**Рекомендации к составлению психологических заключений**

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

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

В начале заключения кратко описываются жалобы больного, но не вообще жалобы на здоровье в целом, а лишь жалобы на состояниеумственной работоспособности, памяти, внимания. Это ограничение продиктовано целым рядом причин. Прежде всего, психолог не должен выходить за рамки своейпрофессиональной компетенции, подменять лечащего врача, вмешиваться в тактику его работы с больным. Соблазнительное желание дополнить, расширить собственноклинические данные может быть тактично реализовано в ходе исследования. Но вносить эти сведения в психологическое заключение нет необходимости. И о нихнадо сообщить лечащему врачу в личной беседе с ним.

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

Следующая часть заключения должна содержать сведения о характере познавательнойдеятельности больного. Желательно при этомначинать подробную характеристику с описания центрального нарушения, которое выявлено у больного в ходе исследования. Требуется показать также, в комплексекаких нарушений выступает это ведущее нарушение, т.е. следует вести описание не по методикам исследования и не по психическим процессам, а необходимо описатьпсихологический синдром нарушений психической деятельности. В этой же части заключения описываются сохранные стороны психической деятельности больного.Последнее необходимо для решения вопросов трудоустройства больного, а также рекомендаций родственникам в отношении больного. При характеристике познавательнойдеятельности больного может возникнуть необходимость в иллюстрации отдельных положений выписками из протоколов исследования. Такие примеры приводить нужно,но только в краткой формулировке; следует приводить лишь наиболее яркие выписки из протокола, не вызывающие сомнений в квалификации нарушения. При обилиипримеров или их недостаточной яркости можно исказить или затушевать основную мысль заключения, сделать его расплывчатым по содержанию, а в ряде случаевввести в заблуждение лечащего врача.

В конце заключения дается резюме, отражающее наиболее важные данные, полученные при исследовании. Эти данные должны выражатьструктуру основного психологического синдрома, выявившегося при исследовании. Резюме может содержать данные о диагнозе заболевания, но опосредованно, черезописание структуры нарушений, выявленных в эксперименте. Приведем несколько примеров заключений, чтобы показать зависимость их содержания от конкретнойклинической задачи.

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

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования.

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

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

Быстро и легко усваивает инструкции. В ряде случаев приступает к работе, не дослушав инструкцию до конца. Способенсамостоятельно избрать правильный способ работы. Быстро переключается на новый вид работы в новых условиях. Общий темп работы достаточно высок.

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

Эмоциональные и мотивационные нарушения деятельности влекут за собой трудности в выборе решения из нескольких возможныхвариантов. При этом он прибегает к многословным резонерским рассуждениям. Например, при выполнении пиктограммы для запоминания понятия "счастье"рисует столб и мяч: "Любил я очень яблоки есть. Счастлив был, когда вдоволь их ел. Яблоко надо рисовать, в них есть витамины, они укрепляютздоровье, а чем человек здоровее, тем он счастливее... Или лучше, конечно, другое — игра в мяч... Кто выиграл, тот и счастлив, хотя это тоже как-томелковато. Можно, конечно, вспомнить и получение диплома, но мне лично диплом счастья не принес... Самое, конечно, счастье было бы избавиться от болезни, ноесли я нарисую человека, то как изобразить, что у него припадок... Счастье было бы, если бы жила моя мама, я бы и болезней не знал никаких... Нет у менясчастья... Оставлю счастье как выигрыш в какой-нибудь игре, оставлю мяч".

В ходе длительного исследования больной не устает. Таким образом, на фоне грубой некритичности и эмоциональной неадекватностибольного выявляются выраженные нарушения мыслительной деятельности (динамические — нарушения целенаправленности, операциональные — искажениепроцесса обобщения, мотивационные — разноплановость суждения, резонерство).

Окончательный клинический диагноз: шизофрения. 2. Больной А., 26 лет, военнослужащий, поступил в больницу им. П.Б. Ган-нушкинадля прохождения экспертизы. Предполагаемый диагноз: шизофрения или органическое поражение ЦНС травматического генеза.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования. Больной во время исследованияприветлив, спокоен. Поведение адекватно ситуации. Правильно понимает цель экспериментальной работы. Охотно делится своими переживаниями. С должныминтересом и серьезностью относится к оценке результатов. Имеется адекватная эмоциональная реакция на успех и неудачи в работе. Всегда активно стремитсяисправить ошибки, добиться правильного решения. Жалуется на повышенную утомляемость даже после непродолжительных нагрузок.

Задания выполняет быстро и легко. Мыслительные операции (анализ, синтез, обобщение, абстрагирование) сохранны. Уровеньдоступных обобщений достаточно высок.

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

Отмечаются элементы утомляемости, которые выражаются в появлении ошибок внимания.

Таким образом, во время исследования выявляется интеллектуальная, эмоциональная сохранность больного, критическое отношение какк своему состоянию, так и к процессу исследования в целом. Вместе с тем следует отметить некоторую обстоятельность суждений и элементы утомляемости (особеннопри продолжительной интеллектуальной нагрузке). Каких-либо нарушений (по шизофреническому типу) выявить не удалось.

Данное заключение помогло клиницистам исключить диагноз шизофрения.

3. Больной Т., 16 лет, ученик 9 класса, направлен в больницу им. П.Б. Ганнушкина для прохождения экспертизы. Дифференциальныйдиагноз: остаточные явления органического поражения ЦНС с эписиндромом или шизофрения.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования.

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

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

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

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

Исследование не обнаруживает обстоятельности суждений или склонности к конкретно-ситуационным решениям. Память и внимание впределах нормы. Утомляемость не отмечается.

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

Данное заключение было использовано клиницистом для постановки диагноза шизофрения.

4. Больной А., 28 лет, по специальности техник. Диагноз: органическое поражение ЦНС неясного генеза (?), опухоль мозга (?).

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

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

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

При проведении локальных проб: а) затруднено повторение ритмических структур, как звуковых, так и графических; затруднения вначертании букв при письме; нарушение слитности букв при письме; б) выявляются нарушения конструктивной деятельности; отношений "под","над"; почти полная утеря способности к воспроизведению фигур по образцу; затруднения при ориентировании в схеме числа, при выполнении простыхсчетных операций; в) выявились грубые нарушения зрительно-моторной координации (больше слева); г) наблюдается снижение памяти. Непосредственное воспроизведениематериала — 6, 6, 5, 7 слов из 10. Отсроченное воспроизведение подменяется множественными контаминациями.

Нарушена ориентировка во времени, частично — в пространстве.

Наблюдается резкая истощаемость больного, носящая пароксизмальный, так называемый пульсирующий характер. Степень утомления стольвелика, что можно говорить о колебаниях тонуса сознания. (Во время выполнения задания больной может задремать.) Особо следует отметить значительное снижениекритичности больного как к своему состоянию, так и к результатам исследования в целом.

Таким образом, исследование выявило грубое снижение интеллектуальных возможностей больного, резкое снижение активности икритичности, грубые комплексные нарушения памяти в сочетании с выраженными колебаниями тонуса сознания. Кроме того, отмечается целый комплекс нарушенийпсихических функций.

Больной после целого ряда клинических исследований (с учетом патопсихологических исследований) был переведен в Институтнейрохирургии с диагнозом опухоль мозга.

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

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования.

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

Инструкции усваивает. Однако если увеличить латентный период между предъявлением инструкции и началом работы (например, до5 минут и более), то больная забывает инструкцию. При просьбе воспроизвести инструкцию повторяет ее с искажением. Если же выполнение задания следует сразувслед за предъявлением инструкции, больная удерживает в памяти заданный способ работы.

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

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

Наблюдаются также псевдореминисценции и конфабуляции. Объем внимания сужен, отмечается колебание внимания.

Таким образом, ослабление памяти и внимания сочетается с выраженной утомляемостью больной, значительными колебаниямиумственной работоспособности.

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

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

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

Формально больному доступны сложные мыслительные операции, однако обнаруживаются искажения операциональной стороны мышления,выражающиеся чаще всего в повышенной актуализации маловероятных свойств предметов. Так, при выполнении задания "исключение предметов" больнойпредлагает сразу несколько вариантов решения, не может выбрать из них наиболее правильный. Например, предлагаются карточки с изображением пилы, топора,коловорота и шурупа. Исключению в данном случае подлежит шуруп, так как все остальные предметы — орудия труда. Больной же исключает пилу, поскольку"остальные предметы, которыми может пользоваться только один человек, а пилой обязательно два", или "потому что пила — это режущий инструмент, аостальные предметы входят в поверхность". Предлагает также исключить топор, так как "остальные предметы, которыми совершают длительные,постепенные, непрерывные операции, а топором можно совершить только одноразовое действие".

Обращают на себя внимание расплывчатость и разноплановость суждений, резонерство. Таким образом, на первый план приисследовании выступают грубые нарушения критичности в сочетании с выраженными нарушениями мышления (по типу соскальзывания, разноплановости суждений,резонерства).

Больной выписан с диагнозом шизофрения.

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

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования. Больной жалоб на умственнуюработоспособность не высказывает. Беседует охотно. Часто подчеркивает, что "здоров и почти ничем серьезным не болел". Заметна склонностьпоказать себя с лучшей стороны. В речи¦ встречаются слова с уменьшительными суффиксами. Инструкции выслушивает очень внимательно. Выполняет заданиястарательно. Допущенные ошибки, даже самые незначительные, старается скрыть (когда в чем-то неуверен, начинает говорить тихим голосом или стараетсянезаметно вообще уйти от выполнения трудного для него задания; часто свой неуспех пытается оправдать тем, что он впервые столкнулся с работой такогорода).

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

Вместе с тем следует отметить выраженное нарушение операциональной стороны мышления. Оперирование общими признаками предметовзатруднено и заменяется установлением конкретно-ситуационных связей между предметами. Умение абстрагироваться от конкретных деталей нарушено. (Например,операция классификации предметов, в основе которой лежат выделение обобщенного свойства предмета, отвлечение от множества других его конкретных свойств,вызывает затруднение. Больной часто прибегает к ситуационному принципу образования групп. Создает большое количество мелких групп на основаниидовольно конкретной предметной связи. Так, объединяет в одну группу посуду и весы — "это все предметы для приготовления пищи... весы тоже к кухнеподходят... они способствуют лучшему приготовлению пищи... в поваренной книге предусматривается состав в граммах... нужно что-то развесить, например, дляприготовления торта надо знать все в граммах".)

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

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

Описанный характер нарушений мышления можно квалифицировать как снижение уровня обобщений.

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

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

Таким образом, в момент исследования выявились нарушения мышления:

а) снижение уровня обобщений (наличие конкретно-ситуационных и обстоятельных суждений);

б) выраженные обстоятельность, тугоподвижность и детализация ассоциаций.

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

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

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования.

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

Во время выполнения экспериментальной работы отмечается намеренная медлительность больного. Долго обдумывает предлагаемыеинструкции к заданиям, медленно включается в работу, как бы обдумывая план действий. Однако после длительного периода "размышления" выполняетработу правильно, без видимых затруднений, в соответствии с заданной инструкцией. Обнаруживает сохранность мыслительных операций, доступность обобщения иабстрагирования (лишь испытывает затруднения при опосредовании отвлеченных понятий). Суждения последовательны, целенаправленность мышления сохранна.Ассоциации в пиктограмме адекватны, эмоционально окрашены, в меру абстрактны, без излишней детализации и обстоятельности. О достоверности результатовпроверки мнестических процессов судить не представляется возможным из-за стремления больного к преувеличению своей несостоятельности в умственнойработе. Повышенной утомляемости, нарушений внимания во время исследования выявить не удаётся.

Приведенные заключения наглядно показывают, насколько разнообразными могут быть их содержание и форма