных стадиях и в периоде ремиссии. В связи с развитием экстремуральной психиатрии и заметным патоморфозом психических заболеваний частота стертых, малосимптомных форм значительно возросла, и квалификационное суждение психолога, основанное на анализе данных пато- и нейропсихологического исследований, приобретает все большее значение в качестве источника дополнительной информации о наличии или отсутствии тех или иных характерных нарушений психических процессов и изменений свойств личности. Чаще всего диагностические задачи такого рода возникают при необходимости отграничения начальных проявлений и вялотекущих форм шизофрении от неврозов, психопатии, патологических развитий личности и органических заболеваний головного мозга, при распознавании стертых или «маскированных» депрессий, диссимулируемых бредовых пережи-

ваний, некоторых форм патологии позднего возраста.

Участие психолога в диагностике шизофрении требует, прежде всего, выявления процессуальных изменений мотивационной сферы, отражающихся в перестройке ценностных ориентации, в особенностях самооценки, форм общения и способов контакта с действительностью. Это проявляется как в отношении к самому исследованию и его результатам, противоречивом, парадоксальном или отчужденном и безучастном, так и в особенностях выполнения заданий. Существенное значение имеет обнаружение характерных диссоциативных тенденций во всех сферах личностного функционирования. Тонкие изменения личности при шизофрении, проявляющиеся названными особенностями, во многих случаях являются единственным ранним критерием ее отграничения от иных клинически сходных заболеваний и порой значительно опережают появление характерных изменений в познавательной сфере. Изменения личностно-мотивационного компонента мышления также зачастую предвещают искажение операционной структуры познавательной деятельности и нарушения ассоциативного процесса с типичными для шизофрении разноплановостью, причудливостью ассоциаций, актуализацией «слабых» признаков и др. Существенно, что «соскальзывания», «шперунги», свойственные шизофрении изменения эмоциональности первоначально отчетливо проявляются лишь в условиях функциональной нагрузки и обнаруживаются в психологическом эксперименте раньше и более отчетливо, нежели в обычной беседе, а специальная ориентация психологического эксперимента может способствовать активному выявлению специфических изменений психической деятельности. Предъявляемые стимулы и сам процесс исследования могут таким же путем провоцировать обнаружение скрытых психотических симптомов, и особенно готовности к шизофреническому бредообразованию.

Психолог не должен, однако, ограничиваться исследованием только патологии психических функций. Психологический эксперимент создает благоприятные условия для получения от больного дополнительной информации как относительно отдельных событий, стиля его жизни, так и о системе его отношений, знание которых имеет диагностическую ценность.

При отграничении шизофрении от сходных проявлений органических заболеваний головного мозга в равной степени справедливо сказано выше относительно дифференциальной диагностики с неврозами и другими пограничными состояниями. Так же как и невротики, больные с органическими заболеваниями головного мозга и их последствиями адекватно, иногда с повышенной заинтересованностью реагируют на исследование, естественны в общении и эмоционально

включены в ситуацию, что в условиях психологического эксперимента раскрывается с особенной полнотой. Дополнительными критериями дифференциальной диагностики в этих случаях могут служить ранние признаки т.д. органических расстройств: нарушения памяти (запоминания и особенно удержания), ослабление концентрации и сужение объема внимания и связанное с утомляемостью снижение психической продуктивности. Характерна связь нарушений интеллектуально-мнестической сферы с нарастающей психической истощаемостью, сниженной сенсомоторной реактивностью. Психологическое исследование позволяет выделить ряд диагностических особенностей эмоционально-волевой сферы больных с органическими заболеваниями головного мозга: эмоциональную лабильность и неустойчивость интереса к обследованию, отличную от внутренней диссоциированности больного шизофренией, повышенную внушаемость или ригидность. При некоторых проявлениях деперсонализации и дереализации, квалификация которых бывает затруднена, нейропсихологическое исследование гнозиса и праксиса может помочь их отграничению от внешне сходных нарушений высших корковых функций у больных с органическими заболеваниями головного мозга.

Участвуя в решении сложных дифференциально-диагностических задач, психолог основывается на исследовании и сопоставлении множества психологических переменных, таких как способности к абстрагированию и использованию общих понятий, к пониманию сложных ситуаций, особенностей внимания и его взаимосвязи с памятью, эмоциональной устойчивости, доминирующего настроения, интересов и наклонностей испытуемого, соотношения высших и низших потребностей и способов их удовлетворения. Наряду с лабораторным исследованием, ценные данные может доставить изучение больных в условиях естественного эксперимента: квалифицированное наблюдение за особенностями взаимодействия в коллективе при выполнении содержательного задания позволяет более полно раскрыть диагностически значимые свойства личности (отгороженность больного шизофренией, эксплозивность органика, известные особенности, отличающие поведение психопата). Такое наблюдение не подменяет, но существенно дополняет клиническое психопатологическое исследование.

При дифференциальной диагностике депрессивных состояний психолог чаще всего привлекается к участию в решении двух основных задач. Одна из них связана с установлением происхождения депрессивного состояния, его нозологической природы, и состоит в определении значимой роли психологических факторов (ситуационных и личностных) в картине болезни и тем самым ее возможного психогенного происхождения или в обнаружении «органических изменений» психи-

ческой деятельности. Другая заключается в идентификации самого депрессивного состояния, распознавании скрытых, «маскированных» депрессий и их отграничении от апатических и невротоподобных картин. Этому может помочь медико-психологический анализ структуры личности и выявление установок и тенденций, отражающих характерное для депрессивных больших отношение к себе и к действительности. Особое значение может иметь обнаружение диссимилируемых суицидальных тенденций, которое достигается при использовании соответствующих приемов психологического исследования.

В гериатрической психиатрии медико-психологические методы чаще всего применяются для различия типов деменции, разграничение которых связано с констатацией снижения интеллекта при сохранности «ядра» личности (лакунарная деменция), нарушения памяти в качестве основы слабоумия (амнестическая деменция) либо преобладания диффузных изменений личности в сочетании с общим психическим снижением (псевдопаралитическая деменция). Существенное значение медико-психологическое обследование (главным образом, с помощью нейропсихологических методов) может иметь при дифференциации атеросклеротической деменции от болезней Пика и Альцгеймера, характеризующихся своеобразными очаговыми выпадениями речи, нарушениями праксиса и гнозиса в отличие от общего снижения интеллекта с характерными изменениями эмоциональности при церебральном атеросклерозе.

В этих и других случаях дифференциальной диагностики психологическое исследование нацелено на выявление, более четкое вычленение, структурный анализ тех изменений психической деятельности, на которые ориентируется и психиатр в своей диагностической деятельности, но которые клиническим исследованием не обнаруживаются с необходимой уверенностью и полнотой.

В области неврозов и пограничных состояний психологическая проблематика является наиболее актуальной, и здесь тесное сотрудничество психолога и врача особенно плодотворно. Медико-психологическое обследование в этих случаях затрагивает все основные элементы заболевания, так как оно включает в себя описание той или иной дисфункции и интерпретацию ее психологических механизмов на основе анализа личности и выделения таких ее особенностей как неадекватные социальные установки, повышенный уровень притязаний или наличие противоположно направленных стремлений, которые в определенном соотношении с ситуационными факторами приобретают патогенетическое значение. Подобного рода анализ помогает не только уточнению клинической диагностики внутри группы неврозов, психопатий и других пограничных состояний, но и способствует более

глубокому раскрытию сущности болезненного состояния и его патогенеза, содействуя рациональному выбору психотерапевтических и психокорректирующих воздействий.

2. Оценка структуры и степени нервно-психических расстройств

Оценка структуры и степени нервно-психических расстройств имеет значение не только для целей дифференциальной диагностики. Она играет самостоятельную роль для квалификации состояния больного (при различных видах психиатрической экспертизы и особенно при определении степени трудоспособности), при установлении функционального диагноза, при определении путей трудового приспособления и социального восстановления больного, при профориентации и при проведении психокоррекционных и лечебно-восстановительных мероприятий. Учет структуры и степени нервно-психических расстройств может также помочь врачу-психиатру в оценке динамики развития и течения нервно-психических заболеваний и контроле за эффективностью восстановительного лечения.

Для решения указанных задач психолог с помощью психологических методов может уточнить выраженность и характер нарушений отдельных психических процессов и возможности компенсации этих нарушений с учетом психологических особенностей той или иной деятельности. Экспериментально может быть установлена, например, степень и особенности утомляемости в различных видах деятельности (однообразной, динамичной, непрерывной, прерывистой, механической, творческой, сенсорной или моторной), характерная для данного больного «кривая работоспособности». Может быть определен так называемый профиль нарушения интеллектуальной деятельности, позволяющий представить, например, соотношение между способностью к абстрагированию, конструктивному и понятийному мышлению, усвоению и сохранению знаний и их практическому использованию в предметной деятельности индивида. Может иметь значение уточнение структуры расстройств памяти, отражающей степень выраженности нарушений краткосрочной и долговременной памяти, различных модальностно-специфических типов памяти — зрительной, слуховой, слухо-речевой, тактильной, непосредственного и опосредованного запоминания; определение устойчивости, переключаемости и объема внимания.

Важнейшим как для интерпретации данных о состоянии отдельных сторон психической деятельности и о возможностях компенсации выявленных нарушений, так и особенно в связи с задачами реабилитации

является определение степени сохранности личности больного и структуры ее изменений. В этом плане могут быть выделены несколько аспектов исследования. Первостепенная роль принадлежит оценке изменений эмоционально-волевой сферы и обычно тесно связанных с ними динамических и качественных характеристик деятельности. Последняя находится также в зависимости от структурно-динамических особенностей личности, проявляющихся в степени ее гармоничности, стеничности, активности и т. п. Особую область составляет (система значимых жизненных отношений больного, включающая его самооценку, отношение к болезни и связанной с ней ситуации, к деятельности, к реально обнаруживающимся или воображаемым изъянам в различных областях функционирования. Наконец, отдельного упоминания заслуживают нарушения в системах общения, которые характеризуются как со стороны объема и содержания общения, так и со стороны его продуктивности и субъективной оценки испытуемым.

В зависимости от целей исследования подход к его проведению может меняться и соответственно будет сужаться или расширяться круг вопросов, подлежащих решению. Важно подчеркнуть, что исследование структуры и степени нарушений, подчиненное задачам реабилитации больных, должно быть всеобъемлющим и охватывать как те стороны психической деятельности, которые претерпели очевидные изменения, так и сохраненные стороны в структуре целостной личности, рассматриваемой в конкретной жизненной ситуации.

3. Особенности работы психолога в детских и подростковых психоневрологических учреждениях

В детских и подростковых психоневрологических учреждениях психолог также участвует в решении дифференциально-диагностических задач. Вместе с тем здесь особенно большое место занимает его работа по определению психического развития и его аномалий — степени и структуры различных форм дизонтогенеза. С решением этих вопросов непосредственно связан выбор путей общеобразовательного и трудового обучения аномального ребенка или подростка, прогноз его обучаемости, установление рационального соотношения между собственно педагогическими и лечебно-приспособительными мерами компенсации выявившейся аномалии. Таким образом, экспериментально-психологическое исследование не только способствует лучшему пониманию характера аномалии развития, но и служит основой для разработки коррекционных рекомендаций, которыми предлагается пользоваться в работе с ребенком педагогам и родителям.

Чаще всего здесь имеют дело с двумя вопросами: о причинах неуспеваемости и при отставании психического развития — об его степени и структуре, с одной стороны, и о трудностях поведения у нормально развивающихся детей и подростков, — с другой стороны. При этом необходимо учитывать, что отставание в психическом развитии может быть связано как с наличием олигофрении, так и с другими причинами: педагогической запущенностью, последствиями длительной астенизации, прогрессирующими психическими заболеваниями. Исходя из данных возрастной психологии о развитии высших психических функций у нормального ребенка, медицинский психолог может квалифицированно оценить не только степень и характер задержки умственного развития, но, исследуя различные стороны психической деятельности, сделать вывод о потенциальных возможностях отстающего ребенка. Отсюда следует заключение о соответствии этих возможностей требованиям массовой школы, целесообразности обучения в санаторной школе или необходимости направления ребенка во вспомогательную школу или специализированное ПТУ. Такое исследование может также помочь психиатру обнаружить лежащее в основе задержки умственного развития процессуально психическое заболевание, требующее лечебного вмешательства.

Для решения указанных вопросов даже в грубых и клинически ясных случаях олигофрении необходимо определить уровень развития отдельных сторон психической деятельности. Еще более возрастает роль медицинского психолога при диагностике менее выраженных форм задержки умственного развития, которая основывается на сопоставлении результатов исследования отстающего ребенка с нормальными данными возрастной психологии. Заключение психолога должно строиться с учетом следующих критериев: 1) способности к научению, к осмыслению и усвоению новых знаний и навыков, к решению новых задач и формированию понятий; 2) условий развития ребенка, микросоциальной среды, в которой он воспитывался, и особенностей его поведения в различных социальных ситуациях; 3) уровня знаний и навыков соответственно возрастному периоду развития, который должен оцениваться и интерпретироваться под углом зрения двух первых — качественного и социально-биографического критериев. Необходимо также особо учитывать отношение испытуемого к исследованию, его эмоциональное состояние, которые могут существенно повлиять на его контакт с экспериментатором и на особенности выполнения им заданий. Построенное с учетом перечисленных требований заключение психолога во многих случаях является необходимым компонентом клинического обследования аномальных детей и обоснованием системы психокоррекционных мероприятий.

Другую сторону работы медицинского психолога в детских и подростковых учреждениях составляет его участие в обследовании так называемых трудных детей. Нарушения поведения у нормально развивающихся детей и подростков могут быть связаны с неправильным воспитанием в семье, педагогическими просчетами (т. н. оппозиционные реакции). Они могут быть выражением «пубертатных кризов», различных акцентуаций характера, аномально проявляющихся в сложных для личности ситуациях. Эти отклонения и акцентуации корректируются обычно с помощью различных воспитательных мероприятий педагогами и родителями с учетом рекомендаций медицинского психолога. В других случаях указанные трудности служат проявлениями невропатии, патологического развития личности подростка, остаточной органической патологии или является симптомом процессуального заболевания. Применение медико-психологического исследования оказывается в этих случаях полезным для получения дополнительной диагностической информации. Кроме того, изучение особенностей развития личности ребенка, системы его значимых отношений и структуры имеющегося дизонтогенеза играет важную роль для уточнения патогенетических механизмов декомпенсации и выбора методов лечебных и психокоррекционных воздействий, так же как и для обоснования стратегии всей лечебно-приспособительной работы.

4. Психологическое исследование личности и социальных позиций больного и получение данных для функционального диагноза

Получение данных для функционального диагноза, играющего существенную роль в практике врачебно-трудовой экспертизы и служащего основой работы по реабилитации больных, составляет отдельную группу диагностических задач, требующих деятельного участия медицинского психолога и придающих психологическому обследованию специфическую направленность. Функциональный диагноз, представляющий синтез клинической и психологической оценки больного в реальных условиях жизни и деятельности, выражает динамическую характеристику состояния индивида и его взаимосвязи с социальной средой и отражает степень, способ и основные тенденции компенсации нервно-психических расстройств. Наряду с нозологическим, синдромальным диагнозами и диагнозом течения, определяющими долговременный прогноз и стратегию лечения, функциональный диагноз является составной частью клинического диагноза и служит для обоснования системы реабилитационных мероприятий. В структуре функционального диагноза

выделяются три аспекта: клинико-психопатологический (уровень или стадия проявления заболевания, структура дефекта и функциональная оценка психопатологического состояния с точки зрения возможностей его компенсации и влияния на социальную адаптацию больного), психологический (характеризующий личность пациента и значимые для его социальной и профессиональной адаптации отношения) и социальный (отражающий реальную жизненную ситуацию и характер включенности в нее больного с учетом его преморбидного опыта).

Психологический эксперимент, как функциональная проба, всегда строится по принципу моделирования определенной предметной деятельности. При установлении функционального диагноза он ориентируется на выявление, прежде всего, тех особенностей психики больного, психических процессов и свойств личности, которые имеют особое значение для социальной и профессиональной адаптации больных. При этом оказывается важным установление не только пораженных, но и сохранных функций и определение возможностей и способов компенсации в различных видах деятельности. Оценивая под таким углом зрения структуру и степень нервно-психических расстройств, психолог способствует формулированию всех трех аспектов функционального диагноза. В определении же психологического и социального аспектов медицинскому психологу должна принадлежать ведущая роль.

Центральное место в разрешении этого круга задач занимает исследование личности, к которой адресуется и через которую опосредуется психотерапия и вся система реабилитационных воздействий. Это исследование включает как определение структуры изменений и степени сохранности основных свойств личности (клинико-психопатологический аспект функционального диагноза — см. выше в разделе «Оценка структуры и степени нервно-психических расстройств»), так и выяснение системы значимых отношений, направленности, ценностных, ориентаций, социального непрофессионального опыта больного. Особое значение имеет исследование внутренней картины болезни и ожидаемых ее последствий, отношение пациента к болезни, лечению, референтному окружению, к своей профессии, к производственной и личной ситуации, изучение зоны конфликтных переживаний, способов разрешения конфликтов и механизмов психологической компенсации. Другую сторону этого исследования составляет установление социальных позиций больного, которые могут характеризоваться его активной включенностью в различные формы социальной деятельности и динамической, сменой ролей, направленной на поддержание своего социального статуса, или утратой самостоятельности, отходом от жизни в обществе, или перехо-

дом в зависимое положение и фиксацией в нем. Такое исследование требует соединения интрапсихического аспекта (включающего самооценку больного, его установки, мотивации) и интерперсональных отношений, охватывающих как ролевое поведение больного в различных группах, так и предъявляемые к нему этими группами ролевые ожидания, рассматриваемые с учетом объективных требований жизни. Исследование способов общения и взаимовлияния индивидов в группе, реализации установок больного, его запросов и психических возможностей, как они складываются под влиянием группы, форм психической общности и структурно-психологических особенностей групп, в которых функционирует больной, является отправным при определении задач и методов психокоррекционной работы. Показатели динамики общения и ролевого поведения больных в лечебных и нетерапевтических группах служат существенными критериями эффективности этой работы и наблюдаемых изменений их социального статуса. Сказанное делает необходимым изучение больного в структуре групп, во взаимодействии с социальным окружением.

В качестве объектов психологического исследования здесь должны выделяться:

— терапевтическая среда (лечебные и неформальные группы больных, терапевтический коллектив со свойственной ему динамической системой ролей и способом принятия и реализации решений, а также стиль и содержание взаимоотношений между больными и медицинскими работниками),

— внетерапевтическое социальное окружение, представленное такими референтными группами как семья, производственный коллектив, круг друзей и знакомых; психологические особенности этих групп оказывают существенное влияние на личность пациента, его психическое состояние, выбор ролей и формы социальной активности; родительской и супружеской семьям, составляющим наиболее устойчивое и значимое окружение больного, непосредственно вовлеченное в события его болезни, в этом отношении принадлежит особая роль, не всегда доступная клинической оценке и требующая применения социальных методов семейной диагностики.*

Исследования этих групп должны доставить информацию как об особенностях реализации больным своих социальных ролей в сфере межличностного общения и его социальных позиций в различных группах, так и о тех социально-психологических факторах, которые служат внешними детерминантами тех или иных форм поведения пациента. Частично вступая в сферу иной дисциплины — социальной

* Описание этих методов не может быть приведено в данных рекомендациях и составляет самостоятельную тему.

психологии — теми методами, которые здесь используются, это направление психологической диагностики остается, тем не менее, в рамках медицинской психологии и потому, что социально-психологические отнесения здесь рассматриваются под специфическим углом зрения связей с больным индивидуумом, и потому, что они существенно дополняют характеристику его личности с функционально-динамической точки зрения.

Психологическое исследование личности не исчерпывается, разумеется, задачами функциональной диагностики. Оно, например, исполнено особого смысла и содержания при неврозах и пограничных состояниях, на что указывалось выше.

5. Установление динамики нервно-психических нарушений и учет эффективности проводимой терапии

Применение психологических методов для учета динамики нервно-психических нарушений может оказаться полезным при отсутствии четких клинических критериев (при малосимптомных вариантах заболевания или диссимуляции болезненных переживаний), либо при необходимости более глубокого суждения о динамике отдельных психических процессов и состояний в связи с задачами установления функционального диагноза, а также для прицельной оценки фармакодинамических эффектов или эффективности лечебно-восстановительных приемов. Частным примером может служить обнаружение плацебо-эффекта и определение степени его выраженности. Как известно, под плацебо-эффектом понимается кажущееся или преходящее улучшение при приеме обычно нового лекарственного препарата, связанное с механизмами самовнушения и не находящееся в зависимости от фармакобиологических свойств лекарства. Выявление некоторых свойств личности пациента (высокая степень внушаемости, психологической зависимости, особенности интеллектуального склада, установка на определенный вид лечения и т. д.) в соответствующих случаях позволяет предсказать возможность возникновения плацебо-эффекта. Другая сфера применения психологических методов для выявления динамики нарушений касается установления изменений в системе отношений и в социальной позиции больного в связи с осуществляемой психокоррекционной работой. В некоторых случаях такого рода перемены, имеющие принципиальное значение для оценки основных тенденций болезни, обнаруживаются с достаточной определенностью лишь психологическими методами, порой в противоречии с актуальными жалобами больного и его представлением о своем состоянии.

Во всех случаях обнаружение динамики в состоянии больного с помощью психологических методов требует сопоставления данных, полученных при повторном использовании сходных по сложности, характеру и специальной направленности методик, которые по содержанию и форме предъявления должны по-возможности отличаться, чтобы уменьшить (если не исключить) искажения, вызванные приобретением навыков выполнения заданий.

Следует остановиться еще на одном аспекте применения психологических методов для учета эффективности терапии. Речь идет об исследовании отношения больного к лечению и реабилитационным мероприятиям в целом, и, в частности, к тому или иному конкретному лекарству. Эта проблема особенно актуальная в тех случаях, когда больной открыто не высказывает своего отношения к медикаментозной и психосоциальным воздействиям терапии, и оно для врача неясно. Получение таких сведений тем более необходимо при выписке больного с назначением так называемой поддерживающей терапии в амбулаторных условиях. Информация, предоставленная психологом, может помочь врачу определить наиболее адекватную тактику в этих вопросах.

6. Участие в экспертной работе

Психологическое обследование является важным элементом психиатрических экспертиз (медико-педагогической, врачебно-трудовой, военно-врачебной и судебно-психиатрической), а в судебной практике может выступать в качестве самостоятельного вида доказательств. В зависимости от вида экспертизы и содержания поставленных перед экспертом вопросов психологическое обследование подчиняется тем или иным задачам, изложенным в предыдущих разделах.

Выше уже охарактеризованы вопросы, возникающие обычно в практике медико-педагогической диагностики и экспертизы (см. раздел 3).

В случаях врачебно-трудовой экспертизы наиболее важным аспектом деятельности психолога является получение объективных данных для функционального диагноза, составляющего основу экспертного заключения. Значение последнего трудно переоценить. От него зависит не только характер трудовой деятельности, но во многом и будущий жизненный путь больного, поскольку правильное определение профессиональных возможностей и рациональное трудоустройство (как и адекватно ориентированное профессиональное обучение) сами являются существенными факторами клинического и социального восстановления. Как и в других случаях функциональной диагностики,

психолог в своем заключении обращает внимание не только на пораженные, но и на сохраняемые функции с точки зрения возможностей компенсации дефекта в той или иной трудовой деятельности. Психофизиологической оценке характера предстоящей деятельности здесь, разумеется, принадлежит серьезное значение. Важную роль играет оценка выносливости в труде, быстроты и характера утомляемости, лабильности волевого усилия и др. психофизиологических характеристик. Особое место занимает изучение социально-трудовых установок больных, их индивидуальных склонностей. Необходимо, с одной стороны, учесть отношения больного к своему заболеванию, субъективная оценка им степени своих трудовых возможностей, с другой — отношения больного к известным ему профессиям, его личной социально-трудовой направленности и возможностей ее коррекции.

Военно-врачебная и судебно-психиатрическая экспертиза, как правило, производится в условиях психиатрического учреждения, и работа медицинского психолога существенно не отличается в этих случаях от той, которая выполняется им обычно в процессе психиатрической диагностики. Два обстоятельства придают своеобразие психологическому исследованию при проведении этих видов экспертизы. Одно из них связано с нередкой заинтересованностью испытуемого в содержании экспертного решения и возможностью установочного поведения с тенденцией к аггравации или диссимуляции. При этом оказывается необходимым выявление структуры, характера и степени действительных нарушений, маскируемых притворным поведением. С другой стороны, сама экспертная ситуация, как и предшествовавшие ей события жизни, неизбежно вызывают особое эмоциональное состояние, требующее учета при проведении исследования и интерпретации его результатов. Последнее обстоятельство вызывает необходимость соотнесения обнаруживаемых особенностей психики с характером содеянного, с особенностями психологической структуры той деятельности (действия), в отношении которой проводится экспертиза. Здесь требуется экспериментально-психологический анализ различных сторон психической деятельности, которые могут не играть диагностической роли и не иметь никакого значения для терапевтических решений и по отношению к которым клинично-психологический метод является недостаточно адекватным инструментом исследования.

Эти соображения особенно важны при судебно-психологической экспертизе, в которой медицинский психолог выступает в самостоятельной роли эксперта. Вопросы, которые могут ставиться судебно-следственными органами перед медицинским психологом, разнообразны и чаще всего касаются оценки уровня умственного развития, особенностей личности, преимущественного способа реагирования в ситуациях эмоци-

онального напряжения. Ряд моментов отличают судебно-психологическую экспертизу от обычного медико-психологического исследования. Во-первых, от медицинского психолога подчас требуется в этих случаях отнесение данных исследования к определенному времени, иногда довольно отдаленному от момента исследования. Психолог в качестве эксперта может представить, например, данные относительно того, как психологические особенности испытуемого могли влиять на мотивы, понимание им своих действий, при совершении правонарушения и на его поведение в той конкретной ситуации. Другой важный момент связан с отношением испытуемого к психологическому исследованию. Помимо соображений, высказанных выше, нужно иметь в виду возможность негативной установки испытуемого. Это требует от психолога соответствующей подготовки к исследованию, и особого подхода к его проведению.

Медицинский психолог может также участвовать в комплексной судебно-психиатрической и психологической экспертизе, при проведении которой тесно сотрудничающие психиатр и психолог отвечают на вопросы суда и следствия, обращенные к каждому из них соответственно их компетенции. Привлеченный к непосредственному участию в судебном заседании психолог пользуется такими же правами и несет те же обязанности, как и другие эксперты.

7. Участие медицинского психолога в реабилитации больных и в психокоррекционной работе

Реабилитация больных, понимаемая как широкая система мер, в которой фармакобиологические средства, психосоциальные методы лечения и мероприятия, направленные на социальное окружение и оптимизацию внешних условий адаптации, взаимосвязано фокусируются на предотвращение или снижение стойких последствий заболевания и на восстановление или укрепление личного и социального статуса больных, требует деятельного участия медицинского психолога и предоставляет наиболее широкие возможности проявления им своих профессиональных знаний и навыков.

Важной формой организации этой работы является реабилитационная бригада, в которой руководящая роль врача реализуется при равноправном участии различных других специалистов в сотрудничестве с ним.

Врач и психолог, сотрудничая в реабилитационной бригаде со специалистами по трудовой терапии и терапии занятостью, по лечебной физкультуре и др., привносят в ее работу не только разные элементы, но

и рассматривают однородные явления под различным углом зрения, с позиций специальностей, взаимно дополняя друг друга.

При этом врач отражает, в том числе и с учетом данных психологического исследования, клинический аспект рассмотрения больного и клиничко-патогенетические обоснования лечебно-восстановительной программы, в то время как психолог больше сосредоточивается на личностном (и межличностном) подходе к больным и к отношениям в терапевтическом коллективе при проведении восстановительного лечения. Выполняя самостоятельные функции, психолог должен обеспечивать также соответствующей информацией других членов реабилитационной бригады, оценивать со своих профессиональных позиций поступающую от них информацию и использовать ее для повышения эффективности согласованной работы бригады.

В свете сказанного задачи медицинского психолога в работе по реабилитации психически больных в основном можно свести к следующему:

1. Изучение личности больного, структуры нарушений и механизмов их компенсации, социальных позиций и ролевого поведения больного в различных группах, получение данных для функционального диагноза и динамическая коррекция их с учетом задач и результатов восстановительного лечения.

2. Социально-психологическое исследование общения больных, взаимоотношений больных в семьях и в лечебных группах и их динамики в процессе психопедагогической и социотерапевтической работы.

3. Исследование терапевтического коллектива, взаимоотношений больных и медицинских работников и разработка рекомендаций по оптимизации терапевтической среды.

4. Оценка психологических факторов внутерапевтического социального окружения, оказывающих влияние как на формы организации терапевтической среды в психиатрических учреждениях, так и на способы и возможности реабилитации лиц, перенесших психические заболевания, и совместное с психиатрами проведение мер, способствующих изменению влияний среды в нужном направлении.

5. Непосредственное участие в проведении лечебно-приспособительной, психотерапевтической и психокоррекционной работы. (Изложение форм и методов этой работы приводится ниже, в специальном разделе).

ПРИНЦИПЫ ПОСТРОЕНИЯ И ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Построение психологического эксперимента и выбор методов медико-психологического исследования

Диагностическое исследование состоит в том, что больному предъявляются задание или ряд заданий, специально подобранных и имеющих прицельную направленность, а процесс и результаты их выполнения, рассматриваемые с учетом отношения испытуемого к исследованию, его реакций, комментариев, словесного отчета и т. п., используются для заключений о тех или иных характеристиках его психической деятельности.

Такое исследование служит инструментом более тонкого психопатологического анализа, способствующего обнаружению нарушений или уточнению их структуры. Оно позволяет также получить диагностически значимую информацию за счет экспериментальных данных, лежащих вне плоскости психопатологического анализа.

Наконец, оно должно дать представление о ненарушенных сторонах психической деятельности, свойствах личности и системе ее отношений.

Применяемые для этого методы можно разделить на стандартизованные и нестандартные.

Нестандартные методы не унифицированы, отличаются «прицельностью», направленностью на определенные виды психической патологии и программируются индивидуально для конкретного испытуемого. Создаются эти методики для изучения конкретных нарушений психической деятельности и могут избирательно применяться для исследования тех или иных особенностей психических процессов в соответствии с поставленной диагностической задачей. Так, метод «формирования искусственных понятий» (Л. С. Выготский) используется, например, для выявления отличительных особенностей понятийного мышления при различных психических заболеваниях, прежде всего при шизофрении и некоторых органических поражениях головного мозга. Метод «классификации предметов» К. Гольдштейна широко применяется для анализа различных нарушений процессов отвлечения и обобщения. В настоящее время медицинская психология располагает большим количеством таких методик, с достаточной полнотой описанных в соответствующих пособиях и руководствах.

В нестандартном варианте применяются многие методики исследования познавательных процессов (мышления, воспитания, памяти). В частности, для исследования нарушений мышления используются методами: «классификация предметных картинок», «исключение

предметов», «исключение понятий», наборами пословиц, методикой Аха-Сахарова и др.; расстройства внимания и памяти исследуются с помощью корректурной пробы Анфимова-Бурдона, черно-красных цифровых таблиц Шульте-Горбова, методики Крепелина, Эббингауза, набора слогов и слов для исследования кратковременной памяти и т.п. Нестандартизованными также являются такие исследования личности как методики: «незаконченных» предложений, «полярных профилей», тематический апперцепционный тест (ТАТ) и др.

Основным при таком подходе к исследованию является принцип моделирования определенных ситуаций, в которых проявляются те или иные виды психической деятельности больного. Заключение психолога строится не только и не столько на оценке конечного результата (эффекта) деятельности больного, сколько на содержательном анализе способов деятельности, особенностей самого процесса выполнения заданий. Это позволяет реализовать важный принцип психологического исследования, одновременное выявление и сопоставление нарушенных и сохраненных сторон психической деятельности. При этом должны учитываться как поиски решения самим больным, так и его способность воспользоваться помощью экспериментатора. Задание предъявляется больному для выполнения в регламентированном или свободном режиме и при неопределенности результатов может тут же уточняться путем его видоизменения или введения дополнительных заданий. При таком исследовании ведущим является качественный анализ психической деятельности, основанный, прежде всего, на личном опыте медицинского психолога, к квалификации которого предъявляются тем самым высокие требования. Совершенно необходима дифференциация подходов и формы предъявления заданий в зависимости от состояния больного, его интеллектуального и культурного уровня и от его отношения к исследованию.

В последние годы в диагностической работе все более широко используются также стандартизованные методики. О стандартизованных методах можно говорить в тех случаях, когда группы соответствующим образом подобранных и структурированных заданий предъявляются в одинаковой форме каждому испытуемому. Таким образом, приобретается возможность сопоставления способа и уровня выполнения их данным испытуемым и другими лицами. Стандартизованные методы можно также определить как широко понимаемые тесты, причисляя к ним так называемые интеллектуальные тесты и различные методы исследования личности.

Строго говоря, тот или иной набор стандартизованных методов психологического исследования, так же, как при использовании нестан-

дартизованных методов, подбирается для каждого испытуемого с учетом поставленной диагностической задачи.

Однако способ анализа результатов, полученных по каждой отдельной методике, существенно отличается и основывается в случае применения стандартизованных методов главным образом на количественной оценке, которая сопоставляется с оценками, полученными ранее на соответствующей выборке больных с патологией психики и на здоровых испытуемых. Стандартизованные методы, кроме унификации самих заданий, должны быть нормализованы, то есть иметь шкалу, оценок (норм), созданную на основе эмпирического предварительного исследования; должны обладать вычисленной степенью устойчивости результатов (надежности) и с достаточной точностью оценивать состояние определенных характеристик психической деятельности (память, внимание и др.), то есть иметь необходимый коэффициент валидности.

Принципы индивидуализации в выборе методов при использовании стандартизованных методик не могут применяться столь же гибко, как при нестандартизованных. Этому в известной мере препятствует жесткая запрограммированность таких методик как в отношении типа и последовательности предъявляемых заданий, так и в оценке полученных данных. С другой стороны, такая организация эксперимента заключает в себе и определенные преимущества, обеспечивая возможности сравнения результатов. Стандартизованные методики оказываются также более адекватными для решения диагностических задач в условиях дефицита времени, при массовых обследованиях и при необходимости групповой оценки испытуемых. В связи с задачами клинической диагностики тесты должны всегда применяться в комплексе с другими методами. Это дает возможность использовать — помимо контроля валидности на основе коэффициента, рассчитанного при создании теста — также и индивидуальный, клинический контроль. Следует с большей осторожностью относиться как к «нормам», так и к коэффициентам валидности, рассчитанным не на основе той популяции, к которой принадлежит испытуемый, что имеет место при использовании зарубежных тестов без их надлежащей адаптации. Более того, хорошо известно, что и сами задания и нормы с течением времени теряют свою адекватность и нуждаются в периодической проверке. Таким образом, в клинике применение стандартизованных методик должно играть вспомогательную роль.

При определенной постановке задач исследования может оказаться эффективным дифференцированное применение стандартизованных тестов и нестандартизованных методов психологической диагностики. Это можно пояснить на примере использования так назы-

емых проективных методов*, в число которых входят как стандартизованные, так и нестандартизованные методики. Они основаны на предъявлении испытуемому малоструктурированного, перцептивно неоднозначного материала, который интерпретируется испытуемым в аспекте его предыдущего жизненного опыта и ожиданий, с точки зрения актуальной системы отношений, потребностей, ценностных ориентации и т. д. Это позволяет психологу прийти к соответствующим заключениям об особенностях психики больного, его личности и значимых отношениях. В частности, порядок предъявления заданий и анализа результатов по проективному методу составления испытуемым рассказов по заданным ключевым словам или по рисункам с неопределенным содержанием (по типу ТАТ) могут быть гибко индивидуализированы в зависимости от поставленной диагностической задачи, например, в целях выявления скрытых бредовых переживаний, диссимулируемых суицидальных тенденций и т. п. С другой стороны, для выяснения структуры отношений больных в психокоррекционной группе целесообразно применение стандартизованных методик, в частности, метода так называемого семантического дифференциала.

Наиболее часто в диагностической работе применяются различные варианты личностных опросников**, проективные методы (определения фрустрационной толерантности, пятна Роршаха, семантический дифференциал и др.) и стандартизованный набор психологических тестов для исследования интеллектуальной деятельности (для взрослых и для детей). Следует учитывать, что практически все нестандартизованные методики могут быть стандартизованы. А с другой стороны, большинство субтестов, входящих в стандартизованные методики, можно использовать в нестандартизованном варианте для качественного анализа обнаруживаемых особенностей психической деятельности.

Кроме названных здесь патопсихологических методов и методов изучения личности и ее отношений в норме и в патологии, для решения некоторых диагностических задач, особенно в гериатрической и детской

* Термин «проективный» исторически связан с психоаналитическим понятием «проекции», но применительно к методам психологической диагностики уже давно приобрел иное смысловое значение. Его понимание приближается к общепризнанному положению, согласно которому отражение человеком окружающего мира всегда более или менее «субъективно», т. е. зависит от его состояния в данное время и от тех или иных устойчивых особенностей его личности.

** Помимо известных ММРІ и опросников Кэттелла, Айзенка можно назвать предложенные институтом им. В. М. Бехтерева стандартизованный клинический личностный опросник (СКЛО), предназначенный для подростков патохарактерологический диагностический опросник (ПДО), шкалу для оценки уровня невротизации и психопатизации (УНП).

психиатрии, применяются нейропсихологические методики. Эти методики направлены на исследование особенностей речи, зрительного, слухового и слухо-речевого гнозиса; они помогают также выявить особенности нарушений кратковременной и долговременной памяти, в частности, ее модальностно-специфические расстройства, при которых преобладает патология памяти определенной модальности — зрительной, тактильной, слуховой и слухо-речевой. Наиболее распространены нестандартизованные варианты нейропсихологических методик. Однако последние годы предпринимаются попытки их стандартизации.

2. Порядок проведения медико-психологического исследования

Психологическое исследование складывается из следующих этапов:

1. *Изучение истории болезни, беседа с врачом и конкретизация задачи исследования.* Задачи перед медико-психологическим исследованием ставятся врачом, который должен быть знаком с перечнем основных диагностических вопросов, требующих применения психологических методов. Этот перечень освещен в первом разделе настоящих рекомендаций. Формулируя задачу, врач сообщает психологу основные клинические данные о больном, существенные для проведения психологического исследования и анализа его результатов. Психолог, знакомясь с историей заболевания, особенностями психического состояния больного, вопросами, которые ставит врач, конкретизирует для себя задачу исследования, продумывает его ход, выбор методик и порядок их предъявления. Врач должен соответствующим образом объяснить больному цели психологического исследования и содействовать выработке у него положительных мотиваций для работы с психологом.

2. *Проведение медико-психологического исследования.* Успех исследования и достоверность его результатов в значительной мере зависят от отношения больного к исследованию и во многом определяются умением психолога установить контакт с больным, найти правильный тон в общении с ним. Лишь после того, как психолог убедится, что необходимый контакт установлен, что больной понял цель исследования и уяснил задание, можно приступать к проведению эксперимента. Задание должно быть содержательным, а инструкция четкой и мотивированной. В ходе исследования следует наблюдать за поведением больного и учитывать его при интерпретации результатов.

Длительность непрерывного медико-психологического исследования не должна превышать двух часов, а при повышенной утомляемости

больных, особенно пожилого и старческого возраста — 30–40 минут. Обычно в целом медико-психологическое обследование требует в среднем 3,5–4 часа. Поэтому его приходится проводить в течение 2, а иногда и 3–4 дней. Впрочем, при трудностях включения больных в исследование и при повышенной истощаемости общее время обследования может быть сокращено за счет уменьшения числа предъявляемых методик. Так, время исследования интеллектуальной деятельности с помощью стандартизованного набора может быть сокращено вдвое за счет предъявления только четных или нечетных заданий теста, результаты применения которых, как известно, высоко коррелируют между собой. Еще большие возможности для сокращения времени исследования представляют нестандартизованные методики.

Исследование должно проводиться в специально выделенном помещении, предпочтительно в первой половине дня. Психолог должен стремиться к поддержанию у испытуемого равномерного интереса к исследованию, обсуждать с ним ход исследования и общие его результаты, давать необходимые разъяснения. О ходе обследования, особенно если оно затягивается, следует информировать врача.

3. Обработка и анализ данных медико-психологического исследования. При использовании большинства методик, как стандартизованных, так и нестандартизованных, первоначально производится количественная обработка данных: число и процент правильных и ошибочных ответов в определенные промежутки времени при выполнении различных заданий, оценка написанных рассказов, выполненных рисунков, расшифровка записей. Только после такой предварительной подготовки психолог может приступить к качественному анализу результатов исследования, который предпринимается под углом зрения поставленных вопросов. При этом может оказаться необходимым продолжить эксперимент, изменить его последующий ход, включить дополнительные методики.

Количественная оценка данных, полученных стандартизованными методиками, облегчается заранее заданными способами выставления оценок за выполнение отдельных заданий, применением специальных трафаретов для упрощения суммирования оценок при большом их числе, использованием таблиц-матриц для графического представления полученных данных. Дальнейший анализ носит преимущественно качественный характер. Следует при этом помнить, что количественные оценки, полученные при использовании как стандартных, так и нестандартных методик, являются вероятностными, то есть указывают лишь на большую вероятность наличия у больного снижения, например,

интеллекта либо выраженной тревоги. И при окончательном заключении психолог должен учитывать всю сумму разнообразных факторов, включая образование больного, его состояние во время исследования, отношение к исследованию и т. д.

4. Описание результатов, заключение по медико-психологическому исследованию, пределы компетенции медицинского психолога. Заключение составляется по определенному плану, позволяющему последовательно изложить результаты исследования. Удобно для написания заключения использовать специальный банк. Два его первых раздела — паспортную часть, содержащую краткие данные о больном и клинический диагноз, и задачу исследования, сформулированную при направлении больного (например, уточнение предполагаемой диагностики шизофрении, психопатии или невроза; определение степени и структуры психического снижения и т. д.) — заполняет в этом случае врач. Изложение основных результатов исследования начинается с описания поведения больного во время исследования и его отношения к последнему. Затем в сжатой форме приводятся результаты, полученные конкретными психологическими методиками, причем выводы в каждом случае иллюстрируются конкретными примерами. Наряду с качественным анализом выполнения больным различных заданий приводятся и количественные характеристики: число правильных и ошибочных решений, итоговые статистические оценки, типы профилей, полученные при использовании стандартизованных методик. Описание полученных данных должно быть подчинено ответу на основной вопрос, поставленный перед психологическим исследованием. Другие данные приводятся постольку, поскольку они содержат дополнительную диагностически значимую информацию, полученную психологом и выходящую за рамки первоначально поставленной задачи. В последнем разделе формируется заключение по медико-психологическому исследованию. Оно должно содержать конкретный ответ на поставленные вопросы: особенности личности, наличие характерных изменений мотивационной сферы, нарушения различных сторон мышления, расстройства психической продуктивности без признаков истощаемости и т. д.; в других случаях психолог констатирует, например, равномерное снижение внимания и памяти, преимущественно кратковременной, лабильность волевого усилия, утомляемость. Однако, приходя к заключению о наличии тех или иных расстройств познавательных процессов или личностно-мотивационной сферы, характерных для отдельных заболеваний, психолог не вправе ставить диагноз, который относится к компетенции врача, основываясь на учете всего комплекса данных изучения анамнеза, объективного статуса больного, динамики болезни и результатов параклинических исследований, включая данные психологического эксперимента.

Пределы компетенции медицинского психолога заметно расширяются при постановке функционального диагноза. Если для дифференциальной диагностики он представляет лишь дополнительную диагностическую информацию, то личностный и социальный аспекты функционального диагноза формулируется им самим. Он играет также весомую роль и при определении клинко-психопатологического аспекта функционального диагноза, поскольку этот аспект основывается во многом на изучении структуры нервно-психических расстройств, в оценке которой значимое место принадлежит медико-психологическому исследованию.

ФОРМЫ УЧАСТИЯ ПСИХОЛОГА В ПРОВЕДЕНИИ ЛЕЧЕБНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ И ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ

При определенных условиях уже само психологическое исследование может быть эффективно использовано психологом для проведения психокоррекционной работы с больным. Этому способствует профессиональный авторитет психолога, выводы и суждения которого в глазах многих больных опираются на результаты «специального исследования». Участие психолога в лечебно-восстановительной и психокоррекционной работе, многообразно и по-разному проявляется в широкой системе используемых здесь методов и подходов: терапии средой и социотерапии, индивидуальной и групповой психотерапии, семейной терапии, терапии занятостью и трудовой терапии, профориентации и психогигиенических консультациях. Если в профессиональной ориентации больных и в проведении индивидуальных психогигиенических консультаций психолог при достаточном опыте работы может выступать как самостоятельный специалист, то в организации терапии занятостью и особенно трудовой терапии более целесообразно его участие в качестве консультанта.

Ответственная роль принадлежит психологу в организации терапии средой. Особое значение терапии определяется установленным влиянием факторов больничной среды и социального окружения на течение и проявления нервно-психических расстройств и на приспособляемость больных. Она выражается в тенденции к подавлению социальной активности, потере самостоятельности и вхождению в роль больного при длительном пребывании в психиатрическом учреждении (как впрочем и в домашних условиях при отсутствии социально полезной деятельности), а в обстановке, бедной стимулами и избыточной ограничением, может проявляться в возникновении больничных артефактов, известных под названием синдрома госпитализма. Контроль

и управление факторами больничной среды требуют компетенции психолога, подготовка которого позволяет ему квалифицированно содействовать решению вопросов о способах организации этой среды, приближающих ее к условиям свойственным реальной жизни. Центральным моментом этой организации является вовлечение всех больных в динамическую систему социальных ролей, связанных с самообслуживанием, самоуважением, самоуправлением и активным участием в лечебном процессе, что должно способствовать формированию у них чувства собственной ответственности за ход лечения. Намечая необходимые для этого мероприятия и методические подходы, психолог должен добиваться их реализации через врачей и средних медицинских работников, организующих лечебный процесс. Особое значение здесь имеет выработка соответствующей мотивации и установок у среднего медицинского персонала.

Психокоррекционная работа в группах должна строиться с учетом их особенностей и механизмов их функционирования. Она использует всю совокупность явлений, происходящих в психотерапевтической группе, и требует контроля за всей системой взаимодействия, складывающейся между ее участниками. Роль психолога в групповой работе с больными определяется его профессиональной подготовкой, которая позволяет ему оценить сущность процессов и явлений, происходящих в психокоррекционной группе, и социальных (групповых) факторов, воздействующих на каждого из ее участников, и способствовать более эффективному их использованию. При оптимальных условиях врач и психолог выполняют в психотерапевтической группе обязанности котерапевтов. В этих случаях активная роль, в зависимости от ситуации, складывающейся в группе, может переходить от психолога к врачу и обратно, причем психолог, отправляясь от знания о здоровом и о закономерностях групповой динамики, реализует медико-педагогический аспект групповой работы, а врач осуществляет клинко-терапевтический подход. При достаточном разнообразии групповых форм работы с больными роль психолога в группах разного типа существенно различается. В ряде случаев специально подготовленный психолог может самостоятельно проводить психокоррекционную работу, особенно в группах, где основная цель сводится к социальной активации больных и выработке у них адаптивных стереотипов поведения.

При неврозах, где психотерапия является основным методом патогенетического лечения, и при психических заболеваниях, групповая психотерапия несмотря на известную общность механизмов и близость целей характеризуется некоторыми различиями в постановке задач. При

психозах (в инициальном периоде, в фазе затухания острых психотических расстройств, при вялом течении и затянувшемся становлении ремиссии) групповая психотерапия преследует прежде всего задачи адекватной социальной активации больных, повышения самостоятельности и укрепления социальных позиций личности, формирования системы ценностных ориентации и установок, соответствующих возможностям больного, и выработки адаптивных стереотипов к различным социально-бытовым условиям. Вместе с тем, большее или меньшее значение имеет решение таких частных задач как: вовлечение в содержательное общение, устранение вторичных личностных реакций (на болезнь, на пребывание в лечебном учреждении и т. д.), коррекция бытового поведения, формирование чувства сопричастности, взаимной заинтересованности и взаимной поддержки у пациентов. У той части больных, в заболевании которых преобладают личностные и ситуационные факторы, особенно необходима специальная ориентация психотерапии на раскрытие содержательной стороны конфликтов, особенностей отношений личности пациентов и способов разрешения ими конфликтных ситуаций. При неврозах и пограничных состояниях основная задача сводится к перестройке личности и радикальному изменению системы ее отношений, что создает условия для устранения болезни как таковой, а задачи повышения приспособляемости и толерантности к социальным требованиям и психологическим нагрузкам, тренировки адаптивных форм поведения, относящиеся при эндогенных психозах к основным, здесь приобретают более частный характер.

Различные формы групповой психотерапии разнятся как по интенсивности вовлечения больных в групповое взаимодействие, так и по глубине раскрытия психологических проблем и выяснения связей между историей жизни пациентов, особенностями их личности, способами разрешения конфликтных ситуаций и психологической уязвимостью. В группах поведенческой терапии* и в психомоторных группах эти проблемы на первый план не ставятся и интенсивность группового взаимодействия невелика, хотя психомоторные группы, а также группы пантомимы и коммуникативно-активирующие группы (литературный пересказ, разыгрывание ролей, свободная импровизация) нацелены преимущественно на развитие процесса общения и социальную активацию больных, они вместе с тем выявляют особенности личности больных. Так называемые разговорные группы характеризуются большей или меньшей

* Поведенческая терапия как метод лечения неврозов не получила у нас широкого распространения, а ее методологические основы подверглись основательной критике. Тем не менее для отработки адаптивных форм поведения у определенных групп больных некоторые ее формы могут весьма успешно использоваться.

степенью сплочения и глубиной проникновения в психологические проблемы пациентов. Последние могут быть структурированными (и проводится с использованием приемов «обсуждения анонимной истории болезни», «психотерапевтического зеркала» и др.) или строиться в форме свободной дискуссии. Содержание таких дискуссий может определяться проблематикой как всей группы (ее структуры, распределения ролей, взаимоотношений в группе), так и ее членов. Обсуждение частных проблем сводится в основном к двум «тематическим компонентам»: а) поведение больного в группе и его позиция в различных жизненных ситуациях и б) обсуждение биографии больного с точки зрения формирования его личности и механизмов заболевания (или нарушения отношений, фиксации в болезни и т. п.). Психолог может участвовать в руководстве такими группами совместно с врачом как котерапевт.

Чем глубже затрагиваются в группе проблемы, связанные с интимными механизмами заболевания, тем большая роль в проведении группового занятия отводится врачу, отправляющегося от знания этих механизмов и придающего соответствующее направление групповому процессу. Психомоторная терапия (психогимнастика, пантомима) представляет собой ту форму психокоррекционной работы в группах, которую следует отнести к компетенции психолога. Основанная на использовании невербальных средств выражения, она отличается тем, что основным способом коммуникации является двигательная экспрессия. Эти занятия способствуют снятию эмоционального напряжения, оживлению психомоторики, повышению интереса к общению, приобретению большей свободы выражения чувств и согласованию двигательного и чувственного компонентов переживания, нередко нарушенному у психических больных. Для многих больных они могут стать началом побуждения к активности и источником новых содержательных переживаний. Другую форму психокоррекционной работы в группах, с которой успешно справляется специально подготовленный психолог, составляет условно-рефлекторная поведенческая терапия. В ней используются принципы тренировки по усложняющейся программе и специальные приемы подкрепления ожидаемых в лечебных целях образцов поведения.

Самостоятельно при наличии известных навыков может проводиться психологом психокоррекционная работа и в коммуникативно-активирующих группах. В этих случаях (если другая форма участия врача в проведении группового занятия не оказывается возможной) после каждого занятия практикуется краткое обсуждение его итогов с врачом, ответственным за организацию групповой терапии. Не менее важен также контакт психолога с лечащим врачом, от которого зависит выработка у больного мотиваций к эффективной работе в группе.

Свободная и тематическая дискуссия, так же как и коммуникативно-активирующие занятия, обычно проводятся в малых группах (8—12 чел.). Психогимнастика и пантомима могут проводиться и в средних группах (14—18 чел.). Все группы должны строиться смешанными по полу, и включать больных с различными формами заболеваний и с разными их проявлениями. Вместе с тем, следует избегать объединения в группе больных, резко различающихся степенью психической сохранности и выносливости к психологическим нагрузкам и эмоциональному напряжению. Необходимо также иметь в виду, что чрезмерная активация психически больных в состоянии неполной компенсации, вовлечение их в систему отношения, требующую высокого эмоционального напряжения или неакцептируемую ими, может повлечь за собой срыв компенсаторных механизмов и обострение состояния. Поэтому вопрос о комплектовании групп и выборе методов психокоррекционной работы в каждом случае должен решаться врачом и медицинским психологом совместно на основе функционального диагноза состояния больного.

Важное значение имеет психопедагогическая работа в семьях больных, получившая в современной литературе наименование «семейной терапии». Она определяется не только большой частотой нарушений взаимоотношений в семьях больных нервно-психическими заболеваниями и отрицательным их влиянием на процесс социального приспособления больных, но и особой ролью семьи, как малой социальной группы, в формировании личности пациента, его отношении и установок. Следует различать психокоррекционную работу, проводимую медицинским психологом с супругами, играющую особенно большую роль при неврозах, и в родительских семьях, имеющую особое значение при шизофрении. Эта работа должна проводиться в двух формах: в группе, объединяющей родителей (и близких) разных больных, и в ассоциированных семейных группах, представленных больным, его родителями и другими членами его семьи.

Психокоррекционная работа в ассоциированных семейных группах и в супружеских парах строится на основе «семейного диагноза», под которым понимается оценка существующего распределения ролей, формы взаимодействия между членами семьи, способов принятия совместных решений и стиля руководства пациентом. Психопедагогические занятия в этих группах являются логическим продолжением экспериментального изучения ролевого поведения членов семьи в групповой дискуссии, которая организуется психологом с использованием специальных приемов. При этом учитываются данные анамнеза, наблюдения в реальных жизненных ситуациях и сведения, полученные при психологическом обследовании больного. События, происходящие в семейной группе,

служат также материалом для индивидуальной работы с больным и его близкими, направленной на достижение между ними более эффективных форм сотрудничества.

В отличие от этого психокоррекционная работа в родительских группах, в которой психолог также принимает участие, концентрируется вокруг проблематики болезни и организуется врачом.

В целом система работы реабилитаций больных представляет не только широкие возможности приложения профессиональных знаний психологов, но и требует их самого деятельного участия в различных формах этой работы.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА

Медицинский психолог является специалистом с высшим образованием, приравненным в отношении оплаты и длительности рабочего дня к врачам-психиатрам*. На должности медицинского психолога в психиатрических и психоневрологических учреждениях могут работать психологи и врачи, получившие специальную подготовку по медицинской психологии. Эта подготовка осуществляется психологическими факультетами университетов, имеющих специальные кафедры или отделения медицинской психологии. Подготовка и повышение квалификации медицинских психологов может осуществляться также через аспирантуру, ординатуру или на рабочих местах в медицинских научно-исследовательских институтах или ВУЗах, имеющих в своем составе отделы, лаборатории или кафедры медицинской психологии. Программы обучения и повышения квалификации по медицинской психологии утверждаются управлениями учебных заведений министерств здравоохранения и согласуются с проблемной комиссией «Медицинская психология» при Президиуме АМН СССР.

Медицинский психолог работает под руководством заместителя главного врача по медицинской части, а при его отсутствии в штате учреждения — под руководством главного врача.

Должности медицинских психологов устанавливаются в каждом психиатрическом (психоневрологическом) учреждении исходя из фактической потребности в них, в соответствии с приказом министра здравоохранения СССР № 760 от 15/VIII 1974 г. При определении потребности в медицинских психологах можно исходить из следующих ориенти-

* Продолжительность дополнительных отпусков за вредные условия труда медицинских психологов регулируется особо.

ровочных норм нагрузки:

1) средняя продолжительность обслуживания одного первичного больного, включая время на подготовку к исследованию и оформление его результатов — 3,5—4 часа; общее число обследований в месяц на одну должность психолога — 40 первичных или 75 повторных; 2) проведение психокоррекционной работы ежедневно с двумя группами — по 8—12 больных в малых группах и 14—18—в группе пантомимы (психологом, освобожденным от выполнения диагностической работы); 3) проведение социотерапии и работы по организации терапии средой в 3—5 отделениях на 60 коек каждое, включая необходимые исследования, при условии освобождения от других видов работы.

Каждая из этих форм работы медицинского психолога весьма трудоемка и их выбор и конкретное соотношение должны определяться как числом должностей, которыми располагает учреждение, так и основным направлением его работы. В отделениях психиатрических больниц, осуществляющих экспертную практику, больницах с большим движением и непродолжительным пребыванием больных, большее значение имеют вопросы диагностики, учет динамики состояния и оценка эффективности проводимой терапии. В крупных психиатрических больницах или в психоневрологических диспансерах и дневных стационарах практическая работа психологов в большей мере должна подчиняться задачам реабилитации. Здесь психокоррекционная работа в группах и организация терапевтической среды являются важнейшими ее элементами.

Для организации работы медицинского психолога в учреждении создается психологический кабинет. Наряду с медицинским психологом в состав кабинета может включаться лаборант, а при активной работе в области реабилитации больных также медицинская сестра по социальной работе (социальный работник), которые работают под руководством медицинского психолога. В обязанности лаборанта входит ведение документации лаборатории, хранение аппаратуры и обеспечение ее технической исправности, пополнение лаборатории необходимыми бланками, приспособлениями, перепечатывание заключений. Медсестра по социальной работе проводит соцобследования (в семье, на производстве и т. п.) и участвует в осуществлении социотерапевтических мероприятий и необходимых для этого исследований (социометрических, «включенного наблюдения» и др.).

Кабинет для проведения психологических исследований должен быть размещен в отдельном помещении, обеспечивающем необходимые условия для экспериментальной работы, и оснащен соответствующим оборудованием — наборами психологических методик, секундомером, магнитофоном, пишущей машинкой, шкафами для хранения протоколов исследований и т. п.

Психологический кабинет (лаборатория) ведет учет проводимой работы и представляет отчетность в соответствии с действующими положениями для психиатрических и психоневрологических учреждений.

Настоящие методические рекомендации предназначены для общей ориентации руководителей психиатрических и психоневрологических учреждений и работающих в этих учреждениях психологов и врачей и не могут служить пособием по медицинской психологии. Многие частные вопросы, касающиеся применения конкретных методов психологического исследования и психокоррекционной работы, не могли быть освещены здесь с достаточной полнотой. Одни из них принадлежат к числу общеизвестных, другие должны быть темой отдельных методических рекомендаций. Обширная информация по этим вопросам содержится в пособиях, руководствах и публикациях, краткий перечень которых дается в приложении.

ЛИТЕРАТУРА

- Актуальные проблемы медицинской психологии. Сб. под ред. М. М. Кабанова и И. М. Тонконового. Л., 1974.
- Групповая психотерапия при неврозах и психозах. Сб. под ред. Б. Д. Карвасарского и В. А. Мурзенко. Л., 1975.
- Зейгарник Б. В. Основы патопсихологии. Изд. МГУ, М., 1973.
- Зейгарник Б. В. Личность и патология деятельности. Изд. МГУ, М., 1971.
- Иванова А.Я., Рубинштейн С. Я. «Обучающий эксперимент» как метод оценки умственного развития детей. М., 1973.
- Кононова М.П. Руководство по психологическому исследованию психически больных детей школьного возраста. М., 1963.
- Лебединский М.С., Мясищев В.Н. Введение в медицинскую психологию. Л., 1966.
- Либих С.С. Коллективная психотерапия неврозов. Л., 1974.
- Лурия А.Р. Высшие корковые функции в норме и патологии. 2-е изд., М., 1968.
- Мясищев В.Н. Личность и неврозы. Л., 1960.
- Мясищев В.Н., Карвасарский Б.Д., Либих С.С., Тонконогий И.М. Основы общей и медицинской психологии. Учебник 2-е изд. Л., 1975.
- О работе патопсихолога в психиатрической больнице. Методическое письмо. Сост. В. П. Зухарь, С. Я. Рубинштейн, Л. Н. Поперечная. М., 1975.
- Поляков Ю.Ф. Особенности познавательной деятельности больных шизофренией. М., 1974.
- Принципы и методы психологического обследования в практике врачебно-трудовой экспертизы. Методическое письмо ЦИЭТИНа. Сост. В. М. Коган и Э. А. Коробова. М., 1967.
- Реабилитация психически больных. Сб. под ред. М. М. Кабанова и В.М. Воловика. Л., 1971.
- Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии. М., 1970.
- Семейная психотерапия при неврозах. Методические рекомендации. Сост. В. К. Мягер и Т. М. Мишина. Л., 1976.
- Тонконогий И.М. Введение в клиническую нейропсихологию. Л., 1973. Теоретико-методологические проблемы клинической психоневрологии. Сб. под ред. М. М. Кабанова и др. Л., 1975.

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
Введение	3
Содержание работы медицинского психолога в психиатрических и психоневрологических учреждениях	4
1. Участие медицинского психолога в решении задач дифференциальной диагностики	6
2. Оценка структуры и степени нервно-психических расстройств	10
3. Особенности работы психолога в детских и подростковых психоневрологических учреждениях	11
4. Психологическое исследование личности и социальных позиций больного и получение данных для функционального диагноза	13
5. Установление динамики нервно-психических нарушений и учет эффективности проводимой терапии	16
6. Участие в экспертной работе	17
7. Участие медицинского психолога в реабилитации больных и в психокоррекционной работе	19
Принципы построения и порядок проведения медико-психологического исследования	21
1. Построение психологического эксперимента и выбор методов медико-психологического исследования	21
2. Порядок проведения медико-психологического исследования	25
Формы участия психолога в проведении лечебно-восстановительных мероприятий и психокоррекционной работы	28
Организационные вопросы работы медицинского психолога	33
Рекомендуемая литература	36