

ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ

ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ НЕВРОЗАХ

Неврозы – это группа приходящих психических заболеваний с тенденцией к затяжному течению, клиника которых определяется астеническими, навязчивыми, истерическими расстройствами, а также временным снижением умственной и физической работоспособности.

Психическими факторами во всех случаях являются:

1. внешний / внутренний конфликт
2. длительное / массивное перенапряжение
3. интеллектуальная / эмоциональная сфера психики

Понятие «невроз» введено врачом Кулленом в 1876 г. По нему невроз – нервное расстройство не сопровождающаяся лихорадкой, не связана с местными поражениями одного из органов, обусловленное общим страданием, от которого зависят движения и мысли.

Термин «невроз» связывали с представлением о функциональной природе страдания., а благодаря исследованиям Шарко Дюбуа Жанне – психогенная обусловленность.

Распространенность.

Проблема неврозов возникла в связи с их большой распространенностью. По данным зарубежных авторов показатели составляют от 2-76 для мужчин / 4-167 для женщин на 1000 населения - по Гарре, Робинсону. По данным Александровского в структуре всей патологии, неврозы составляют 70 %.

В структуре общей заболеваемости – 30 % неврозы. За последующие 10 лет в некоторые годы составляли 70 % к предыдущему году.

В 1952 г в США составлял 2,5 млн. человек, через 13 лет увеличилось в 10 раз, их стало 25 млн.

Распространенность не является истинными показателями. Часть больных неврозами почти никогда не лечится психиатрами, а лечится терапевтами. Значит, они не всегда регистрируются.

Этиология.

Этиологические факторы – психогенная возбуждение, психотравма, т.к. по мнению Вейна, нет невроза без психотравмы.

Интенсивность фактора играет не главную роль. Важна индивидуальная значимость психотравмы для данного пациента. При одинаковом воздействии для одних – стресс, у других – психоз. На фоне взаимодействия психотравмы и личности формируется ключевое звено патогенеза неврозов – невротический конфликт. Недостаточная адаптация ведет к развитию заболевания.

Сложившиеся представление о неврозах как о функциональных психогенных (т.е. в мозге нет морфологических изменений) заболеваниях в настоящее время пересматриваются.

На субмикроскопическом уровне выявлены – церебральные изменения, сопутствующие изменения ВНД: дезинтеграция и деструкция мембран нейронов, уменьшение рибосом, нарушение структуры субинактических мембран, высоко значение гипоксии, активация ПОЛ, нарушение иммунитета – основные звенья патогенеза.

Происходит гибель, функциональное снижение нейронов – морфологический субстрат неврозов.

Постоянный спутник всех стрессов – гипоксия. Это обусловлено увеличением тонуса симпатoadреналовой системы и спазмом сосудов, что обуславливает уменьшение объемного кровотока органов и тканей, это ведет к кахексии, которое обуславливает перераспределение крови в пользу жизненно важных органов. Процесс усугубляется увеличением концентрации Т3 и Т4, что повышает чувствительность тканей к катехоламинам.

Длительная стресс реакция ведет к изменения морфологии легких и альвеол с повреждением пневмоцитов, сурфактанта, легочной ткани, что ведет

к нарушению внешнего дыхания, затруднению газообмена, нарушению утилизации и транспорта кислорода.

Сопутствующая патология утяжеляет невроз.

Особенно неблагоприятно влияет на организм детей, лиц пожилого возраста, у которых системы адаптации не совершенны.

Устранение фактора гипоксии, может оказать патологически лечебное воздействие. Один из таких методов (метод ГБО) в его основе – насыщение крови и тканей кислородом под некоторым избыточным давлением.

Клиника:

3 формы неврозов:

- 1) Истерический невроз
- 2) Неврастения
- 3) Невроз навязчивых состояний.

Вероятность развития той или иной формы зависит от особенностей акцентуации характера.

АКЦЕНТУАЦИЯ:

По астеническому типу – склонность к неврастении.

По тревожно – мнительному – невроз навязчивых состояний.

По истерическому типу – истерический невроз.

- 1) Истерические (конверсионные) неврозы

Термин «истерия» употребляли в Др.Греции, природу связывали с сексуальными расстройствами. Название от hyster – матка, считали, что связано с бешенством матки.

Затем З.Фрейд подчеркивал эротичность конфликтов.

Термин «конверсия» (от латинского konversio - превращение) – особый патологический механизм обусловлен превращением невротического конфликта в соматоневрологическую симптоматику.

Распространенность

Наблюдается 1/3 лиц в общем населении. До 15% всех консультаций проводится по поводу истерических неврозов. У женщин в 2 раза чаще, чем у мужчин.

Истерический невроз возникает у лиц с особым складом характера, но может быть и без этого.

Склоны к их возникновению лица с психическим инфантилизмом, эгоцентризмом, легкой возбудимостью, впечатлительностью, неустойчивостью ВНС, несамостоятельностью суждений.

Клинические проявления – в многочисленных функциональных расстройствах с полиморфной симптоматикой, внешне напоминают разные болезни (как «хамелеон»).

Шарко: «Истерия – великая симулянтка».

Наблюдается стремление больных любым путем привлечь внимание окружающих, легко внушаемы.

Клиника – двигательные, сенсорные, вегетативные, психические группы расстройств.

Выделяют группы:

А) Двигательные расстройства – истерические припадки, парезы, параличи, мышечные контрактуры, гиперкинезы, заикания и т.д.

Истерический припадок возникает при чем-нибудь внимании(присутствии), проявляется падением, не опасным, чаще в виде медленного опускания, затем ряд выразительных рефлекторных реакций, дрожат, катаются по полу, бьют руками и ногами, изгибаются дугой (истерическая дуга), кричат, стонут, рвут одежду. Длительность – несколько минут – часов, прерываются громким звуком, обливанием водой с переходом в плач с состоянием разбитости, усталости. Сохраняются отрывочные воспоминания о припадке. Паралич в виде моноплегий (зоной паралича может быть палец, кисти, стопы).

Б) Сенсорные расстройства – расстройства со снижением чувствительности или анестезией на тактильные, температурные, болевые движения.

Истерическая слепота, глухота, потеря обоняния, вкуса, потеря глотательного рефлекса.

В) Вегетативно – висцеральные расстройства – ощущение нехватки воздуха, дисфагия, задержка мочеиспускания, нехватка воздуха, ист. анорексия, тошнота, вздутие кишечника. Нередко напряжение со стороны ССС – лабильность пульса, колебание АД, боли в области сердца. Возможны нарушения терморегуляции в виде высоких температур, кожные нарушения в виде гиперемий, геморрагии.

С) Психические нарушения – типичны психогенные амнезии, тотальные или частичные, касающиеся психотравматического события, фиксированные страхи и истерические депрессии неглубоки и сопровождающиеся ярким внешним оформлением в виде театральных поз и стонов, истерические галлюцинации – эпизодические, отражающие психогенетическую ситуацию, яркие, образные, красочные; истерическое сумеречное помрачение сознания – 2 нед., аффективное изменение сознания.

Их длительность, как правило не больше 2-х месяцев.

Течение возможно прогредиентно или выздоровление. Истерическое развитие личности при длительном течении в неблагоприятных условиях. Затяжные невротические состояния с ипохондрией, включая фобии и тревожные опасения. Признаки перехода в истерическую личность – ипохондрия (произошло от рак).

2) Неврастения – бессилие, слабость, нервное истощение, нервное переутомление. Психогенное заболевание – состояние раздражительной слабости, повышена истощаемость и медленное восстановление психических процессов.

Термин дал Бирд в 1868 году (у работниц ткацкой фабрики), в 1899 г. описана в России. В настоящее время многоформные невроты, синдром белых воротничков, синдром менеджера.

Роль играют: у лиц с повышенной ответственностью, хроническим недосыпанием, эмоциональными перегрузками, переизбыток, переутомление, перенесенные инфекции и интоксикации.

Распространенность – 5%, к врачам общей практики по этому поводу обращается 65%. По Карвасарскому число лиц с невротической среди госпитализированных больных невротами – 70%.

Клиника: 3 стадии (формы)стадии:

1) Гиперстеническая - периодически возникает колебания настроения, общая гиперестезия, повышенная раздражительность, незначительные внешние раздражители выводят больного из равновесия, он не может сдержаться. Затруднение засыпания и вегетодистония (повышенная потливость, сердечные и головные боли).

2) Промежуточная (стадия развернутых проявлений). Стойкое состояние раздражительной слабости, которые выражаются эмоциональностью, возбудимостью, повышенной чувствительностью, несдержанностью, психической истощаемостью, утомляемостью, ослабление активного внимания и быстрый переход от раздражения к чувству усталости, с переходом к слезам. Повышение мышечной утомляемости, нечеткость зрительных образов, нарушение речи, тремор пальцев рук, языка.

Важное место занимает нарушение сна: затрудненное засыпание (тревожное ожидание бессонницы). После затрудненного засыпания поверхностные сон с кошмарами, а на утро больной «разбитый».

Соматовегетативные расстройства – головные боли в виде стягивания в виде ремня головы. («каска» невротика), уменьшение аппетита, тошнота. Эти расстройства на фоне субдепрессивного настроения.

3) Гипостенотическая. Резкая вялость, истощаемость, адинамия.

3) Невроз навязчивых состояний.

Сочетание психастении с абсессивными и фоническими проявлениями. Встречается относительно реже, чем предыдущие. Клиника проявляется фобиями и навязчивыми симптомами. Распространенность фобических расстройств – 5% ,навязчивых расстройств -3%.

Навязчивые расстройства:

- навязчивые страхи
- навязчивые сомнения
- навязчивые влечения
- навязчивые мысли
- навязчивые действия

1. Навязчивые страхи (фобии) – часты и в разнообразной форме. Иногда настолько сильна, что на короткое время утрачивается критичное отношение к ним.

Агрофобия (кенофобия) – страх открытых пространств.

Оксифобия (белонофобия) – страх острых предметов.

Гипсофобия (батеофобия) – страх высоты.

Клаустрофобия – страх замкнутых пространств.

Мизофобия – страх загрязнения (Маяковский – в правом кармане носил дезинфицирующее средство, т.к. боялся заразиться при рукопожатии)

Назофобия – страх болезни.

Такатофобия – страх смерти.

Пантофобия – общий страх – боязнь всего окружающего – страх страхов.

2. Навязчивые сомнения:

Легран (1935г) – испытывании сомнений в правильности своих поступков.(Уходя из дому сомневаются – закрыта ли дверь, выключены ли электроприборы).

3. Навязчивые влечения:

Сильное стремление совершить какой либо поступок.

Гидромания – влечение броситься в воду.

Гмицидомания – влечение убить.

Даккомания – влечение кусаться.

Доромания – влечение делать подарки.

Келтомания – влечение к инъекции.

Кластомания – влечение ломать предметы окружающей обстановки.

Клиномания – пристрастие лежать в постели, на диване, без объективной причины.

Кроомания – влечение биться головой о стену.

Кутомания – патологическое влечение к азартным играм у психопатов.

Хейломания – прикусывать губы.

4. Навязчивые мысли:

Редко изолированные. В виде моносимптомных двигательных расстройств.

Утрированные физиологические движения (карикатура) – тики – тряска головой, моргают глазами, поправляют волосы, покусывают губы, скрежет зубами, сплевывание. Переживаются как чуждые и болезненные.

Лечить болезнь Жилля де ля Туретта необходимо нейролептиками. Существуют два общества, разрабатывающих методы лечения этой болезни: научное общество болезни Альцгеймера и Туретта.

К ним относят болезнь генерализованных тиков (болезнь Жилля де ля Туретта) – тики в области лица, шеи, верхних и нижних конечностей, сопровождающиеся гримасами, открыванием рта, сопровождающиеся криками или лаем, высовыванием языка, интенсивной жестикуляцией.

В клинике невроза навязчивых состояний всегда присутствует и общие невротические симптомы: повышенная раздражительность, утомляемость, нарушение сна. Могут быть выражены и выступать как сопутствующий астенический синдром. Наблюдается понижение настроения, вегетативные и вегетативно – сосудистые нарушения.

Либгард: 2 возможные формы борьбы с навязчивыми:

активная борьба (направляет всё внимание и сила на устранение навязчивого симптомокомплекса),

пассивная (переключает внимание и вырабатывает меры защиты – ритуалы).

Невротическая депрессия.

По ВОЗ – 340 млн. людей (4%) населения планеты страдают нарушением настроения. Частота достигает 10 – 25 % у женщин и 5 – 12 % у мужчин, причем 70% приходится на возраст 18 – 44 года, т.е. период трудового расцвета.

30 лет назад описывались как острые эпизоды болезни с благоприятным прогнозом лечения и возможностью самоизлечения, но теперь – рецидивируют в хроническое заболевание.

Множественные депрессивные эпизоды скорее норма, чем исключение. Минимальное количество эпизодов в течение жизни – 4.

Медицинские затраты: выше, чем при СД и сопоставимы с затратами при лечении сердечно – сосудистых заболеваний. Депрессия неудовлетворительно распознается. Распространенность с библейских времен – незначительный банальный атрибут тонкой организации личности (не больше 1% больных у психиатров).

Большинство больных предпочитают обращаться к врачам общей практики, из-за отрицательного отношения к психиатрии.

Она возникает при длительной психотрицательной ситуации. Настроение подавленное в утренние часы – разбитость, тяжесть, недовольство собой и окружающими. Четко выявляются астенические расстройства и вегетативно – соматические нарушения – уменьшение аппетита, нарушение сна, часто пробуждаются среди ночи с чувством тревоги с чувством тревоги, сердцебиением. Наличие астенических жалоб не мешают выполнять большой объем работы, стремление открыть душу окружающим. У лиц с серьезным пониманием чувства долга и ответственности. Наблюдается повышенная слезливость и сниженное настроение. В отличие от эндогенной депрессии, нет четко очерченных границ приступа. Наблюдается постепенное начало, нет четкой стадийности, снижение клиники постепенное.

Социальные издержки депрессии повышения мед. В 3-4 раза. По числу потерянных лет жизни больные с депрессией превышают, чем другие больные с СД, АГ.

Риск инвалидизации – в 5 раз больше по сравнению с лицами из общей популяции. По ВОЗ, 1/2 длительности нетрудоспособных больных в мире страдают депрессией.

По прогнозам к 2000 г. Количество больных депрессией возрастает в 1,5 раза и занимает I место как причина смерти и нетрудоспособности у женщин и II место после ишемии у мужчин.

Умеренные и тяжелые формы – лекарственная терапия. В легких – психотерапия.

Эффект антидепрессантов – симптоматический. До 90% - лечение субтерапевтическими дозами и непродолжительным курсом. Необходимо длительное, многолетнее и продолжительное лечение.

Лечение неврозов.

3 основных звена патогенеза – ГБО, антиоксиданты, иммунокорректоры.

Для завершения лечения неврозов с целью реабилитации – психотерапевтические методики (аутогенная тренировка, рациональная психотерапия)

Обязательно!!! – бензодиазепиновые анксиамиметики. Традиционно – общеукрепляющие препараты – глюкоза, инсулин, витамины, минеральные смеси, препараты для стимуляции – пантохрин, женьшень.

Используют курорты и физические методы лечения.

Стрессовые расстройства

К пониманию стрессовых расстройств в современной психиатрии

Широко распространенные в последние десятилетия и закрепленные в современных классификациях представления о стресс-опосредованных (stress-related) и посттравматических стрессовых расстройствах, по существу, сводят их причины к психотравмирующим факторам. Изложенное ниже понимание острых и затяжных стрессовых расстройств, включая и психогенные по основным механизмам возникновения, учитывают не только психотравмирующее воздействие, но и часто сопутствующие и осложняющие

их течение дополнительные экзогенные вредности, факторы органически и соматически измененной почвы.

Считаясь вполне закономерными в условиях чрезвычайных воздействий, стрессовые расстройства нуждаются в конкретизации клинических и, особенно, динамических характеристик. Вошедшая в современные классификации категория острых стрессовых расстройств вытесняет понятие острых психогенных («шоковых») реакций, но феноменологически сохраняется преимущественно в диапазоне «растерянность — страх — тревога — их вегетативные проявления». В то же время положение острых депрессивных реакций (горя, утраты) оказалось неопределенным, требующим уточнения границ нормы переживания. Что касается подострых, затяжных депрессивных, тревожно-депрессивных реакций, то их соотнесение с категорией расстройств адаптации в большинстве случаев затруднено из-за принципиальных различий особенностей провоцирующей ситуации, ее масштаба, индивидуального либо массового поражения. Протрагированные реакции на индивидуально-тягостные, но не жизнеугрожающие события или массовые бедствия при предположительной общности отдельных проявлений, в частности повторных воспоминаний, представлений драматических событий, никак не могут быть отнесены к посттравматическому стрессовому расстройству в силу отсутствия ярко выраженных личностных изменений, сохранности на данном этапе конструктивных, социально ориентированных связей с окружающим. Расширительная диагностика посттравматического стрессового расстройства все чаще подвергается критике в современных психиатрических дискуссиях во всем мире.

По-видимому, имеет смысл обратиться к родовому понятию «стресс». Согласно концепции Н. Selye (1956, 1986), стресс является неспецифической физиологической реакцией напряжения, выполняющей приспособительную, адаптивную роль и возникающей в ответ на изменения окружающей среды. Н. Selye различал eustress как необходимое, положительное физиологическое явление и distress (или strain) как неадаптивную реакцию, отражающую не столько агрессивные или чрезмерные изменения среды, сколько неадаптивность физиологических приспособительных механизмов.

В последние десятилетия понятие «стресс» стало чрезвычайно популярным, но его первоначальный научный смысл искажился: оно применяется преимущественно к неблагоприятным, психотравмирующим событиям, а не только и даже не столько к реакции на изменения среды, т.е. обозначает, по существу, stressor — как воздействие, раздражитель, опасность, экстраординарное событие. Более того, искаженное понимание стресса нашло отражение в международной классификации МКБ-10 и закреплено в понятиях «реакция на стресс», «реакция на тяжелый стресс» (reaction to severe stress в оригинале ICD-10), что тавтологично и не вполне отвечает научной терминологии. В клинической практике встречаются случаи вторичной патологической (ипохондрической, тревожной) реакции на выраженные вегетативные проявления стресса (дистресса), но это скорее компонент более

сложного расстройства. С другой стороны, не только стресс, но и собственно стрессовые расстройства не всегда осознаются как таковые, что не лишает их клинического значения. Исходя из этого, более понятной и приемлемой была бы категория «острые стрессовые расстройства» (acute stress disorders) применительно к сфере катастроф и чрезвычайных ситуаций. «Связанные со стрессом расстройства» (stress-related disorders) имеют более свободные границы, охватывающие и невротические расстройства.

Американские диагностические руководства DSM-IV и, особенно, DSM-IV-TR оперируют достаточно строгими терминами, вполне определенно разграничивая «стресс», «стрессор» и «стрессовые расстройства», хотя в рамках психиатрии катастроф и чрезвычайных ситуаций словоупотребление «посттравматическое стрессовое расстройство» является общеупотребительным в публикациях как психиатров, так и психологов, особенно в американской литературе (R.J. Ursano et al., 1995, 2009; N. Andreasen, 2004). Таким образом, в качестве «стрессовых расстройств» обычно обозначают протрагированные и усложняющиеся «дистрессовые расстройства», но последнее название не прижилось в клинической практике.

Расстройства адаптации — относительно новая клиническая категория, отнесенная в МКБ-10 к стрессовым расстройствам. В DSM-IV расстройства адаптации выделены в отдельную рубрику, но описываются в понятиях стресс-опосредованных расстройств, однако развивающихся вне чрезвычайных жизнеугрожающих событий. В обеих классификациях в качестве провоцирующих факторов называются различные изменения жизненного уклада, повышенные психические и физические нагрузки, неожиданно выявившиеся тяжелые заболевания, лишения, потери, разлука с близкими. Речь идет как об относительно кратковременных, так и протрагированных феноменах, ранее относимых к ситуационным, психогенным, невротическим реакциям и состояниям. Феноменологические границы расстройств адаптации охватывают как крайние проявления дистресса, так и тревожно-депрессивные переживания и поведенческие нарушения. По-видимому, природа и психопатологические формы расстройств адаптации будут уточняться по мере все более частого их использования в качестве предварительного или социального диагноза, не связанного с психиатрической стигматизацией. В официальной русскоязычной версии МКБ-10 использован буквальный, но по существу не отражающий природу и феноменологию расстройств термин «расстройство приспособительных реакций» (в оригинале — adjustment disorders). Впрочем, конкретные проявления данных расстройств оправданно связываются с нарушениями адаптации.

Стрессовые расстройства как последствия чрезвычайных ситуаций

Стрессовые расстройства в чрезвычайных ситуациях возникают как целостная реакция организма и личности на исключительно травмирующие, жизнеугрожающие события.

Каждая чрезвычайная ситуация имеет свою специфику, сочетает в себе и отражает в своих последствиях множество факторов, соответственно, по-

разному проявляется в реакциях пострадавших. Эти особенности позволяют усматривать в механизмах реагирования роль не только непосредственного стрессора (угрозы жизни, осознания потерь), но и предшествующих факторов, различных биологических и психологических предпосылок. Разумеется, существуют и общие закономерности психического (и психосоматического) реагирования и развития психолого-психиатрических последствий чрезвычайных ситуаций.

Что касается закономерностей, есть все основания присоединиться к клинической традиции и отметить неизменное разделение на острые и протрагированные реакции. При этом первые в своих психопатологических проявлениях выражаются в неспецифических регрессивных формах поведения, тяготеющих к ступору или двигательной буре («острые шоковые реакции» в традиционной терминологии), хотя в современных условиях эти реакции встречаются редко. В том и другом случаях выявляются элементы растерянности, интеллектуальной несостоятельности, беспомощности, хотя их кратковременность и компенсируемость не всегда дают основания для психиатрического вмешательства. Что необходимо подчеркнуть как общую закономерность, требующую учета при оценке состояния и оказании помощи, — это соматовегетативное сопровождение, или, вернее, облигатные вегетативные проявления острой стрессовой (ди- стрессовой) реакции. Соматовегетативные сдвиги тоже неспецифичны, но относятся прежде всего к сердечнососудистой системе и отражают преимущественно симпатикотонические сдвиги вегетативной регуляции вплоть до гипертензионных кризов, приступов стенокардии и т. п. При этом не меньшую опасность представляют своего рода контрреакции или отставленные реакции в виде дисбаланса сосудистой регуляции с сердечными аритмиями, гипотоническими кризами и угрозой сердечной и церебральной ишемии. Проявившаяся на остром этапе соматическая уязвимость нередко имеет своим продолжением более устойчивые нарушения со стороны сердечно-сосудистой и других функциональных систем организма. Адекватные симптоматические средства и организационные медико-психологические превентивные меры могут предотвратить развитие этих нарушений психовегетативного регистра и трансформацию их в собственно соматическую патологию.

Опыт многолетнего участия сотрудников Московского НИИ психиатрии в оказании помощи пострадавшим вследствие катастроф, локальных военных действий и террористических актов совместно со многими другими учреждениями — Центром медицины катастроф «Защита», ГНЦ СиСП им. В. П. Сербского, Московской городской психотерапевтической поликлиникой № 223 и др. (З.И. Кекелидзе, И. Г. Морозова, 2001; Ю.П. Бойко, 2003; В. П. Коханов, В. Н. Краснов, 2008) — позволяет выделить несколько существенных факторов чрезвычайной ситуации.

Многофакторность природы психических и психовегетативных расстройств, развивающихся в условиях катастрофы, действительно, делает условным отнесение любых их форм и отдельных проявлений к психогениям.

В этом смысле стресс, точнее дистресс, может рассматриваться как обязательный или ведущий компонент развивающегося расстройства.

Непосредственная реакция на угрозу жизни является эволюционно предуготованной и инстинктивно направлена на самосохранение, но спустя мгновения или минуты большинство людей способны к рациональному контролю своих действий, готовы к оказанию помощи близким, окружающим, т.е. к социально ориентированной деятельности. Психовегетативные проявления стресса (или дистресса) могут сохраняться, но не обязательно определяют поведение.

Формы непосредственного реагирования на трагические события универсальны и воспроизводятся в человеческой цивилизации на протяжении тысячелетий, что отражено в древнейших памятниках письменности. Недавний анализ шумерских клинописных текстов о гибели правителя Шумера Урнаммы и о падении города Ура (2094 и 2003 гг. до н. э.) позволяет соотнести яркие описания паники, отчаяния, страха, горя, вины, бессонницы, физического напряжения и беспокойства, охваченности тягостными воспоминаниями и представлениями сцен разрушения и смерти с критериями острого стрессового расстройства по DSM-IV (M. Ben-Ezra, 2004).

Острые стрессовые реакции при всем их разнообразии не представляют особых трудностей для диагностики, но это должна быть клиническая диагностика как врачебная функция. В сложной гамме психологически понятных реакций и психопатологических симптомов важно учесть комбинированные поражения (баротравмы, коммоции, контузии, тяжелые ранения, ожоги, обезвоживание и др.). Сходные проблемы возникали, в частности, при оказании помощи пострадавшим при захвате заложников в городе Буденновске в 1995 г., при взрывах в московском метро в феврале 2004 г. и 29 марта 2010 г., обрушении крыши аквапарка в Москве 14 февраля 2004 г., при захвате школы в Беслане в сентябре 2004 г., как и во многих других чрезвычайных ситуациях. Целесообразность психологического этапа предложения помощи и ее оказания, а иногда и взаимодействия с подготовленными непрофессионалами не вызывает сомнений.

Опыт психиатрии катастроф свидетельствует о далеко не исчерпанном себе потенциале описательной и структурно-динамической психопатологии (Д. Ю. Вельтищев и соавт., 2005). Чем больше психиатрия и клиническая психология оказываются причастными к оказанию помощи пострадавшим, тем больше выявляется новых или ранее игнорированных данных, требующих пересмотра традиционных представлений о психиатрических и психологических последствиях разного рода трагических событий.

Прежде всего обращает на себя внимание определенная физиологическая адекватность значительного числа реакций, их психологическая понятность, включая культуральную, гендерную, возрастную опосредованность таких «эндогенорморфных» феноменов, как чувство вины, витализированное переживание горя, ранние пробуждения, психомоторная заторможенность.

Еще важнее перспектива исчезновения этих явлений спонтанно либо при минимальной психологической поддержке, консультативной либо, в отдельных случаях, кратковременной симптоматической медикаментозной помощи. В связи с этим заслуживают упоминания приведенные на Конгрессе Всемирной психиатрической ассоциации в Афинах (12-16 марта 2005 г.) свидетельства Р. Deva (Малайзия), R. Trivedi (Индия) и других известных психиатров из стран Юго-Восточной Азии о высокой эффективности относительно простых методов помощи пострадавшим вследствие цунами 26 декабря 2004 г. в этом регионе мира. При крайнем недостатке психиатров и психотерапевтов многие парапрофессионалы, участвовавшие в организованной помощи, в частности привычные для местной культуры квалифицированные массажисты, весьма успешно справлялись с оказанием помощи при острых и протрагированных стрессовых реакциях с преимущественно тревожными, депрессивными и вегетативно-соматическими проявлениями (неопубликованные данные).

Обобщение опыта работы различных групп психиатров и психологов по оказанию помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях представлено ниже в виде следующих тенденций динамики психического и психовегетативного реагирования в условиях чрезвычайных ситуаций и их последствий.

Таким образом, диапазон реакций и расстройств, связанных с катастрофами и чрезвычайными ситуациями, весьма разнообразен и отнюдь не ограничивается предписанными современными классификациями клиническими формами.

Большинство катастроф и масштабных чрезвычайных ситуаций последних лет сопряжены с высокой частотой функциональных когнитивных нарушений с элементами дезориентировки в ситуации, общего снижения поведенческой адаптации, проявлениями профессиональной несостоятельности, в том числе при выполнении некоторых административных функций. Этому факту в классической психиатрии не уделялось специального внимания, в отличие от более грубых форм регрессивного поведения с выраженной псевдодеменцией (по типу синдрома Ганзера и т. п.). Хотя эти негрубые нарушения могут быть отнесены скорее к психологии катастроф, нежели к психиатрии катастроф, тем не менее требуют квалификации их как поведенческих расстройств и, соответственно, временного отстранения таких лиц от активной деятельности, прежде всего в рамках спасательных мероприятий.

В отечественной психиатрии имеется опыт введения так называемого дублирования функций в случаях, где этически и психологически представляется неприемлемым прямое отстранение от формальных обязанностей (Ю.А. Александровский и соавт., 1991). Будучи функциональными, такие нарушения обычно быстро исчезают, но при наличии органически измененной почвы и неблагоприятных обстоятельств они могут длительно сохраняться в виде психической истощаемости и снижения интеллектуальной продуктивности. В целом задача сохранения

здоровья и работоспособности спасателей и членов оперативного штаба в тех или иных чрезвычайных условиях является одной из насущных, но трудно решаемых стратегических проблем. Реабилитация спасателей охватывает только часть специалистов, участвующих в спасательных мероприятиях. Определение оптимальных сроков работы в условиях катастрофы и ее последствий с учетом напряженности и неординарности такого рода деятельности также является необходимой обязанностью медицины (в том числе психиатрии) катастроф и психологии катастроф. Психологическая и физическая вовлеченность в спасательные мероприятия играет мобилизующую роль, помогает справиться с чрезвычайными нагрузками и воздействиями иногда в течение нескольких суток. Однако вслед за этим безусловно требуется отдых, а иногда и медико-психологическая помощь, без которых соматическое и психическое здоровье спасателей подвергается опасности. Необходимы также рекомендации по охране здоровья врачей и психологов, участвующих в оказании помощи (длительность, режим работы, сменяемость).

Более изучены, хотя и не систематизированы, отдельные факты усложнения структуры болезненных состояний, тенденции сочетания симптомов депрессивного эпизода и острого стрессового расстройства, присоединения дисфорических включений, имеющих экстрапунитивную проекцию. Последняя также оказывается психологически понятной, исходя из особенностей ситуаций, и, вероятно, имеет защитную функцию: депрессивные проявления замещаются дисфорией с вербальной агрессией и другими экспрессивными проявлениями, что может иметь положительное прогностическое значение, хотя требует внимательного отношения к клиническому усложнению состояния в отдельных случаях (помимо групповых форм реагирования, которые тоже могут быть дисфорически окрашенными и даже выражаться иррациональной агрессией).

Диапазон болезненных явлений и гамма переживаний в структуре «адекватных» и психологически понятных реакций зачастую шире, чем это присуще традиционным клиническим формам расстройств. Динамический анализ меняющихся сочетаний различных проявлений стрессовых расстройств позволяет выявить их индивидуальную и ситуационную опосредованность, соответственно варьируя при этом терапевтическую тактику. Среди симптоматических средств предпочтительны анксиолитики, в то время как целесообразность (курсового) применения антидепрессантов еще требует надежных доказательств. Заслуживают внимания нередкие случаи протрагирования или актуализации вегетативных проявлений стрессовых расстройств при продолжительном применении антидепрессантов, по-видимому, за счет активирующего компонента их тимоаналептического действия.

Большинство русскоязычных психиатров, особенно тех, кто имеет большой опыт в оказании помощи жертвам масштабных катастроф, военных действий или террористических актов, критически рассматривают слишком широкое распространение клинического диагноза посттравматического

стрессового расстройства. Значительная часть состояний, относимых в англоязычных публикациях к PTSD, в российских источниках интерпретируются иным образом: преимущественно как затяжные депрессии или полиморфные состояния, представляющие собой комбинации дистимических расстройств, легкого когнитивного расстройства, личностных девиаций и психосоматических дисфункций, иногда с чрезмерным употреблением алкоголя или приемом наркотиков. Природа таких расстройств может быть понята скорее как многофакторная, а не исключительно психотравматическая. Например у лиц, участвующих в устранении последствий Чернобыльской аварии 1986 г., формировались устойчивые полиморфные расстройства в ответ на комбинированное воздействие многообразных вредных факторов, хотя каждый фактор сам по себе не может быть признан безусловно патогенным. Среди этих факторов необходимо назвать крайнее психологическое и физическое напряжение, нарушенный биологический ритм в первые месяцы после катастрофы, тяжелая сменная работа по возведению защитных сооружений вокруг реактора, пыль, загрязнение воздуха, особенно при работе шахтеров, прокладывавших тоннель под разрушенным реактором, токсические компоненты дезактивационных средств наряду с облучением преимущественно низкими дозами радиации (недостаточными для развития лучевой болезни), а также другие неблагоприятные факторы, связанные с экстремальными условиями работы в Чернобыле. Многие спасатели, так называемые ликвидаторы, работавшие там, испытывали астенические, психовегетативные нарушения или устойчивые субаффективные расстройства, а также умеренно выраженные нарушения памяти, внимания, интеллектуальной продуктивности в течение длительного времени (В. Н. Краснов и соавт., 1993, 2003). Официальная медицина не нашла никаких специфических причин и конкретного нозографического обозначения для таких болезненных состояний: они не отвечали критериям лучевой болезни и не соответствовали полному набору признаков посттравматического стрессового расстройства. Впрочем, последний термин еще не использовался в действующей классификации. Симптоматика этих расстройств в их развитии с тенденцией ухудшения интеллектуальной и физической продуктивности в наибольшей мере приближалась к относительно легким вариантам органического психосиндрома по Е. Bleuler (1916). Сходные идеи по поводу сложной природы и полиморфизма посттравматических стрессовых расстройств встречаются, хотя и редко, в современной англоязычной литературе (В. Everett et al., 2002; А. С. McFarlane, 2005).

Российские клинические психологи развивают в последнее время концепцию посттравматического стресса как психологического синдрома, который является комбинацией взаимосвязанных психологических характеристик, таких как тревожность, эмоциональная лабильность, склонность к депрессивным реакциям, а также некоторых психопатологических параметров, измеряемых с помощью SCL-90-R или других психометрических инструментов (Н.В. Тарабрина, 2009). Эта

концепция принимает во внимание как негативные, так и позитивные аспекты травмирующих переживаний, в частности их роль в личностном развитии, формировании устойчивости, использовании негативного опыта при принятии решений в будущем.

Значение клинического метода в диагностике неврозов.


Подобно тому, как изучение природы неврозов в историческом аспекте проходило стадии негативной и позитивной их характеристики, а дальнейшее развитие учения о природе неврозов не может не основываться на синтезе данных об их биологических, психологических и социальных механизмах, клиническая диагностика неврозов и сегодня настоятельно требует учета критериев как негативной, так и позитивной диагностики в их взаимосвязи.

Очевидно, что формулируемая таким образом задача диагностики неврозов может быть успешно решена при использовании собственно клинического метода и данных дополнительных исследований, среди которых наряду с лабораторными методами существенная роль принадлежит психологическому методу. Подчеркивая трудности дифференциации пограничных состояний, Н. И. Фелинская (1976) отмечает, что в этом случае речь идет о той группе заболеваний, для которых в полной мере адекватен, с одной стороны, психопатологический анализ, а с другой — психологический подход.

Многофакторное и в то же время целостное понимание патогенеза неврозов в значительной степени определяет специфику клинического метода. В пограничной психиатрии клинический метод в большей мере, чем при других заболеваниях, органически включает в себя клинико-психопатологический, клинико-психологический и клинико-социальный подходы. Убедительная диагностика неврозов, отграничение их от сходной патологии, изучение динамики болезни должны всегда предусматривать три основных критерия: выраженность и своеобразие клинических проявлений, структуру и особенности личности больного и тип патогенной конфликтной ситуации. При подобном подходе клинические проявления невроза изучаются

конкретно у определенной личности, а патогенная конфликтная ситуация рассматривается как непосредственная причина невроза, обуславливающая определенную клиническую картину (с учетом биологического фона, условий, в которых действует причинный фактор, и других патопластических моментов).

[Яндекс.Директ](#)

 [Семейная клиника «Rehab Family»](#) Лечение неврозов. Клиника психического и лечения зависимостей. [О клинике](#) [Наши специалисты](#) [пациентов](#) [Контакты rehabclinic.ru](#) Есть противопоказания. Посоветуйтесь с врачом.

Важнейшее значение в патогенетической и дифференциальной диагностике неврозов принадлежит клинико психопатологическому методу. Это необходимо особенно подчеркнуть, так как диагностическая и лечебная помощь больным неврозами часто оказывается не только психиатрами, но и врачами других специальностей, не имеющими достаточной подготовки по психопатологии и нередко демонстрирующими пренебрежительное отношение к психопатологическому исследованию.

В разделе «Психиатрический диагноз» «Справочника по психиатрии» (1985) А. В. Снежневский пишет: «Прогресс биологических исследований субстрата психических болезней с целью раскрытия их этиологии и патогенеза зависит от дальнейшего развития клинического метода».

В специальной работе, посвященной клиническому методу, Г. К. Ушаков (1975) подчеркивает, что современный клинико-психопатологический метод не ограничивается описанием симптомов и синдромов, а включает в себя сравнение, сопоставление, установление отличий, идентификации, выяснение закономерностей последовательности формирования и смены симптомов, синдромов, этапов, клинических вариантов болезни и особенностей течения ее у разных лиц и на различных этапах болезни у одного и того же больного.

Такое понимание клинико-психопатологического метода особенно характерно для пограничной психиатрии и входящей в нее области неврозов

ввиду сложности клинических проявлений последних и трудностей дифференциации от других форм.

Наряду с клинико-психопатологическим обследованием больных столь же существенное значение при неврозах приобретает метод клинико-патогенетического анализа, разработанный В. Н. Мясищевым и его сотрудниками, основанный на тщательном анамнестическом изучении истории развития болезни в соотношении с историей развития личности больного, прежде всего с особенностями его эмоционального реагирования, спецификой формирования, структурой и функционированием его системы отношений. Материалом для патогенетического анализа являются сведения, полученные из анамнеза, а также в процессе психотерапии (метод изучения в процессе лечения).

При обследовании больного неврозом должно быть обращено внимание на наследственную отягощенность нервно-психическими и соматическими заболеваниями, особенности раннего детского развития, воспитание, психические травмы детского возраста, первые социальные контакты и характер их, особенности сексуального развития и степень нарушения сексуальных отношений, семью больного, микросоциальные контакты и степень их нарушения, образование и удовлетворенность им, трудовую деятельность до и после начала болезни, преморбидные черты характера и темперамента, перенесенные заболевания в различные возрастные периоды, характер патогенной ситуации, особенности течения невроза и др.

Необходимо подчеркнуть, что при изучении анамнеза больных неврозами важна не сама по себе констатация характера их основных жизненных ситуаций (семейной, бытовой, производственной, социальной), а степень удовлетворенности ими больного. Так, например, объективно вполне удовлетворительные жилищно-бытовые условия, материальная обеспеченность, социально-трудовое положение и др. в субъективном плане могут являться источником постоянной фрустрации для больного. Этим, разумеется, не преуменьшается реальная ценность и необходимость в каждом

случае заболевания неврозом дополнения так называемого субъективного анамнеза объективными сведениями о больном от родственников и знакомых, характеристиками с места работы, данными социального обследования, проводимого медицинскими работниками. Последние оказываются необходимыми для объективной характеристики системы личностных отношений больного и оценки степени нарушения наиболее значимых из них.

Существует еще один аспект проблемы объективного и субъективного в клинике неврозов, в частности в диагностической практике. Он связан с акцентированием внимания в психотерапевтической литературе последнего периода на роли анализа и контроля врачом своего отношения к пациенту в процессе лечения. Психоаналитиками эта проблема представлена в понятии «контрперенесения» с подчеркиванием в качестве ведущего момента в содержании эмоциональных реакций врача «активации чувств его раннего детского опыта».

Вопрос об эмоциональном отношении врача к больному, возможном влиянии собственных фрустраций врача, конфликтов или неразрешенных проблем на его диагностическое мышление в области неврозов также рассматривается в литературе. Не отрицая существования объективных факторов, позволяющих проводить в клинике пограничных состояний дифференциальную диагностику, Z. Sokolik, J. Malewski (1965) указывают на некоторые субъективные моменты, находящиеся в сфере взаимодействия врача с больным, по преимуществу неосознаваемого го характера, роль которых, однако, может быть существенной в ряде случаев. В качестве примера проводится тенденция к диагностике психопатии, а не невроза при отрицательном отношении врача к больному (спонтанному или под влиянием родственников, знакомых и сослуживцев). Можно было бы добавить, что подобным же образом иногда может диагностироваться истерия вместо, скажем, неврастении или другой формы невроза. Не преувеличивая значения указанных субъективных факторов, связанных с деятельностью врача, вместе

с тем необходимо иметь их в виду, особенно в широкой диагностической врачебной практике.

Клинико-патогенетический анализ при неврозах выступает в качестве основы для проведения позитивной диагностики невроза, выяснения этиологии и патогенеза заболевания в целом и ведущих его проявлений.

При наличии доминирующих в клинической картине синдромов существенное значение при патогенетическом анализе приобретает выяснение специфических особенностей механизмов системных соматических нарушений, расстройств сна, головной боли, профессиональных дискинезий и др., для чего врач, конечно, должен хорошо знать роль наиболее часто встречающихся этиологических и патогенетических факторов и условий развития отдельных синдромов.

Помимо беседы, при проведении клинико-патогенетического анализа полезными оказываются материалы автобиографий, которые больные пишут по просьбе врача и в которых они излагают особенности своего физического и психического развития, понимание истории своей жизни и происхождения заболевания. С этой же целью рекомендуется использовать в диагностической и психотерапевтической практике изучение дневников, ведущихся больными по рекомендации врача.

В связи с представлениями о первичных (способствующих возникновению) и вторичных (способствующих сохранению) механизмах развития неврозов [Карвасарский Б. Д., 1975] следует подчеркнуть важность психосоциального аспекта позитивной диагностики, отражающего настоящую жизненную ситуацию больного, взаимоотношения его с окружающими, их требования по отношению к больному, способы разрешения больным патогенной ситуации, характер используемых защитных психологических механизмов и др.

Исключительное значение при пограничных состояниях, в том числе при неврозах, приобретает клинико-катамнестическое исследование, позволяющее осуществлять динамическое изучение неврозов и других

пограничных расстройств. Катамнестические сведения обычно получают при повторных поступлениях больных в тот же стационар, на основании сведений из других стационаров, куда госпитализировались пациенты, при периодических амбулаторных консультациях больных, в том числе ранее обследовавшихся в клиниках; условно сюда же можно отнести данные, получаемые из писем больных и их родственников.

Опыт диагностической работы в области неврозов показывает, что в некоторых случаях убедительная диагностика и дифференциальная диагностика неврозов могут быть проведены лишь с учетом данных катамнестического наблюдения за больным.

Очевидно, с целью последовательной негативной диагностики с помощью клинических и лабораторных исследований должны быть исключены заболевания внутренних органов и нервной системы органической природы либо при наличии психогении должна быть уточнена их роль в общей структуре заболевания. Поэтому большое значение в клинике неврозов имеют тщательное общесоматическое и неврологическое обследование с проведением в необходимых случаях исследования глазного дна и полей зрения, ЭЭГ, обзорной рентгенографии черепа, исследование спинномозговой жидкости, проведение диэнцефальных проб и др. Если в клинической картине невроза ведущими являются системные соматические нарушения, обязательны консультация терапевта и проведение всех необходимых лабораторных анализов. В ряде случаев может возникнуть потребность в осуществлении специальных лабораторных исследований (например, электрокардиографии), определении показателей гемодинамики, фазового анализа и др. при сердечно-сосудистых заболеваниях, проведении методов интрагастрального определения основных функций желудка и других отделов пищеварительной системы при желудочно-кишечных расстройствах, пневмотахиметрии и спирографии у больных с дыхательными нарушениями, электромиографии при нервно-мышечных расстройствах (параличи, парезы,

профессиональные дискинезии), компьютерной томографии при подозрении на органическое поражение нервной системы и т. д.

Диагностическая ценность указанных физиологических исследований значительно повышается, если, помимо общепринятой методики их осуществления и анализа получаемых данных, они проводятся в психофизиологическом варианте, содержание которого описано ниже.

При осуществлении задач негативной диагностики с привлечением других специалистов врач должен предотвратить возникновение ситуации «медицинского лабиринта», когда больного психоневролог направляет на консультацию к терапевту, терапевт в свою очередь в клиническую лабораторию, рентгеновский кабинет, Затем к эндокринологу, последний вновь возвращает больного к терапевту и т. д. Помимо ятрогенного воздействия подобной ситуации, она удлиняет диагностический период и задерживает проведение лечебных мероприятий.

В заключение необходимо вновь подчеркнуть, что диагностический процесс при неврозах приобретает характер подлинно патогенетической диагностики лишь в том случае, если он учитывает не только внешние клинические проявления, но и внутренние закономерности их возникновения и развития, предоставляя возможно более полные данные о биогенетическом, психогенетическом и социогенетическом аспектах болезни. Только такая диагностика может обеспечить достаточно индивидуализированное использование адекватных указанным аспектам лечебных воздействий — биологической, психологической и социальной природы. Существенную помощь в ее проведении (в дополнение к клиническому методу) могут оказать психологические исследования.

Значение психологических методов в диагностике неврозов. В последние десятилетия по мере все большего осознания значения психологии для медицины резко возросло число психологических исследований в ряде теоретически и практически значимых областей современной медицины — в клинике нервно-психических, особенно психогенных, заболеваний, при

изучении психосоматических расстройств, в реабилитационной и психотерапевтической практике и др.

Основные требования были предъявлены к психологическому обследованию личности больных — наиболее сложному разделу медицинской психологии, разработка которого осуществлялась у нас длительное время главным образом на общенаучном, философско-методологическом уровне. Что же касается конкретной научной методологии, представляющей систему исследовательских принципов и методов, относящихся непосредственно к учению о личности и ее значении для медицины, то этот уровень разрабатывался явно недостаточно. Неизбежным результатом этого явилось увеличение числа разноплановых эмпирических материалов, получаемых в клинике с помощью различных психологических методик, число которых постоянно возрастает. Зачастую при проведении психологических исследований игнорируется важнейший принцип: метод должен быть подчинен решаемой задаче и теории, с позиции которой она решается [Платонов К. К., 1977].

С учетом этого принципа мы в течение более 20 последних лет осуществляли психологические исследования, направленные на разработку экспериментально-психологических методов, отбор и адаптацию зарубежных тестовых методов с созданием приемлемых вариантов, изучение возможностей их применения для патогенетической и дифференциальной диагностики неврозов. Экспериментально-психологические данные сопоставляли с результатами тщательного клинико-психологического обследования тех же больных. Результаты исследований вошли в монографии, сборники, материалы симпозиумов [Мясищев В. Н. и др., 1971; Карвасарский Б. Д., 1982, 1985, 1988, и др.].

В самом начале нашей работы мы столкнулись с точкой зрения, согласно которой применение экспериментально-психологических методов изучения личности для диагностики и дифференциальной диагностики неврозов (а именно этот аспект психологических исследований наиболее существен для

клиники неврозов) не является обязательным, а ценность результатов исследований нередко попросту оспаривалась. При этом ссылаются обычно на то, что все основные результаты в области изучения психологии больных неврозами и их психотерапии были получены с помощью одних лишь клинических методов — беседы и наблюдения. Эта точка зрения основана на том, что те проявления личности, представления о которых могут быть получены экспериментальными методами, доступны и для метода клинического. Клинический метод принципиально включает в себя то, что в своем развитии находит более, полное выражение в основных существующих в настоящее время методических подходах к экспериментальному изучению личности: в личностных опросниках, проективных приемах и даже в психофизиологических экспериментах, аналогом которых в клиническом методе является наблюдение за экспрессией человека.

Хотя из сказанного становится понятной неизбежная ограниченность каждого из экспериментальных подходов исследования личности в отдельности, выступающих для врача лишь в качестве важного дополнения к основному клиническому методу, интегрирующему в динамической взаимосвязи всю информацию о личности больного, в то же время нельзя не указать и на ряд их достоинств [Карвасарский Б. Д., Иовлев Б. В., 1971]. Наиболее существенные из них следующие: 1) изучение реакции личности проводится в контролируемых каждым экспериментатором условиях, что и является существенной характеристикой эксперимента, позволяющей при формальной классификации реакций обоснованно выделять воспроизводимые факты и сопоставлять данные, полученные в разных условиях и на разных обследуемых (вводя, в частности, принцип измерения); 2) заключение о личности, основывающееся на результатах, получаемых в эксперименте, может приобрести более объективный характер, так как переход от получаемых данных к заключению более строго контролируется со стороны других исследователей. Каждая достаточно разработанная методика включает в себя не только правила получения данных о личности, но и правила их

интерпретации, обеспечивающие надежную их воспроизводимость; 3) результаты изучения личности при учете первого и второго положений могут стать менее зависимыми от экспериментатора и не только от его опыта и квалификации, но и от весьма специфичной для этой области научных исследований зависимости интерпретации полученных данных от особенностей личности самого экспериментатора; 4) личность как наиболее сложное психическое образование характеризуется многочисленными признаками, научный анализ взаимосвязи которых в отличие от интуитивного может быть обеспечен лишь при использовании постоянно развивающейся техники ЭВМ. Именно эксперимент наилучшим образом удовлетворяет указанным тенденциям в изучении личности.

Необходимо также отметить, что экспериментальные методы исследования более приемлемы для передачи квалифицированного опыта одним специалистом другому. И, наконец, клиницист с их помощью может быстрее получить некоторые ориентировочные данные о личности.

Подчеркивая некоторые достоинства экспериментальных методов обследования личности (опросники ММРІ, Кеттела, Айзенка, проективные методики незаконченных предложений, фрустрационный тест Розенцвейга, тематический апперцептивный тест — ТАТ, метод Роршаха и др.)» следует указать и на их недостатки, которые являются поводом для справедливой критики.

При критике основных экспериментальных приемов исследования личности типа проективных и непроективных методов прежде всего обращают внимание на следующее: 1) теоретические позиции, послужившие основанием для разработки того или иного метода; 2) возможность с помощью этих приемов устанавливать окончательный клинический диагноз; 3) оценку достоверности данных, получаемых этими методами. В связи с истолкованием ответов возникают обычно такие вопросы: указывают ли ответы обследуемого на то, что он фактически делал, или на то, как он считает, как он должен был бы поступить, или, наконец, на то, как, по его мнению, он хотел бы поступить,

но чего на самом деле не сделал; 4) недостаток использования стандартизованных данных при оценке и обработке материалов исследования столь сложной психологической категории, как личность, психическая индивидуальность.

Внимательное изучение отечественной и зарубежной литературы по психологии [Кабанов М. М. и др., 1983; Freeman F. S., 1959; Anastasi A., 1982, и др.], а также обобщение нашего практического опыта использования экспериментально-психологических методов в клинике неврозов позволяют сделать следующие замечания, касающиеся каждого из отмеченных пунктов.

1. Действительно, с любым из методов, заимствованных из зарубежной психологии личности, связана определенная система интерпретации данных, зависящая от теории личности, которой придерживается автор. Поэтому при использовании любых экспериментальных данных, получаемых о личности больного неврозом, необходимо руководствоваться марксистской методологией, требующей, в частности, исследовать конкретного человека, живущего в определенных общественно-исторических условиях, состоящего в определенных общественных отношениях с другими людьми. Необходимо, однако, подчеркнуть, что психолог может выбрать соответствующий его теоретическим представлениям план анализа и интерпретации данных, полученных, например, с помощью проективных методов, даже в том случае, если авторы руководствовались при их создании психоаналитическими принципами, так как сами по себе эти методы позволяют получить сведения от обследуемого и отметить его реакции, связанные с действием объективных раздражителей.

2. Применение этих методов вовсе не преследует цели заменить врача и методы клинической диагностики. Если эти методы одновременно с другими, направленными на изучение личности, умело используют специалисты, имеющие клинический опыт, они могут получить ценные ориентировочные сведения. Все ответы должны анализироваться с учетом индивидуального опыта человека, зависящего от пола, возраста, уровня интеллекта, с учетом

общественно-политических условий страны, в которой живет испытуемый.

3. Эти методы являются преимущественно эвристическими. Они позволяют представить, как обследуемый, вероятно, действовал бы при подобных обстоятельствах, или то, чего от него можно было бы ожидать (это он знает или так думает) в таких ситуациях. Используя такую гипотезу, психолог может проверить ее другими методами клинического и экспериментально-психологического исследования.

Существенным недостатком проективных методик, таких, например, как ТАТ, является то, что существующий уровень техники интерпретации еще не обеспечивает достаточной надежности заключения и его полной независимости от экспериментатора. Это, безусловно, не исключает того, что данные, сообщаемые опытным психологом и нередко аргументированные интуитивным опытом, могут быть чрезвычайно полезными клиницисту в его работе с больным. Однако ценность таких заключений резко падает при попытке использования их в научных целях.

4. Порядок проведения эксперимента с помощью методов типа опросников совершенно не зависит на каждом своем этапе от предшествующих реакций личности. В личностных опросниках каждый последующий вопрос жестко фиксирован и не связан с ответами обследуемого на предшествующие вопросы. Это приводит к недостаточной целенаправленности опроса и тем самым к потере информации о личности обследуемых больных. Подобный характер всех известных нам стандартизованных методов экспериментального исследования личности (поскольку в них отсутствует управление экспериментом в зависимости от поведения обследуемого, т. е. обратная связь в системе экспериментатор—обследуемый) является вынужденным. В противном случае из-за чрезвычайной сложности описания правил проведения такого эксперимента реализация его стала бы практически невозможной.

Перспективы преодоления этих трудностей связаны с переходом к новой исследовательской схеме (включающей в себя ЭВМ), программирующей эксперимент в зависимости от поведения больного.

По сравнению с другими областями медицинской практики в области неврозов и иных пограничных состояний применение методов психологического исследования наиболее актуально, а сотрудничество врача и психолога может быть особенно плодотворным. 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 в связи с нарушениями системы жизненных отношений больного, 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, их дифференциальной диагностике, но и способствует более глубокому раскрытию сущности болезненного состояния и его патогенеза, содействуя рациональному выбору психотерапевтических и психокорректирующих воздействий.

Если общей целью использования психологических методов в клинике неврозов является содействие позитивной диагностике невроза, заключающейся в установлении этиологической и патогенетической связи между клинической картиной болезни, ситуацией и личностью, то более схематично задачи психологического исследования могут быть представлены следующим образом: 1) изучение особенностей личности больного и прежде всего системы его жизненных отношений; 2) выявление зоны психотравмирующих переживаний и сущности невротического психологического конфликта; 3) характеристика основных психических процессов (мышления, памяти и др.) и состояний (тревоги, депрессии и др.);

4) оценка динамики невротических расстройств и учет, эффективности лечения; 5) прогнозирование эффективности психотерапии и в целом лечения.

Указанное разделение задач, конечно, является условным, что становится особенно очевидным при постановке вопросов дифференциальной диагностики невротозов с другими нервно-психическими заболеваниями.

В отечественных и зарубежных руководствах по психологическим методам приводятся десятки различных стандартизованных и нестандартизованных психологических приемов, которые могут быть использованы при решении указанных выше задач [Рубинштейн С. Я., 1980; Карвасарский Б. Д., 1982; Кабанов М. М. и др., 1983; Блейхер В. М., Крук И. В., 1986; Зейгарник Б. В., 1986; Бурлачук Л. Ф., 1988, и др.].

В данном разделе рассматриваются главным образом те методы, ценность которых при исследовании невротозов была подтверждена подытоженным контрольным опытом наших сотрудников и психологов, работавших в клинике. К числу этих методов относятся прежде всего проективные методы: незаконченных предложений, фрустрацион-ный тест Розенцвейга, ТАТ и др.

Как было показано в работах наших сотрудников [Винкшна И. А., 1974, и др.], с помощью метода незаконченных предложений в относительно короткие сроки могут быть получены достаточно убедительные представления о системе отношений личности. Качественный анализ проективного материала представляет интерес для врача в его повседневной психотерапевтической (в особенности амбулаторной) практике, позволяя осветить значительно ярче и полнее общую картину нарушения отношений личности, жизненных установок, тенденций больных невротозами.

Метод для исследования фрустрации, или «метод рисуночной ассоциации» Розенцвейга, был адаптирован и модифицирован нашей сотрудницей Н. В. Тарабриной (1973).

Профиль фрустрационных реакций больных невротозами по большинству показателей достоверно отличается от группы здоровых людей. Это касается

прежде всего показателя экстрапунитивности, который значительно выше у больных неврозами, что может свидетельствовать о высокой требовательности к своему социальному окружению, склонности воспринимать трудности не в качестве задачи, требующей разрешения, а как угрозу для своей личности. Показатель степени социальной адаптации (GCR) достоверно ниже у больных неврозами.

Характерен профиль фрустрационных реакций у больных истерией. В показателях фрустрации обращают на себя внимание особенно высокие значения экстрапунитивного направления реакций и типа реакций с «фиксацией на препятствии», что отличает их не только от здоровых людей, но и от больных с другими формами неврозов. Тенденция давать с повышенной частотой экстрапунитивные реакции во фрустрационных ситуациях вполне согласуется с типичным для больных истерией превышением требовательности к окружающим над требовательностью к себе. Это же отражается и в присутствии истерического типа реагирования (высокий показатель реакции с «фиксацией на препятствии»), т. е. всякий фрустратор приковывает внимание больного, становясь источником переживаний.

Реакции на фрустратор чаще всего выражаются в форме подчеркивания степени фрустрации.

Профиль фрустрационных реакций больных неврозом навязчивых состояний [Винкшна И. А., 1974] по некоторым показателям достоверно отличается от профиля больных истерией и неврастенией. У больных неврозом навязчивых состояний достоверно ниже показатель экстрапунитивного и достоверно выше показатель интро-пунитивного направления реакций, во фрустрирующей ситуации порицание, осуждение направлено против себя самого, доминирует чувство собственной неполноценности, больной ищет в самом себе источник фрустрации.

Профиль фрустрационных реакций больных неврастенией занимает промежуточное положение между истерией и неврозом навязчивых состояний.

К группе проективных методов относится также ТАТ, который содержит 29 картин, представляемых в эксперименте последовательно по 10 в каждом из двух сеансов обследования. Обследуемому предлагают составить рассказ по каждой картине. Сюжет картин эмоционально насыщен, вместе с тем содержание их неопределенно, а некоторых — противоречиво, что дает большую свободу воображению и интерпретации.

Как указывают Б. В. Зейгарник и соавт. (1972), ТАТ может применяться для выяснения тех особенностей личности, которые проявляются в социальной среде и социальных отношениях. Тест может также решать и такие задачи, как выяснение различных сфер или уровней сознания: осознанное — неосознанное, открытое — скрытое, вытесняемое — замещаемое и т. д.

На протяжении ряда лет в нашей клинике И. Н. Гиль-яшевой (1974) изучались возможности применения ТАТ с диагностической целью. Сопоставление результатов эксперимента с анализом жизни больного показывает, что больной, создавая рассказ по картине, стараясь осмыслить и интерпретировать ее содержание, невольно обращается к своему прошлому опыту, раскрывает свои переживания, взаимоотношения с людьми; при этом он часто отождествляет одного из персонажей картины с собой, приписывает ему свои собственные нужды, проблемы и способы реакций, а ситуацию, изображенную на картине, отождествляет с собственной ситуацией. Эта субъективность восприятия наблюдается в особенно яркой степени у больных неврозами и может способствовать выявлению психогенетических моментов, важных для понимания возникновения и структуры невроза. Частота возвращения к одним и тем же темам, значение их в сюжете, характер самого изложения помогают определить степень значимости отдельных факторов в свете личностных отношений больного.

В работе И. Н. Гильяшевой, Л. Ф. Бурлачука (1974), Е. Т. Соколовой (1980) развивается понятие проекции как субъективного момента психической деятельности, как проявление в перцептивном действии личностного отношения человека, «всей многообразной жизни личности» [Рубинштейн С.

Л., 1946]. Как отмечает Е. Т. Соколова, неопределенность предъявляемых в ТАТ изображений, создавая возможность их неоднозначной интерпретации, отражает динамику «смысла» и «значения», причем при неврозах на первый план может выступать «смысловая смещенность» как отражение измененных жизненных отношений больного. Вместе с тем справедливо замечание В. Э. Реньге (1976), что одна лишь констатация факта личностной обусловленности восприятия не раскрывает возможности его использования в исследованиях личности. Было бы неправильным всю сложность процесса, в котором открывается возможность получения данных о личности с помощью проективных методов, сводить к частному явлению проекции. Автор предостерегает от подмены анализа всей деятельности субъекта анализом одного лишь процесса восприятия.

Известно, что дифференциация неврозов и инициальных форм вялотекущей шизофрении особенно трудна, так как при последних личность длительное время может оставаться относительно сохранной. И. Н. Гильяшевой (1974, 1976) показано, что для больных невротами характерно переживание ими особой интимности обследования по ТАТ, обычно связанное с произвольной идентификацией с героями составленных больными рассказов, которые отражают конфликты и значимые для них ситуации и отношения. Этого переживания интимности нет у больных шизофренией с изменениями эмоциональности и личностного отношения. Если у больных невротами иногда отмечается сопротивление обследованию методикой ТАТ, связанное с указанным переживанием интимности, то у больных шизофренией обнаруживаемый в ряде случаев негативизм носит иной характер.

Другими существенными признаками, по которым различаются больные, являются степень и особенности идентификации. При высокой идентификации характеристики героев разных историй, даваемые больными невротами, носят единые, общие черты, отражающие особенности личности самого обследуемого. Различия поведения героев в разных ситуациях

характеризуют при этом различия в системах отношений обследуемого, не нарушая целостного представления о его личности. В историях больных шизофренией степень идентификации, как правило, значительно меньше, характеры героев беднее, они менее выразительны и по ним труднее определить специфические личностные черты.

Глубина и степень идентификации и проекции определяют еще одно существенное различие. Если у больного неврозом особенности его отношений, мотиваций, конфликтов, значимых проблем являются той силой, которая определяет сюжет историй как бы изнутри, идет от личности больного и его психогенеза, то у больного шизофренией формальность подхода может выражаться в том, что сюжеты рассказов в большей мере определяются внешними стимулами — деталями самой картины.

Выводы, вытекающие из исследований, проведенных И. Н. Гильяшевой, подтверждаются и другими авторами. Так, Т. Н. Бояршинова (1975) указывает на следующие особенности выполнения методики ТАТ больными вялотекущей шизофренией: 1) описание судьбы героев осуществляется в масштабе общенародных, общегосударственных событий и явлений; больные оперируют в основном готовыми и крайне широкими категориями; 2) использование в сюжете подробностей, не несущих никакой смысловой нагрузки; 3) построение рассказа на од-ной-двух картинах без учета всего остального. Представляют интерес некоторые отмеченные автором частные особенности, выявляющиеся при описании картин. Значительно большее место занимает разработка прошлого, реже — настоящего при почти полном отсутствии разработки будущего. Характерны нечувствительность к противоречиям в сюжете, включение большого числа речевых штампов (газетного, литературного) и др.

В заключение следует подчеркнуть, что материалы, полученные с помощью метода ТАТ, во всех случаях нуждаются в проверке путем сопоставления с имеющимися сведениями о больном, анамнезом его жизни и болезни, результатами других методов и заключительной беседы с больным,

позволяющей синтезировать всю совокупность клинических и экспериментальных данных о больном.

Одним из наиболее известных проективных методов является метод Роршаха. Он был предложен в 1921 г. швейцарским психиатром Н. Rorschach и состоит из стандартного набора «чернильных» симметричных пятен. Тест используется для диагностики психических свойств и качеств личности. В работах самого Н. Rorschach (1983), а также Е. Bohm (1967, 1985) и других авторов делались попытки использовать метод для диагностики неврозов и их отдельных форм. Назвать их достаточно удачными трудно, что может быть объяснено различными причинами. С одной стороны, отсутствием строгой теории метода— теории соотношения между личностными особенностями и особенностями высказываний по предлагаемым картам; с другой стороны, различиями в классификационных делениях неврозов и в связи с этим трудностями сопоставления полученных в экспериментах результатов. В отечественной литературе специальные исследования больных неврозами с помощью метода Роршаха практически отсутствуют. На данном этапе развития метод требует по сравнению с другими проективными тестами хорошей подготовки (обычно многолетней) исследователя, его опытности и даже таланта, что также объясняет относительно ограниченный характер его применения в клинике неврозов, где хорошо зарекомендовали себя другие, менее сложные проективные методы.

В более поздних работах для характеристики отношений больных неврозами используются и другие методы с различной степенью проективности: методика для определения дистанции межличностного общения [Соложенкин В. В., 1980], различные варианты семантического дифференциала [Исурина Г. Л., 1984], цветовой тест отношений [Эткинд А. М., 1985] и др. Цветовой тест отношений предназначен для изучения эмоциональных компонентов отношений человека. Методической основой теста является цветоассоциативный эксперимент. Он базируется на предположении о том, что существенные характеристики невербальных

компонентов отношений к значимым другим и к самому себе отражаются в цветовых ассоциациях к ним. С помощью теста можно выявлять достаточно глубокие, частично неосознаваемые компоненты отношений, минуя при этом искажающие, защитные механизмы вербальной системы сознания.

Существуют десятки других проективных методов, которые при условии хорошего владения ими могут быть полезными в диагностической работе при неврозах. Это проективные рисунки, которые делятся на тематические и атематические; проективные приемы, предусматривающие использование музыки; некоторые другие, помимо метода незаконченных предложений, тесты вербальных завершений (проективные опросники, завершение повествований) и т. д.

В то время как проективные методы дают возможность изучать личность в целом с точки зрения ее своеобразия — исследовать мотивы, тенденции, особенности отношений к различным сторонам действительности и др., личностные опросники, относящиеся к непроективным методам, позволяют изучать личность лишь сегментарно. В настоящее время существует большое количество личностных опросников, предназначенных как для исследования одновременно многих сторон личности, так и для изучения отдельных ее свойств и проявлений. Каждый из них представляет собой стандартизованную анкету, состоящую из ряда предложений, с содержанием которых обследуемый может согласиться или не согласиться. Чаще всего они сформулированы таким образом, чтобы обследуемый, отвечая на них, сообщил экспериментатору о своем самочувствии, о типичных вариантах поведения в различных ситуациях, оценивая личность с различных точек зрения, освещая особенности своих взаимоотношений с окружающими и т. д.

Наиболее распространенным в настоящее время является Миннесотский многопрофильный личностный опросник (ММРІ). Имеется несколько адаптированных вариантов этого опросника в нашей стране [Собчик Л. Н., 1971; Березин Ф. Б. и др., 1976, и др.].

Наш сотрудник И. А. Винкшна (1974) с помощью ММРІ определял характерологические особенности больных неврозами. Показатели шкал ММРІ оказались в группе неврозов значительно выше, чем у здоровых: другими словами, невротическая личность по этой методике характеризуется в целом более высоким профилем ММРІ. Однако статистически достоверных различий между показателями шкал ММРІ у больных, страдающих различными формами неврозов, не отмечено, что не противоречит литературным данным. Основным достоинством методики является не столько дифференциальная диагностика форм неврозов, сколько возможность получить известное представление о структуре характерологических особенностей больного, соотношении в ней различных личностных свойств.

Об этом свидетельствуют также данные Ю. Я. Тупицына (1973), установившего на репрезентативной выборке из 90 больных истерическим неврозом отсутствие однообразно-единого профиля ММРІ, что, по его мнению, объясняется не только возможностями самого метода, но и принципиальной неверностью подхода к рассмотрению истерического характера как статичной, жестко детерминированной структуры, определяющейся только так называемыми ядерными чертами.

В ряде работ наших сотрудников [Котяева Т. В. и др., 1971; Малкова Л. Д., 1977, и др.], а также сотрудников лаборатории медицинской психологии Института им. В. М. Бехтерева были сделаны попытки создания ряда новых шкал ММРІ для решения диагностических и дифференциально-диагностических задач в клинике неврозов. Так, Н. Б. Ласко (1978) разработана методика для определения уровня невротизации и психопатизации. Особенностью ее является то, что для составивших шкалу признаков с помощью последовательной статистической процедуры установлена диагностическая ценность каждого из них.

Использование ММРІ для дифференциальной диагностики неврозов и неврозоподобных вариантов вялотекущей шизофрении, по нашим данным, неэффективно, что совпадает с результатами, полученными И. Г. Бес-палько,

И. Н. Гильяшевой (1971) и В. М. Воловиком (1972). В. М. Воловик указывает, что по большинству шкал ММРІ отмечено почти полное совпадение показателей у больных неврозами и вялотекущей шизофренией. Представляет интерес, что повышенными у больных шизофренией оказались оценки всех 5 дополнительных шкал ММРІ, характеризующих депрессию (41, 42, 51, 53, 56), что, по мнению автора, отражает более глубокую реакцию этих больных на происходящий «слом».

Использование методики Айзенка, получившей столь широкую известность, оказалось полезным в нашем опыте лишь при сопоставлении психологических личностных характеристик с биологическими (физиологическими, биохимическими) показателями [Карвасарский Б. Д. и др., 1971, и др.].

Для определения степени осознания больным неврозом психологических механизмов своего заболевания может быть использована методика, разработанная в Институте психиатрии и неврологии в Варшаве и адаптированная в нашей клинике [Кайдановская Е. В., 1987].

Из немногих отечественных личностных опросников наибольший интерес представляет патохарактерологический диагностический опросник А. Е. Личко (1976), предназначенный для выявления типов акцентуации характера у подростков. В нашем отделении Г. Л. Исуриной (1976) установлена возможность использования этого опросника для определения акцентуаций характера, нередко имеющих у больных неврозами.

В ГДР для установления уровня невротизации широкое распространение получил опросник, предложенный К. Нокк, Н. Несс (1975). Другой методикой, также разработанной в ГДР [Hansgen K., 1982] и примененной в нашей клинике [Бакирова Г. Х. и др., 1985], является тест БВНК-300. Опросник может быть использован для диагностического разграничения здоровых и больных неврозами, определения уровня невротических расстройств, их классификации и в качестве многопараметрового критерия эффективности психотерапии при неврозах.

В ряде работ последних лет установлены искажения личностных характеристик больных, получаемых с помощью одних лишь опросников. Больные невротиками при ответах на вопросы склонны описывать не их действительный тип реакций, а тот образ поведения, который они считают для себя положительным (о чем уже говорилось выше). Относительно меньшая ценность личностных опросников для клиники неврозов и иных пограничных состояний сравнительно с другими психологическими методами определяется прежде всего тем, что в основу оценки личности в этом случае кладутся данные самооценки.

Личностные опросники имеют определенное значение при экспресс-диагностике и при массовых исследованиях, предполагающих использование экономичных приемов. Сами по себе эти методы, естественно, оказываются недостаточными при изучении индивидуальных случаев, особенно с учетом той степени глубины характеристики личности, которая необходима в клинике неврозов.

Указанные недостатки личностных опросников, построенных на самооценке, едва ли могут быть преодолены стремлением к усовершенствованию их путем использования «второго поколения» математических методов в психологии и принципов медицинской вычислительной диагностики, хотя, разумеется, замена опросников, построенных на основе равенства всех вопросов по отношению к исследуемому качеству, методами, где каждый вопрос-признак имеет определенную диагностическую ценность, позволит существенно повысить их дифференцирующую способность.

Для исследования познавательной деятельности больных невротиками в целях их диагностики и дифференциальной диагностики может быть использована методика Векслера. Последний усовершенствованный вариант был создан D. Wechsler в 1955 г. Изучению особенностей интеллектуальной деятельности больных невротиками, а также использованию их в диагностических целях были посвящены исследования Р. О. Серебряковой

(1972) и И. Н. Гильяшевой (1974). Невербальные задания все больные неврозами, кроме больных неврастенией, выполняют значительно хуже, чем вербальные. Относительную трудность для всех больных неврозами представляют задания «арифметическое», «повторение цифр» и особенно «шифровка», требующие высокой концентрации внимания, собранности, а «шифровка», кроме того, и значительной моторной активности. Результаты у больных неврозами по последнему заданию оказались ниже результатов всех других субтестов и результатов нормы. Значительную трудность для всех групп больных неврозами представляет также задание «расположение картинок» (последовательность событий в житейских ситуациях), социальное и личностно-значимое содержание которого может задевать переживания и конфликтные отношения больных, о чем свидетельствует явно проективный характер многих ответов, полученных по этому заданию.

Затруднения в выборе решения и переходе к действию характерны для больных неврозом навязчивых состояний на психастеническом фоне, трудности в вербализации на абстрактно-логическом уровне — для больных истерией. Специфическую трудность для больных неврастенией представляют задания, требующие концентрации и значительного объема внимания.

И. Н. Гильяшевой (1974) были обследованы больные неврозами и неврозоподобной формой вялотекущей шизофрении (включая инициальные состояния), представляющими существенные трудности для дифференциальной диагностики. Для определения диагностической значимости отдельных признаков, ранжирования их по ценности и формулирования решающего правила был использован метод неоднородного последовательного статистического анализа. На этой основе были отобраны 7 наиболее ценных признаков, которые использовались для составления диагностической таблицы. Из них самыми информативными оказались субтестовая оценка, равная 6-шкальным единицам или ниже; разность между

вербальной и невербальной итоговыми оценками, равная 15-шкальным единицам или больше, при одной из итоговых ниже уровня средней нормы (IQ

В медицинской психологии для изучения познавательной деятельности (памяти, мышления, восприятия) больных с различными нервно-психическими заболеваниями, в том числе неврозами, для их дифференциальной диагностики с шизофренией и органическими заболеваниями головного мозга ведущая роль отводится так называемым патопсихологическим методам, обычно в не-стандартизованном варианте. В частности, для исследования нарушений мышления пользуются методами: «классификация предметных картинок», «исключение предметов», «исключение понятий», наборами пословиц и др. Расстройства внимания и памяти исследуют 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. д.