

Практические задания
Практикум по патопсихологической и
нейропсихологической диагностике

Составитель – клинический психолог,
канд. мед. наук **Н.Д. Узлов**

Модуль 1. Патофизиологическое обследование психически больных

Задача 1. Больной Павел С., 57 лет, инженер.

Поступил в стационар на обследование с целью решения вопроса о направлении на МСЭ с жалобами на сниженное настроение, упадок сил, повышенную утомляемость, забывчивость, рассеянность, расстройство сна. Ранее был активным, стеничным человеком, хорошо справлялся с производственными заданиями, пользовался авторитетом у коллег и начальства. Однако последнее время стал совершать много мелких технических ошибок в выполнении расчетов и замерах приборов, получал взыскания, из-за чего расстраивался, сильно переживал. В течение года неоднократно находился на больничном листе у терапевта и невропатолога. В анамнезе – в 45 лет черепно-мозговая травма с потерей сознания (попал в автокатастрофу), страдает гипертонической болезнью II Б стадии, неоднократно наблюдались гипертонические кризы (АД до 200/120), после одного из которых отмечалось преходящее расстройство мозгового кровообращения (терялась речь, отмечались парестезии в верхних конечностях), полностью восстановился в течение 2 недель. Лечился в неврологическом отделении, проводилась интенсивная сосудистая терапия.

Медицинский психолог при работе с больным использовал пробы Крепелина (отсчитывание) и таблицы Шульте.

Были получены следующие ряды чисел :

100-7..93...85....78..71....63....56...48.....41.....33..26..18...12.5

**200-13....187.....173...160.....147.....136...123.110.....97...84.....
71...60...47.....34.....21.....7**

Цифровые показатели поисков чисел в таблице Шульте (в сек.):

59, 65, 70, 88, 112

Вопросы:

1. О расстройствах каких когнитивных функций предположительно свидетельствуют сделанные пациентом ошибки в пробах Крепелина?
2. Рассчитайте показатели эффективности работы (ЭР), степени вработываемости (ВР), психической устойчивости (ПУ) больного (пробы Шульте).
3. Охарактеризуйте в целом в 2-3 предложениях умственную работоспособность больного.

Задача 2. Больная Анна К., 34 лет, служащая в торговом офисе.

Поступила впервые в психиатрическое отделение в состоянии психомоторного возбуждения и спутанного сознания. Проснулась среди ночи внезапно, начала кричать, что в квартиру проникли бандиты, хотят ее убить, слышала их голоса, была дезориентирована, не узнавала родственников, пыталась спрятаться в стенном шкафу. В стационаре вела себя настороженно, озиралась по сторонам, продолжала слышать голоса, но уже в своей голове, утверждала, что ее мысли читают, что она подключена к суперкомпьютеру, с помощью которого преступники должны совершить «ужасное преступление», угрожающее жизни всего человечества, а она была выбрана этим компьютером «методом случайных чисел», и ей передан специальный код для доступа к «секретной генетической информации». Спустя две недели острая психопатологическая симптоматика была купирована и больная была направлена к психологу для патопсихологического исследования.

Из анамнеза известно, что пациентка недавно развелась с мужем из-за конфликтов в семье: «он меня не слушает, не понимает, за дурочку держит», имеет двоих детей школьного возраста, которые в настоящее время проживают у бабушки. Наследственность отягощена: брат по линии матери страдал шизофренией, закончил жизнь самоубийством.

Медицинский психолог в работе с пациенткой начал исследование с процессов мышления. Была использована методика «классификация предметов». Испытуемая охотно вступила в контакт и с интересом отнеслась к заданию.

Больная, наряду с выделением обобщенных групп «животные», «люди», «посуда», «овощи и фрукты», «инструменты», объединила в особую категорию «гуся», «кита», «пароход», «моряка», объяснив, что «все они плавают». Другую группу составили «голубь», «роза» и «солнце», как «символы человеческой любви и счастья». Третью группу составили «рыба», «стол», «кастрюля», «лук», «секундомер»: «Рыбу сначала на столе разделяют, кладут в кастрюлю, добавляют лук и специи, варят уху, нужно засесть время для этого, дождаться, когда вола закипит...».

Вопросы:

1. О каком психическом расстройстве может идти речь? Укажите основной психопатологический синдром, который имел место у пациентки в первые дни пребывания в стационаре?
2. К какому типу нарушений мышления по классификации Б.В.Зейгарник можно отнести выявленные с помощью методики классификации предметов обобщения?
3. Какие другие три методики Вы бы применили, чтобы подтвердить предположение о выявленных у больного расстройствах мышления?

Задача 3. Андрей М., 18 лет, не учится и не работает.

Единственный ребенок в семье. Рос болезненным, худым, нескладным. В детсаду любил забирать игрушки у детей и играть один. Рано научился читать, увлекается фантастикой, жизнью насекомых. У него имеется довольно обширная коллекция заспиртованных гусениц, на стенке прилеплено два десятка кузнечиков и саранчи. С близкими холоден, со сверстниками держит дистанцию. Терпеть не может различного рода сборищ, тусовок, когда к родителям приходят соседи или гости, всегда запирается в своей комнате или демонстративно уходит из дома. Спиртное не интересует, хотя несколько раз пробовал. Опьянение было странным – сначала подъем, прилив сил и энергии, затем охватила лютая злоба и ненависть. Хотелось сделать что-нибудь такое, чтобы всем запомнилось, было круто. Сжимал в кармане рукоятку ножа, хотелось вонзить его в «жирную свинью» - пахана, который верховодит подростками в округе, и который нередко его унижал прилюдно, называя слабаком и ботаником. Представлял, как он всадит в его шею нож, как брызнет кровь из сонной артерии, а он хладнокровно оботрет нож об штаны и уйдет гордо, окинув презрительным взглядом застывшую от ужаса дворовую шпану. Его даже не беспокоило то, что его арестуют и осудят: «Достоевского читали? Кто я – тварь дрожащая или право имею?». Среди его кумиров норвежский террорист Брейвик, совершивший массовый расстрел в 2011 году. В психиатрическую больницу поступил на судебно-психиатрическую экспертизу: совершил развратные действия в отношении 9-летней девочки: заставлял ее разглядывать и прикасаться к его половому члену.

В беседе держится формально, холодно, на вопросы отвечает односложно. Взгляд тяжелый, на лице презрительная ухмылка. Цитирует фразы из Ф.Ницше «Как говорил Заратустра»: «Вам с вашим ограниченным умом никогда не понять высших помыслов человека». Окружающие не достойны его внимания. Себя считает здоровым и полноценным во всех отношениях человеком: «Я по жизни – одинокий волк, а волки считаются лучшими санитарами леса. Они убивают

больных и слабых». Врачи ничего не понимают, он не сделал ничего такого, чтобы его держать в психбольнице.

Результаты обследования по ПДО: диагностируется шизо-эпилептоидный тип; конформность низкая (K=1); демонстрирует негативное отношение к исследованию; психологическая склонность к делинквентности d=3; реакция эмансипации резко выражена (E=7).

Профиль ММРІ (в Т-баллах): шкалы: L= 51, F= 59, K= 57, 1= 54, 2 = 63, 3 = 66, 4 =92, 5 = 40, 6 = 68, 7 = 71, 8 = 89, 9 = 39, 0 = 72, доминирующий код 48 (проинтерпретировать).

Вопросы:

1. Обоснуйте, предположительно какой личностный психотип определяется у Андрея?
2. С какими расстройствами личности по МКБ-10 или психическими заболеваниями Вы стали бы проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие еще психодиагностические методики Вы бы применили в первую очередь для уточнения диагноза? Укажите 3 из них и приведите обоснование их выбора.

Задача 4. Константин П., 36 лет, адвокат.

Всегда был чувствителен к погоде, ощущал перемену за 2-3 дня, давал шуточные, но очень точные прогнозы и угадывал. Со сменой погоды менялось и настроение: от радости к унынию: от тоски к бешеным вспышкам активности.

Из анамнеза: Из интеллигентной семьи: отец – юрисконсульт на крупном предприятии, мать – преподаватель вуза, оба – кандидаты наук. Рос здоровым, редко болел, учился неплохо, быстро схватывал все на лету, в юности писал стихи, короткие рассказы, печатался в газетах. Пошел по стопам отца, поступив на юридический факультет. В университете то блистал на экзаменах, ораторствовал, подражая А.Ф.Кони (проштудировал его сочинения в 8 томах), то переставал ходить на занятия – забрасывал учебу настолько, что была угроза исключения из университета. Однако умудрялся каким-то образом в считанные дни и часы сдать долги, выходил в сессию и сдавал большинство предметов на «отлично» на зависть отличникам и зубрилам.

После окончания университета по протекции отца устроился помощником судьи. С трудом проработал два года, имел множество нареканий из-за неорганизованности, по ведению документации: записи делал где попало: на листах, вырванных из записной книжки, обрывках газет, коробках из-под сигарет. Однако после сделанных замечаний очень быстро приводил все в порядок, хотя и ненадолго. В последующем сдал квалификационный экзамен на адвоката и стал

работать по данной специальности. Довольно быстро обзавелся клиентурой и стал неплохо зарабатывать.

Женат, детей нет. Супруга оказалась терпеливой, первые годы совместной жизни прощала ему «закидоны» и «странности», и в глубине души считала его талантливым человеком, едва ли не гением.

Весной у Константина произошел серьезный срыв. Подъем настроения начался еще в середине февраля. Почти перестал спать, но не уставал, все, что планировал – получалось. Казалось, что удача сама идет к нему в руки.

Его направили в район, где ему предстояло выступить защитником по уголовному делу, связанному с убийством. Сослуживцы Константина считали это дело заведомо проигранным. Но он выиграл процесс. Нашлись нужные доказательства и свидетели невинности подзащитного. А речь адвоката была настолько блестящей и аргументированной, что судья и прокурор только развели руками. При этом они сделали вид, что не очень замечают помятую одежду адвоката, его обильную жестикуляцию и опухшее лицо, свидетельствующее о предшествующих алкогольных возлияниях. Константин прожил в гостинице неделю. Все эти дни он ни разу не сомкнул глаз. Его видели то в баре, то ночном ресторане, то в компании девиц легкого поведения или бомжей.

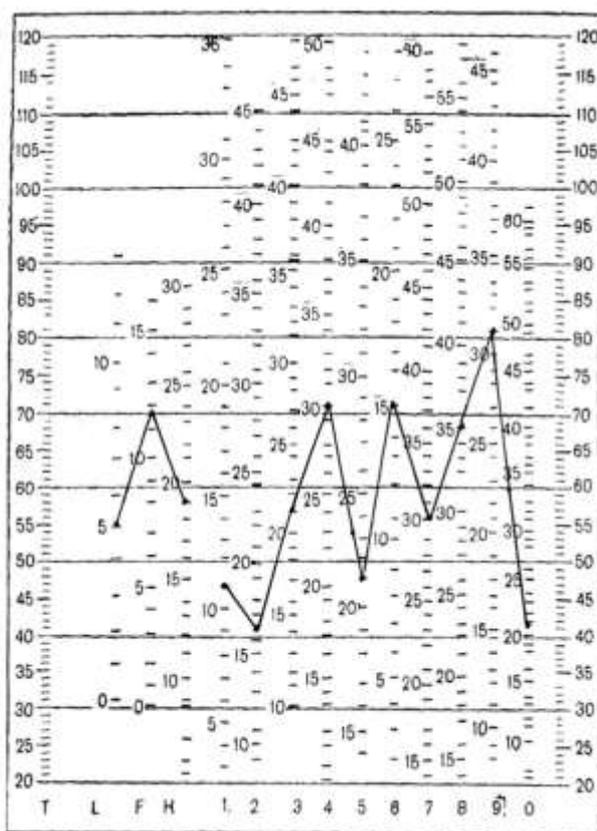
Вернулся домой возбужденный, беспокойный, постоянно что-то говорил, при этом, не закончив одной фразы, начинал другую, был неусидчив, отвлекаем, себя называл «вершителем судеб» и «богоизбранным адвокатом». В связи с неадекватным поведением в психотическом состоянии был госпитализирован в психиатрическое отделение.

В стационаре первое время был возбужден, фон настроения повышен, задавал колкие вопросы, обвинял врачей в некомпетентности, рассказывал скабрезные анекдоты, предлагал медсестрам вступить с ним в половой контакт, чтобы они могли почувствовать на себе его «могучую мужскую силу». Организовывал вокруг себя больных, диктовал им свои «мемуары». К концу второй недели пребывания в больнице стал более спокоен и адекватен и направлен к медицинскому психологу для обследования.

При первой встрече психолог предложила испытуемому методику классификации предметов. Больной с интересом взялся выполнять задания и начал сортировать предложенные картинки по группам, действуя логически обоснованно, но затем неожиданно объединил «свинью» и «штангенциркуль». На вопрос, почему он это сделал, ответил: «судья у нас один такой есть... полная свинья... буквоед хренов, все ему надо точно... ну вот, с сегодняшнего дня я и буду

его так звать – штангенциркуль!» (*смеется злорадно*). Потом его взгляд падает на изображение лошади, и он забывает о задании: «Помню, в студенческие годы послали нас на картошку, колхозники эти сами ни черта не работали, а нас эксплуатировали, словно кляч, а сами бухали (*выхватывает картинку с изображением бутылки*), самогон свой жрали. У них там лошадь была такая, тощая вся, полуживая, нам в помощь дали, чтобы мы мешки в телеге на ней возили. «Ага! Вот она, и телега здесь есть» (*обрадованно показывает на картинку*). При возвращении к инструкции больной продолжает выполнять задание по логически правильному принципу, используя концептуальный уровень обобщений, но снова часто отвлекается на сторонние стимулы.

Психологическое состояние больного на момент обследования соответствовало нижеприведенному профилю ММРІ:



Вопросы:

1. О каком заболевании может идти речь по систематике МКБ-10?
2. К какому типу расстройств мышления по классификации Б.В.Зейгарник можно отнести выявленные с помощью методики «классификация предметов» нарушения?

3. Проинтерпретируйте профиль ММРІ пациента. Какой ведущий синдром выявляется на профиле? О чем может свидетельствовать сочетания пиков по 4, 6 и 9 шкалам?

Задача 5. Юрий Ф., 51 год, инвалид 2-й группы.

Заболел остро в 19 лет в период службы в армии, был комиссован с диагнозом «шизофрения, параноидная форма», после чего неоднократно лечился в стационаре, в последние годы почти постоянно находится в больнице, светлые промежутки короткие, практически утратил связи с социумом. Жена также психически больная, инвалид 2-й группы, познакомился с ней в больнице, когда еще был молодым. В тот период приступы были не такими частыми, работал на заводе слесарем, а супруга – уборщицей. Нажили ребенка, воспитанием которого, в основном, занималась бабушка – мать больного. После окончания школы мальчик уехал из города и больше не возвращался, отношения с родными не поддерживает. По неуточненным сведениям – здоров, на учете к психиатров не состоит. С женой у пациента часто отмечались конфликты, постоянно ее ревновал, а затем включил ее в свою бредовую систему. Неоднократно угрожал ей убийством, занимался рукоприкладством. По молодости писал стихи, увлекался восточной философией. К 40 годам сформировался стойкий эмоционально-волевой и интеллектуальный дефект. Пациент изобрел особый язык – «гедеон» (произошедший, по-видимому, от названия венгерской фармакологической фирмы «Гедеон Рихтер», производящей нейролептики), на котором он пытался изъясняться, писать стихи и выводить математические формулы. Медицинскому психологу была представлена для анализа продуктов деятельности одна из его тетрадей «стоимостью 190 тыс. руб. \$олотом». Ниже приводится в качестве иллюстрации выдержка из его «философского трактата»:

...«В чем суть дела контактной теории? – Гедеон – философское правило: «Мысленным взором оговаривать пашню и думать, будет ли на этот урожай вид». Философская выдержка: «Откуда этот лес, откуда вода, откуда эти реки, озера и борьба». Философский закон Гедеон: «Кагор-сарафан Белинского суть научный метод планировка». Отсюда небольшая схема «Стакан»: кривизна Бенбарбон Гедеон – Гede ОН, будет: ориентир-пунктир кашиф Лопатин. Детская схема «Лопатка», сложить столбиком: Муха + Ящер + Кашир + Кропоткин, будет $x = eиo$. Программное управление мозга – Правило: Гедеон, Зегон, Барзар, Которон, Тотсатонон, краеденинКТ, тaitмасаратон → стронций 240. Указ № 1 Абзац-5 ««Откуда этот лес, откуда вода, откуда эти реки, озера и борьба». Расшифровка: «Плоскость, определяющая предмет, называется симпози»,

«мысль, облаченная в формулу телепатического новшества, называется Герон, импровизатор Камертон»...

Вопросы:

1. Перечислите, какие виды мыслительных и речевых нарушений обнаруживаются у пациента?
2. Дайте им определение и приведите примеры из текста.
3. Какие патопсихологические методики позволяют их обнаружить (укажите 3 из них, наиболее доступных)?

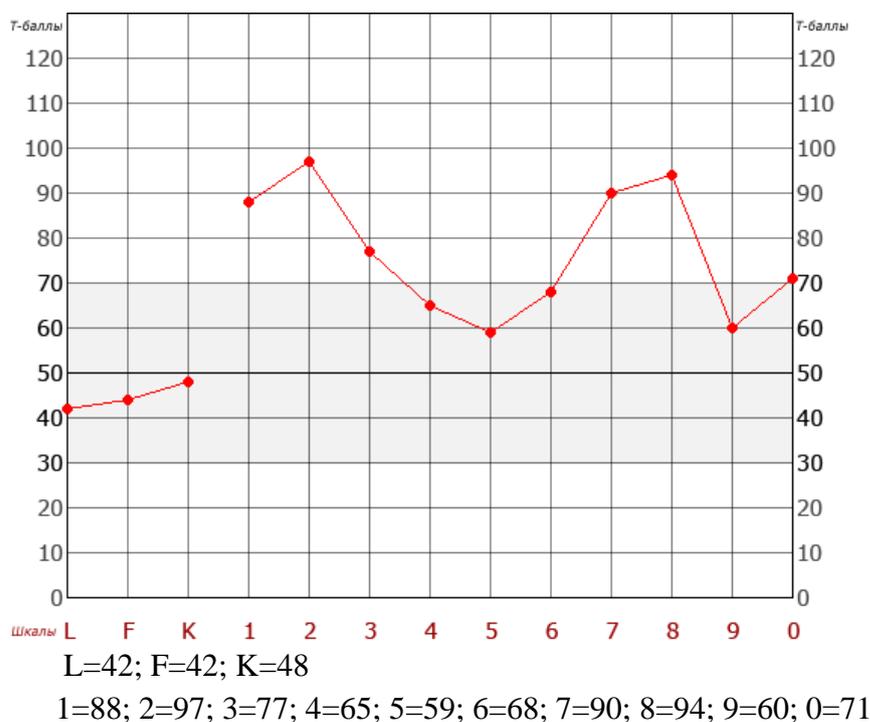
Задача 6. Даниил А., 16 лет, учащийся 10 класса.

Обратились родители с просьбой обследовать подростка. У мальчика в течение последних 1,5 лет отмечались приступы тахикардии – учащенного пульса, иногда достигающего в покое до 120-150 ударов в минуту, с одновременным подъемом АД до 180-190/90-100. Неоднократно вызывали скорую помощь, был обследован стационарно. Каких либо органических нарушений в работе сердца не выявлено.

Из анамнеза известно, что испытуемый происходит из благополучной семьи, оба родителя – педагоги. Отец страдает ИБС, перенес инфаркт миокарда, недавно была проведена операция аорто-коронарного шунтирования. Мальчик рос здоровым. В 11 лет перенес инфекционный миокардит с благополучным исходом, с учета по данному заболеванию снят. Учится хорошо, старательно. Много времени уделяет подготовке к школьным занятиям, работе за компьютером, редко бывает на свежем воздухе, часто недосыпает. Ответственен, стремится начатую работу доводить до конца с максимально высоким результатом. Имеет огромное желание поступить в университет на программиста, а затем продолжить учебу и работу за рубежом, и уже сейчас активно готовит себя к ЕГЭ. В рейтинге учащихся двух десятых классов занимает третье место.

Результаты психодиагностики онлайн:

1. Госпитальная шкала тревоги и депрессии: тревожность – 8, депрессия – 8 б.
2. Шкала тревоги Шихана – 40 б.
3. Шкала депрессии Цунга – 47 б.
4. Шкала перфекционизма Хьюитта-Флетта: Интегральная шкала перфекционизма = 225. Ориентированный на себя перфекционизм = 83. Ориентированный на других перфекционизм = 68. Социально предписанный перфекционизм = 69
5. СМЛ:



Вопросы:

1. Оцените результаты психодиагностического исследования и дайте общее предварительное заключение.
2. В чем, по Вашему мнению, заключаются психологические причины сердечных приступов у подростка? Обоснуйте их, исходя из концепции интрапсихического конфликта В.Н.Мясищева.
3. Какие конкретные рекомендации Вы бы дали подростку и родителям?

Задача 7. Петр Н., 52 года, инвалид 3-й группы

Направлен на обследование в связи с очередным переосвидетельствованием в МСЭ. Жалобы на снижение памяти, отмечает трудности запоминания, припоминания, стал замечать, что хуже соображает; если занят каким-то делом, то возникают сложности переключения на другое занятие.

Из анамнеза: наследственность психопатологически не отягощена, раннее развитие без особенностей. В школе учился средне, служил в армии, закончил ПТУ, работал на химическом заводе, обслуживая электроприборы; женат, имеет 2 детей. В 38 лет в период эпидемии гриппа перенес менингоэнцефалит, осложнившийся большими эпилептическими припадками. Сперва приступы были частыми, но начал принимать противосудорожную терапию и они сократились до 1-2 раз в месяц, возникали, главным образом, после физической нагрузки или переутомления, либо после приема алкоголя. Работу по специальности вынужден был оставить по медицинским противопоказаниям, долго не мог нигде устроиться,

в итоге приняли ночным сторожем на базу, где в компании таких же, как он, неквалифицированных рабочих, стал злоупотреблять алкоголем. На фоне алкоголизаций достаточно быстро изменился фон настроения – появились приступы беспричинной злости, тоски, агрессии. Эпилептические припадки участились, стали протекать с расстройством сознания. С 46 лет наблюдается психиатрами, в состоянии острого психоза дважды лечился в стационаре. По настоянию супруги прошел процедуру кодирования от алкоголя, наблюдалась устойчивая ремиссия, почти прекратились припадки, но в этот период врачи диагностировали еще и гипертоническую болезнь, возникали кризы с систолическим давлением до 180 -190 мм. рт. ст. Часто жаловался на головные боли, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, ухудшение памяти. Два года назад была определена 3 группа инвалидности.

Диагноз. Последствие органического поражения ЦНС с умеренно выраженными когнитивными расстройствами, эпилептиформный синдром. F06.8

Медицинский психолог при работе с больным использовала методики «пиктограмм» и «запоминание 10 слов»

Пиктограмма больного Петра Н., 52 лет

№ п/п	Понятие	Рисунок, объяснение	Воспроизведение
1.	Веселый праздник	Смайлик - улыбка. — «Праздник — это улыбки, когда всем весело»	Веселый праздник
2.	Тяжелая работа	Лопата. - «земляные работы в саду»	Тяжелая работа
3.	Вкусный ужин	«Пицца», — «люблю пиццу, вкусно и питательно»	Вкусный ужин
4.	Болезнь	«Человек в постели», — «Заболел, может при смерти, в реанимации, его спасают врачи»	Тяжелая болезнь
5.	Печаль	Слеза на щеке. «Ребенок плачет, его обидели»	Обида

6.	Счастье	«Не знаю, как изобразить». — «Счастье оно разное бывает, не всем счастье приходит. Пусть будет опять смайлик – улыбка, радость»	Радость
7.	Любовь	«Сердце пронзенное стрелой». Так все любовь изображают. У моего отца была такая татуировка на руке.	Любовь
8.	Развитие	Тоже не знаю, что нарисовать. Развитие кого – ребенка, например, родился на свет, а потом растет, развивается. Или растение какое-нибудь в лесу, например дуб. Он сотни лет растет. — „пусть дуб будет“	Не помню, кажется, растение
9.	Разлука	„Разлука ты разлука, чужая сторона“ – песня такая есть народная, жалостливая, помню, маленьким был, родители, когда застолье собирали, пели ее. Но как ее нарисовать? Это может быть разлука детей и родителей, вот мой сын старший уехал учиться в Москву, а мы с матерью о нем скучаем»... А что вы мне посоветуете? Рисует двух человечков спиной друг к другу.	Тяжелая разлука
10.	Обман	«Игральные карты». — Шулерство, обман, ложь». Сейчас столько мошенников развелось, с банковских карт деньги воруют	Обман
11.	Победа	«9 мая» - Праздник Победы отмечают 9 мая.	Победа
12.	Подвиг	«Медаль нарисую. Человек подвиг на войне совершает, ему орден или медаль за это дают».	Подвиг
13.	Вражда	«Что такое вражда? Это когда люди любили друг друга или дружили, а потом рассорились, делают друг другу всякие пакости, сплетни распространяют, воюют между собой. Бывает, что враждуют и страны, вот как мы с Америкой. Давайте я нарисую доллар, вражда почти всегда бывает из-за денег.	Война

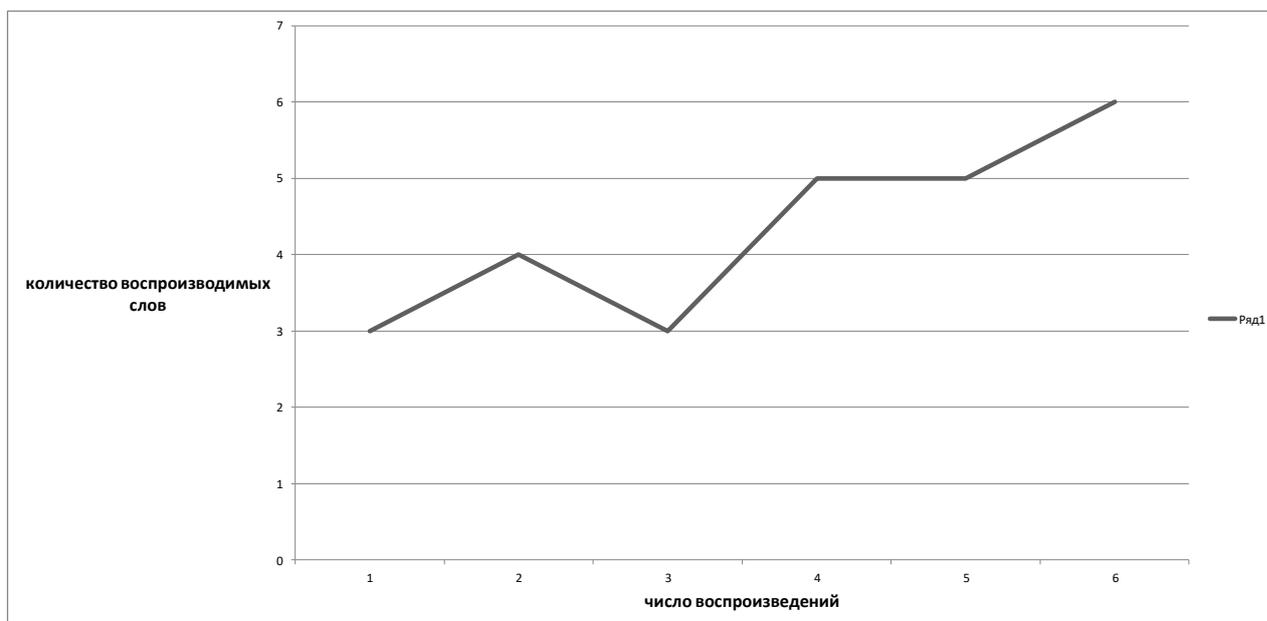
14.	Справедливость	«Нет на свете справедливости, и правды не добиться, особенно в наше время. Все деньги олигархи себе прикарманили, а народу - шиш». Рисует кукиш.	Несправедливость
15.	Сомнение	«?»». — Знак вопроса, человек сомневается, спрашивает.	Сомнение
16.	Дружба	Дружба – это дружба, как еще скажешь. Самая крепкая – мужская, армейская дружба, как в фильмах показывают. Я очень люблю сериал «Братаны», вот там мужики по-настоящему дружат и всех выручают. Я нарисую плечо как опора в дружбе.	Дружба

Рисунки, иллюстрирующие понятия:



Методика А.Р.Лурия «Запоминание 10 слов».

Ниже представлена кривая заучивания 10 слов:



Вопросы:

1. Приведите, как минимум, 3 признака в пиктограмме, специфически свойственные органическому поражению ЦНС.
2. К какому заболеванию, симптоматика которого присутствует в клинической картине болезни у исследуемого пациента, наиболее близка указанная кривая заучивания 10 слов?
3. Какой вариант экзогенного органического синдрома, по Вашему мнению, развивается у больного – лабильный, ригидный или мнестический? Обоснуйте свой ответ.

Задача 8. *Маргарита В., 39 лет, технический редактор*

Раннее развитие больной протекало без особенностей. В школу пошла с 7 лет. Училась хорошо. Много читала, увлекалась современной литературой. Среди сверстников стремилась выделиться своей эрудицией. Закончила филфак университета, два года проработала в школе учителем русского языка и литературы, оставила по причине разочарования в профессии: «этим тупым подросткам бесполезно что-то вдалбливать, учить словесности, им ничего не интересно». Внешне была привлекательна, пользовалась вниманием мужчин, но интерес к себе отбивала «тестированием» ухажеров на знание творчества современных писателей и художников, исходя из принципа, что «главный половой орган у мужчины – его интеллект». По этой причине замуж вышла поздно, в 31 год, сблизившись с коллегой по работе, который уже состоял раньше

в браке, и был старше ее на 12 лет, но «был большой эрудит, прекрасно разбирался в творчестве Кафки, Фолкнера, Джойса, Сорокина и Пелевина». В браке с ним родила дочь. Однако отношения не заладились. Появилась ранее несвойственная больной подозрительность, необоснованные вспышки гнева, которые она выплескивала на мужа и ребенка. Стала подозревать супруга в измене, а потом в сговоре с сослуживцами, которые, якобы, задумали ее убить. Заметила за собой «слежку» на улице, обратила внимание, что прохожие «как-то по-особому между собой перемигиваются», «посылают друг другу сигналы», «передают ее по цепочке». Перестала спать. Появились «голоса в голове» комментирующего и угрожающего характера. Однажды ночью напугала дочь: разбудила ее, заставила одеваться: «нам надо срочно уезжать, спасаться, иначе твой папа нас убьет!». Муж хотел успокоить жену, в ответ она едва не ударила его ножом в грудь. Была вызвана скорая медицинская помощь, и больная госпитализирована в психиатрическое отделение.

Диагноз при поступлении: Острое галлюцинаторно-бредовое расстройство. Шизофрения, дебют?

Спустя неделю пациентка была направлена к медицинскому психологу на обследование.

Больная легко вступила в контакт, однако изначально большой заинтересованности в выполнении заданий не выявила. Держалась претенциозно, исследование восприняла как своеобразный вызов: «На дурочку меня тестировать будете? Что ж, проверяйте!».

На первом этапе психологом были предложены методики для исследования процессов мышления.

При предъявлении картинок на *классификацию предметов* пациентка в основном логически правильно формировала группы, сопровождая это многочисленными комментариями. Приводим некоторые из них.

1. «Лиса, собака, свинья.., овца...., рыба, голубь.., вот еще.. лошадь – это, конечно же, все – животные, разные – и дикие, и домашние, но все равно, животные, животный мир. Возьмем, к примеру, лису. Она водится повсеместно, в естественной среде обитания, которая называется фауной. Лисы – они очень хитрые, и, среди представленных здесь животных рыба и голубь могут быть ее добычей, как в русских сказках. Или в басне Крылова «Ворона и Лисица»...(обращается к экспериментатору). А Вы знаете, ведь никакой это не Крылов басню придумал, а Эзоп, древнегреческий поэт такой был, он сперва ее и сочинил. У нас в России всегда так: кто-то на Западе сочинит, а у нас своруют сюжет и выдают за свое, так и получаются Незнайки всякие, Буратины и Волшебники Изумрудного города. Еще говорят, что детей честности надо учить. А у нас вся литература такая

продажная...» (*экспериментатор возвращает пациентку к выделенной ею группе*). «Что еще про них можно сказать? Что общего? Ну, животные... Голова у них у всех есть, конечности! А у рыбы их нет, плавники вместо ног, поэтому ее отсюда надо убрать...».

2. «Самолет, велосипед, секундомер – это все техника. Их объединяет время: чтобы долететь или доехать куда-то, время потребуется. А время состоит из дней, часов, минут и секунд. В часе 60 минут, в минуте 60 секунд, итого 3600 секунд получается. Жизнь – это время, а время надо беречь, каждый час, каждую минуту, а вот секунды трудно сберечь; недаром такое выражение есть: «помни о смерти», «мементо мори», кажется, по-латыни. Сколько кто проживет, не известно, вот моя бабушка прожила 86 лет, а мама в 57 умерла, она от рака скончалась...».

В методике «Сравнение понятий» из 7 не сравниваемых понятий испытуемая находит сходство у 3:

- 1) «волк – луна». Взошла луна, полнолуние, волк воет на луну, что общего? Это час вампиров, оборотней. Помню, фильм такой был американский, триллер, там еще Николсон в главной роли, не помню название. Там такой сюжет: ночью он сбивает машиной волка, выходит посмотреть, а раненый волк его кусает, и потом этот мужчина начинает жить двойной жизнью, становится оборотнем. Днем – преуспевающий бизнесмен, а ночью – зверь, который убивает все живое;
- 2) «ветер – соль». Это солончаки, такие почвы соленые, полупустынные, ну как в пустыне, там ветер гуляет, выдувает эту соль. На них ничего не растет;
- 3) «стакан – петух». Конечно, стаканы бывают разные, граненые, круглые, например; в поезде чай всегда в стаканах разносят, а стаканы – в подстаканниках, а на этих подстаканниках часто петуха изображают. Петушок – золотой гребешок! Или Московский кремль (*смеется*). Я сама видела, в руках такой стакан держала. Чай только у них не всегда хороший, дешевый, в пакетиках. Но когда сильно пить хочешь, или надо согреться – и такой сойдет. Дома я всегда чай в фарфоровом чайнике завариваю. А мама, когда еще жива была, подарила мне чайную грелку в форме петуха, сама сшила...

Вопросы:

1. Оцените уровень процессов обобщения испытуемой (конкретный, функциональный, категориальный).
2. Какие расстройства мыслительной деятельности выявляются с помощью методики «классификация предметов»? Обоснуйте свои доводы.

3. Какие расстройства мыслительной деятельности выявляются с помощью методики «сравнение понятий»? Аргументируйте свой ответ.

Модуль 2. Нейропсихологическое обследование больных

Задача 1. Александр А., 61 год, пенсионер

Поступил в неврологическое отделение в связи с острым нарушением мозгового кровообращения. Работая на даче, почувствовал слабость, внезапно потерял сознание, упал, но быстро очнулся, начал что-то бессвязно говорить, но окружающие не могли его понять. На МРТ были выявлены признаки ишемии мозга в бассейне левой средней мозговой артерии. Была назначена интенсивная сосудистая терапия. После стабилизации состояния больной на 4 сутки был направлен на обследование к медицинскому психологу.

Предварительно сопровождался медсестрой. В кабинет вошел самостоятельно, в возбужденном состоянии, что-то непрерывно громко говоря и жестикулируя. Психолог обратила внимание на некоторую маскообразность, асимметрию подвижности лица, сглаженность правой носогубной складки. Сел напротив после приглашающего жеста психолога.

Диалоговая речь. На вопрос, как его зовут, ответил: «Ну как.., как меня зовут.. Саша..это, меня.. его...Але...Алё.. Алло.. тьфу ты. Так как же? Алек..ксан...саньч...да! Вот! (*сильно волнуется, нервничает, раздражается*). На вопрос, сколько ему лет: «лет.. шесть...сесть.. здесь.. один.. я не один, у меня бочка...точка есть...(имеет в виду дочь, которая ухаживает за ним в больнице). Предложение назвать адрес: «Я живу на улице ... как его...море...тросы...литросы... ле..матры...мадры..нет..., б***ь (*нецензурно ругается, хочет назвать улицу Матросова, про которую хорошо помнит*).

Устный счет: один..тв....дада...чехов...бадь.....хт...семь.. вомн...

Понимание слов (психолог называют слово, пациент должен найти соответствующую картинку): рот – указывает на ухо; телефон – указывает на замок; цветок – указывает на морковь.

Понимание инструкций. Психолог предлагает встать и подойти к окну. – Пациент встает и остается на месте. Психолог предлагает взять карандаш и провести им прямую линию на листе бумаги. – Пациент берет в руку листок бумаги и протягивает его экспериментатору. Психолог дает инструкцию правой рукой коснуться левого уха. – Пациент в замешательстве, действие не выполняет.

Вопросы:

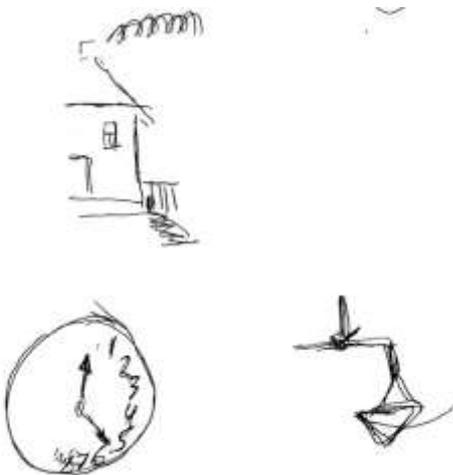
1. Какой вид речевых нарушений имеется у пациента?
2. Что лежит в основе данного вида речевого нарушения?

3. Укажите топографическую локализацию очага поражения в коре головного мозга в результате инсульта у данного пациента.

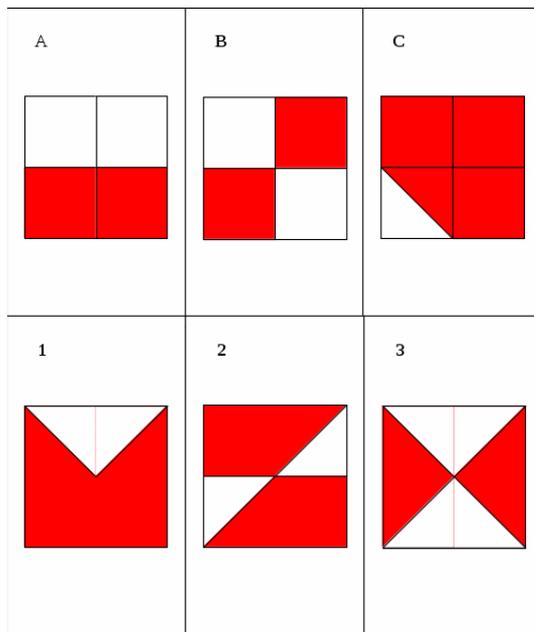
Задача 2. Алексей К., 46 лет, рабочий-стропальщик.

Поступил в нейрохирургическое отделение с закрытой черепно-мозговой травмой. На стройке на него упал груз в результате неправильного крепления, был отброшен назад и в результате падения сильно ударился затылком о бетонное покрытие, в результате чего потерял сознание. Была диагностирована субдуральная гематома в затылочной области, оперирован, после чего 5 дней находился в коме. По выходу грубых двигательных нарушений, параличей не обнаружено. Однако окружающие вскоре заметили у него странное поведение: во время приема пищи проявлял хороший аппетит, но когда предлагали второе блюдо, съедал только то, что находилось на правой стороне тарелки; в тумбочке «не видел» туалетные принадлежности, расположенные в левом углу, жаловался жене, что кто-то, по-видимому, их украл; соседа по палате, если он подходил к окну, расположенному слева от кровати больного «терял» и переставал слышать, и удивлялся, когда тот «волшебным образом» появлялся перед ним. Путался в способности определять последовательность текущих событий во времени: утро и вечер, обед и завтрак, вчера и завтра и т.п. Отмечались затруднения при одевании: не мог сообразить, как надеть пижаму, застегнуть пуговицы на рубашке.

Психолог предложил пациенту скопировать по образцу три рисунка: дом, часы и весы. Ниже приведены воспроизведенные больным изображения.



Далее пациенту было предложено сложить изображения из 4 кубиков (субтест кубики Кооса). Ему удалось справиться только с фигурой А.



Больного также попросили обвести фигуры круга и квадрата по контуру и поставить в центр фигур точку. Справиться с заданием не смог, объяснял: «Трудно, я вижу либо карандаш, либо круг. Было предложено написать свою фамилию на разлинованном листе с инструкцией строго соблюдать линию строки. Пациент уже со второй буквы съехал со строки резко вниз.

Вопросы:

1. Как называются обнаруженные у больного феномены?
2. К какому виду расстройств гнозиса и праксиса относятся выявленные нарушения?
3. Укажите вероятный очаг поражения в коре головного мозга.

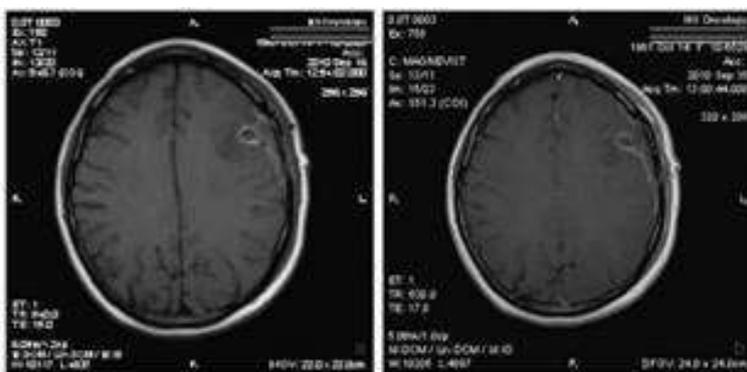
Задача 3. Екатерина М., 53 лет, повар

Обратилась к невропатологу с жалобами на рассеянность, невнимательность, испытывала замешательство при выполнении привычных последовательных действий во время уборки квартиры, при приготовлении пищи. Так, например, при резке овощей «застревала» на этом действии, продолжая крошить их в завышенных объемах; забывала вовремя положить в варево соль и специи. Несколько раз бросала механически в кастрюлю с супом ножи и другие несъедобные предметы «как будто под влиянием какой-то внутренней силы», импульсивно. Окружающие стали замечать, что с ней стало трудно разговаривать: не могла четко сформулировать свою мысль, повторяла одни и те же слова по нескольку раз, задавала одни и те же вопросы, при этом причмокивала губами, вытягивала их трубочкой. Жаловалась на слабость в конечностях. Отмечались головокружения, нарушения координации движений.

Замужем, имеет двоих взрослых детей. В анамнезе – хронический холецистит, гастрит, гипертоническая болезнь II Б стадии, ожирение 2-й степени, имеют место климактерические нарушения: редкие, но обильные месячные, «приливы», перепады настроения.

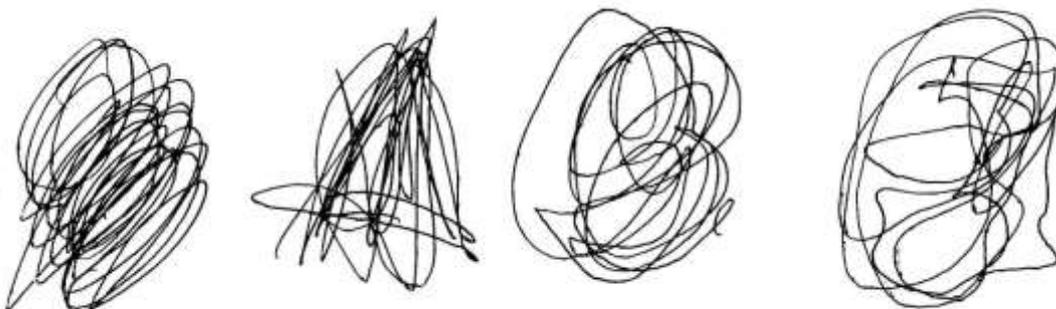
В неврологическом статусе: несколько повышен тонус мышц конечностей, умеренная гиперрефлексия, параличей и парезов нет. Испытывает затруднения выполнения нескольких последовательных движений по инструкции, perseverация одного из указанных движений (несколько раз пальцем тычет в кончик носа, попадая в щеку), нарушение равновесия (неустойчивость в позе Ромберга).

Направлена на стационарное обследование. На МРТ выявлена картина опухоли левой лобной доли:



При нейропсихологическом исследовании на вопрос психолога, как ее зовут, отвечает: «Катя меня, меня Катя, как сказать.. меня...ну... » (*сильно волнуется*). «Что Вас беспокоит?» - «Меня, меня Катя, я Катя беспокоит, покоит, оит.. Ну нет.. вот пра...вда... да я...» - (*активно жестикулирует и произносит более вятно*) - голова болит». «Кружится?» - кружиткца, кружакса, кружки, круг... голова, вот..».

Больной было предложено задание скопировать круг, треугольник, цифры 3 и 5. Получены следующие результаты (последовательно):



Вопросы:

1. Какие симптомы «лобной психики» имеются в клинической картине болезни у данной пациентки?
2. Как называется речевое расстройство, обнаруживаемое у больной? Перечислите, как минимум, 3 его признака, основываясь на истории болезни и данных нейропсихологического исследования. О поражении каких корковых зон мозга они свидетельствуют?
3. Какой вид нарушений представляют данные рисунки? При какой форме апраксий эти нарушения встречаются?

Задача 4. Михаил Е., 70 лет, пенсионер

Из анамнеза: окончил авиационное училище, работал бортмехаником на Крайнем Севере. На пенсии с 55 лет, с этого времени не курит и не употребляет алкоголя. Перенес инфаркт миокарда, осложнившийся мерцательной аритмией, страдает ИБС, гипертонической болезнью, хроническим гастритом, аденомой предстательной железы. После смерти супруги проживает с дочерью. С ее слов, уже несколько лет страдает нарушениями памяти, однажды потерялся на улице.

Переведен из кардиологического отделения в неврологический стационар в связи с остро развившимися речевыми нарушениями по типу тотальной афазии. При первичном осмотре отмечалось ограничение взора вправо, признаков парезов или параличей не выявлено. Речевые, глазодвигательные и зрительные нарушения регрессировали в течение нескольких часов, но сразу же стали обращать на себя внимание расстройства в виде нарушения памяти, апатии, эйфории, снижения критики к своему состоянию. Через неделю в неврологическом статусе выявлялись рефлексы орального автоматизма, оживление сухожильных рефлексов, больше справа, хватательный рефлекс и положительный патологические кистевые рефлексы справа.

У пациента был диагностирован инсульт в вертебрально-базиллярной системе с выраженными когнитивными нарушениями.

С целью уточнения степени когнитивных расстройств было проведено нейропсихологическое обследование, во время которого пациент был в сознании, контактен, правильно ориентирован в месте, но не мог правильно назвать год, число, день недели, эйфоричен, импульсивен, критика к своему состоянию была нарушена. Для оценки уровня когнитивных нарушений использовалась батарея шкал. Повторное ретестирование осуществлялось спустя 9 мес. после перенесенного инсульта.

В представленной ниже таблице приведены интегральные показатели использованных методик.

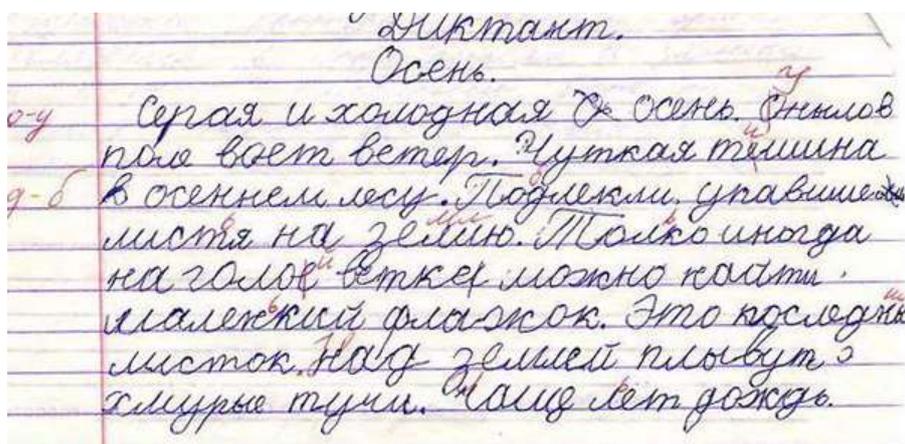
Методики	Показатели		Оценка
	После инсульта	Спустя 9 мес.	
Краткая шкала оценки психического статуса, КШОПС (Mini-Mental State Examination, MMSE)	21	22	
Батарея тестов для оценки лобной дисфункции, БЛД (Frontal Assessment Batter – FAB)	11	12	
Литеральные ассоциации	9	14	
Категориальные ассоциации	8	12	
Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA)	16	18	

Вопросы:

1. Проведите интерпретацию полученных результатов (после инсульта и спустя 9 мес.).
2. О чем свидетельствует динамика показателей?
3. Имеются ли у больного признаки деменции? Если да, то какому уровню она соответствует?

Задача 5. Миша Д., 8 лет, учащийся 1-го класса общеобразовательной школы.

На приеме у нейропсихолога с матерью. Мальчик дублирует программу первого класса. Отмечаются трудности с чтением и письмом. Жалобы на специфические ошибки при письме. При анализе письменных заданий отмечаются характерные оптические замены букв, особенно при диктантах, менее выражены – при переписывании текста. Затруднения при выполнении графических проб. При чтении и письме путаются буквы, сходные при написании. Буквы и цифры пишет иногда зеркально. Затруднен фонематический анализ. Ребенок проявляет интерес к невербальным заданиям. Объем и концентрация внимания снижены. Механическое запоминание, устный счет – в норме. Ребенок моторно расторможен. Самооценка занижена, повышен уровень тревожности. Образец письма испытуемого:



Из беседы с матерью известно, что ребенок родился от второй беременности, протекавшей с токсикозом первой половины, угрозой прерывания в 30 недель. При рождении был поставлен диагноз перинатального поражения ЦНС, хронической внутриутробной гипоксии плода смешанного генеза, средней степени тяжести. В моторном развитии ребенок не отставал. С раннего возраста отмечались нарушения в задержке формирования речевых функций (лепет появился в 8 месяцев, первые слова – в 1 год 2 месяца, фраза – около 5 лет). В 4 года мальчик понимал обращенную речь, но сам общался только жестами, мимикой, сочетанием звуков. Пассивный словарный запас был намного больше активного. В детском саду были трудности при рисовании, лепке. Испытывал трудности при ориентировке в пространстве.

Вопросы:

1. Назовите нарушение речи у ребенка в дошкольном возрасте.
2. Как квалифицируются специфические нарушения письма?
3. Консультация каких специалистов требуется?

Задача 6. Мария С., 77 лет, пенсионерка.

Доставлена в психиатрическое отделение машиной скорой помощи с улицы после телефонного звонка прохожего, который увидел пожилую женщину, полураздетую (в халате, одной туфле и одном носке), бесцельно бродящую по улице, что-то бормочущую про себя, озирающуюся по сторонам. При попытке вступить в контакт проявила неадекватность, не могла назвать свою фамилию, адрес, звала маму.

При поступлении: Беседовать с больной чрезвычайно трудно. Плохо понимает обращенную к ней речь, отвечает бессвязно. Смогла назвать только свое имя. Дезориентирована в месте и времени, суетлива, возбуждена, стремится куда-то идти, вскакивает с места. Спротивляется осмотру. Неряшлива, неопрятна, пуговицы на халате застегнуты неправильно. От тела исходит неприятный запах.

Спустя двое суток в больнице ее нашла дочь, с которой пациентка живет. Сообщила, что мать самовольно ушла из дома, и это случалось с ней неоднократно. Предыдущие эпизоды заканчивались благополучно. Выходила из дома и терялась в своем квартале, помогли привести домой соседи, которые обнаруживали в ее карманах записку с адресом. В этот раз эпизод произошел ночью, тайком вышла из квартиры без верхней одежды, и ушла далеко (прохожий обнаружил на другом конце города). Все собиралась в свою деревню, где родилась (которая давно не существует), к маме, которая умерла около 20 лет назад. Со слов дочери, прогрессирующее снижение памяти у пациентки началось лет пять-семь назад, а в последний год проявилось достаточно сильно.

Во время экспериментально-психологического исследования вступает в контакт, хотя понять больную трудно. Старается выполнить предлагаемые ей задания, проявляя настойчивое, механическое упорство: долго не утомляется и не отвлекается. Читать и писать не может, и сама удивляется этому, пытается объяснить, что раньше это делала хорошо.

Больная узнает предметы и пытается объяснить их назначение, но часто не может их назвать. Подсказка части слова или даже всего слова полностью не помогает. Так, ей были показаны ботинки, больная указывает на ноги, говорит: «Их две». Экспериментатор подсказывает: «Боти...». Больная говорит: «Болты?». Психолог показывает рисунок груши. Больная говорит: «Из нее делают... там разные, похожие на эту, забыла все, пошла бы, купила ее и узнала бы...». Экспериментатор подсказывает: «Груша». Больная говорит: «Гриша?».

Больную спрашивают: «Какого цвета морковка?» Она переспрашивает: «Веревка»? Спрашивают про дочь, она повторяет: «ночь». Просят написать фамилию «Короткова», она переспрашивает: «Которая». Предложение прочесть слово «квартал» каждый раз читает по-разному «крактал, куралкат, кравлат». Не может застегнуть пуговицу, собрать кубики. Больная совершенно не может писать не только под диктовку, но даже не может написать собственное имя. Не может списать слово, пишет лишь отдельные буквы. Беспомощна в повторении движений и поз рук. Больная не помнит, как она попала в больницу, с кем живет, факты биографии, недавно прошедшие события (что ела на завтрак и проч.). Не усваивает самый короткий рассказ, фразу.

Краткая шкала оценки психического статуса (MMSE): суммарный показатель – 9 баллов.

Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA) – 8 баллов.

Вопросы:

1. О каком заболевании может идти речь?
2. Какие расстройства гнозиса, праксиса и речи имеют место у больной?

3. Оцените степень выраженности деменции.

Задача 7. Евгений Р., 46 лет, бульдозерист

Направлен к медицинскому психологу для обследования с целью последующего освидетельствования в МСЭ.

Из анамнеза известно, что в детстве рос и развивался нормально, учился средне, закончил автодорожный техникум, в армии служил водителем БМП. После демобилизации некоторое время работал автомехаником, затем завербовался на стройку на Крайнем Севере, проработал там два года. Последние 5 лет работает бульдозеристом. В 25 лет женился, но брак через два года распался, так как пациент начал злоупотреблять алкоголем. Как правило, в конце рабочей недели, по пятницам, в компании сослуживцев напивался, приходил домой «на автомате», учинял скандалы, был агрессивен с членами семьи; в субботу пил один «не просыхая», а в воскресенье себя «выхаживал», т.к. надо было в понедельник проходить медосмотр. Около четырех месяцев назад, будучи в алкогольном опьянении, возвращался домой, был избит неизвестными, получил тяжелую черепно-мозговую травму. Была удалена гематома в левой теменной области. После лечения в травматологическом отделении был переведен на долечивание в неврологию, затем продолжил лечение амбулаторно. Встал вопрос о продолжении лечения по больничному листу.

В неврологическом статусе: со стороны черепно-мозговых нервов – анизокория $d>s$, легкая сглаженность правой носогубной складки, сухожильные рефлексы умеренно повышены, парезов и параличей нет. Чувствительность не нарушена.

В психическом статусе в первую неделю после операции отмечалось двигательное возбуждение, недостаточная критика к своему состоянию, элементарные галлюцинации (слышал оклики себя по имени в коридоре, говорил, что под тумбочкой скребется мышь). В последующем жаловался на то, что его правая рука увеличилась в размерах, «стала пудовой», неудобно лежать в постели: «толи голова стала большой, то ли подушка уменьшилась», «кровать стала кривой – ножки погнулись». Стал рассеянным, невнимательным.

При экспериментально-психологическом обследовании: пациент вступает в контакт легко, спонтанная и диалоговая речь сохранена. Объем удержания речевого ряда на слух в пределах 4 слов. Понимание ситуативной речи и простых заданий хорошее. Испытывает затруднения при подборе некоторых нужных слов, но подсказка и контекст помогают вспомнить слово. При предъявлении предметов с целью их назвать, указывает на их назначение: «это...эти, которые носят

(показывает на ноги), на них надевают». Экспериментатор: «А как называют то, на что эти вещи надевают, какая часть тела?». Больной (смотрит на свои ноги, смеется): «Ноги, конечно!». Психолог: «И что на ногах носят?» - «Обувь, сапоги, ботинки». Чтение: предъявляемый текст узнает, смысл доступен, содержание понятно. Однако путает буквы «р» и «о», «в» и «д», «ц» и «и», «й» и «и». При письме под диктовку слово «рыба» пишет «уиба», слово «урок» - «дуог». Не способен показать на своей руке палец, который просит экспериментатор, путает левую и правую сторону. Тесты праксиса позы руки недоступны для выполнения.

Таблицы Шульте: 61, 70, 66, 77, 75 сек.

Краткая шкала оценки психического статуса (MMSE): суммарный показатель – 23 балла.

Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA) – 18 баллов.

Вопросы:

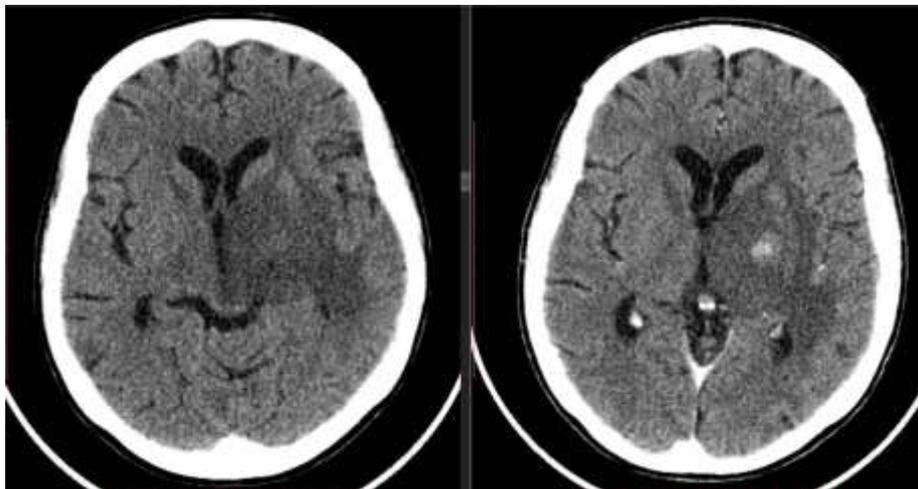
4. Какое гностическое расстройство обнаруживается у больного. Приведите его обоснование из примеров истории болезни и экспериментально-психологического исследования.
5. Какие виды речевых нарушений имеются у больного?
6. Оцените степень выраженности когнитивных нарушений.

Задача 8. Валерий В., 26 лет, не работает

Единственный ребенок в семье. Акушерский анамнез, раннее развитие без особенностей. Развивался обычно, в школе учился средне, особых увлечений к предметам не обнаруживал. Спортом не увлекался. Любил слушать тяжелый рок. Курит с 13 лет. Окончил ПТУ по специальности слесарь по контрольно-измерительным приборам и автоматике. В армии получил вторую специальность водителя. После демобилизации в 20 лет сошелся с кампанией наркоманов, стал употреблять героин. Неоднократно отмечались передозировки. Лечился стационарно, но безуспешно, вскоре наблюдались срывы. В 22 года был обнаружен ВИЧ. Проходил курс лечения. Устойчивая ремиссия наступила после прохождения реабилитации в религиозном центре пятидесятников. Вернулся к работе, восстановил свои здоровые социальные связи, регулярно участвовал в делах церкви, увлекся религией.

Почувствовал ухудшение год назад. Появились головокружения, головная боль, отмечались подъемы температуры, приступы лихорадки, двоение в глазах, нарушение походки, сильно похудел. Специалисты СПИД-центра заподозрили у него ассоциированное с ВИЧ заболевание. Обследован на туберкулез: диагноз

отвергнут. Однако неврологические расстройства нарастали: развился парез левого лицевого нерва, ухудшилась речь, возникли проблемы с приемом пищи, глотания. Обследован невропатологом, возникло подозрение на объемный процесс головного мозга. На МРТ выявлены многочисленные очаги размером от 2 и более мм:



Был направлен в нейрохирургическое отделение в областную клиническую больницу. При углубленном обследовании после проведения серологических проб был установлен диагноз токсоплазмоза головного мозга.

Данные экспериментально-психологического исследования. Внешний вид: цвет кожных покровов землистый, выглядит истощенным, лицо асимметрично, правая щека и глазницы кажутся провалившимися, язык отклонен в сторону. Стоять устойчиво не может, опирается на палку. Мышечный тонус рук и ног ослаблен, рукопожатие крайне вялое.

Заданные ему вопросы понимает, старается отвечать. В момент речи дыхание становится учащенным, прерывистым, выдох укорочен. Голос слабый, тихий, глухой, невыразительный. Во время речи губы не смыкаются, рот полуоткрыт, выражено слюнотечение. Отмечается носовой оттенок голоса. Ошибки в произношении проявляются в замене звуков. Слово «картина» произносит как «хафтина», «батон» как «ватогн», особенно ярко это проявляется при волнении в повествовательной речи с использованием сонорных звуков (М,Н,Л,Р): «Я..я... тет.. кетя ..зовут Вас..Вафета...Валета («меня зовут Валера»), «Я живу с товитевями» («Я живу с родителями»).

В силу речевых затруднений вербальные тесты выполнять затрудняется. Однако инструкции хорошо понимает и выполняет. Классификацию предметов осуществляет на основе формирования логически обоснованных групп: посуда, овощи, домашние животные, профессии и проч. Исключение предметов на

рисунках производит правильно. Темп выполнения заданий замедлен. Таблица Шульте: результаты – 59, 64, 62, 68, 76 (в силу мышечной слабости в конце задания карандаш выпадает из рук; работает молча, не комментируя, видно, что совершает волевое усилие).

Вопросы:

1. Какой вид речевых нарушений отмечается у больного?
2. Имеются ли у пациента поражение корковых зон речеслухового анализатора? Обоснуйте ответ.
3. К какому специалисту следует обратиться для коррекции вышеуказанных нарушений?

Модуль 3. Экспертная деятельность клинического психолога

История 1. Вопросы судебно-психологической экспертизы

Сергей Е., 39 лет, слесарь на промышленном предприятии.

Направлен на судебно-психологическую экспертизу на предмет установления в момент совершения преступления состояния аффекта: убил бомжа, который на протяжении 3 лет терроризировал его семью – раньше убитый жил в их доме, но затем лишился жилья, но продолжал приходить по старому месту жительства. При этом он гадил на лестничной площадке, стучал в окна и дверь (обследуемый живет на первом этаже), мешал отдыхать, приставал к жене Сергея, вымогал у нее деньги на выпивку и проч. Попытки как-то его урезонить вплоть до обращений в милицию результатов не дали. Когда в подъезде поставили железную дверь, всяческими путями пытался проникнуть внутрь. При очередной попытке, которой воспрепятствовала 14-летняя дочь обследуемого, прижал ей дверью руку, причинив серьезную травму: девочка в течение двух недель не могла этой рукой ничего делать и была вынуждена отказаться от выполнения письменных заданий в школе. Отец пошел разбираться с бомжом, но тот обозвал его нецензурно и плюнул в лицо. Дальнейшее помнит смутно: «в голове потемнело, что-то делал, куда-то бежал, все в каком-то тумане...». Милиция обнаружила около мусорных баков труп потерпевшего с раной на голове, орудием убийства была тяжелая палка. Мерой пресечения, учитывая положительные характеристики обвиняемого, была выбрана подписка о невыезде.

Из анамнеза известно, что обследуемый воспитывался в конфликтной семье. На формирование личности в значительной степени повлияла противоречивая фигура отца, который, со слов испытуемого, безусловно, «являлся талантливым человеком» (закончил университет, писал стихи, после увольнения с поста

директора школы стал высококвалифицированным рабочим и др.). От отца он унаследовал обостренное чувство справедливости, поисков правды и в течение жизни пытался следовать этому. Однако уважение к отцу, основанное на признании его авторитета, вступало в противоречие с его поведением, в первую очередь, с пьянством и связанными с ним последствиями. Самые ранние воспоминания о дошкольном периоде – «бедность и пьянство отца», унижения, которые он испытывал от соседей, когда видел, как тот оскорбляют мать и бабушку, но не мог за них заступиться. Однажды, когда он все же пытался это сделать, отец его не ударил, но плюнул ему в лицо. Был потрясен, испытал гнев и ненависть в отношении отца, хотелось его убить, но испугался дальнейшей расправы и лишь только заплакал, убежав и запершись в своей комнате. В течение своей жизни так и не научился разрешать возникающие противоречия в свою пользу. Об этом свидетельствуют многочисленные примеры из его жизни: отказался от продолжения учебы в ПТУ после избияния хулиганами, более престижной и высокооплачиваемой, но ответственной работы и др. Перенес несколько черепно-мозговых травм: в 8, 12, 15 лет и еще три – уже во взрослой жизни, последняя в автоаварии два года назад (контузия головного мозга), виновником которой он сам оказался.

Заключение МРТ: признаки посттравматического арахноидита.

Клинический диагноз: Последствия черепно-мозговой травмы. Резидуальный период с минимальной неврологической симптоматикой. Психоорганический синдром.

Результаты судебно-психологической экспертизы подтвердили, что на момент совершения преступления Сергей находился в состоянии так называемого кумулятивного аффекта, обвиняемому была переквалифицирована статья на 107 УК РФ (Убийство, совершенное в состоянии аффекта), и назначено наказание без лишения свободы.

При психологическом исследовании подследственного был выбран комплекс психодиагностических методик, направленных, прежде всего, на изучение психоэмоциональной сферы, уровня агрессивности и личностных особенностей. Одним из использованных инструментариев был ТАТ, применяемый в стандартном наборе из 8 картин для категории испытуемых мужского пола. Ответы обследуемого записывались на диктофон и в дальнейшем подвергались расшифровке. Ниже приводятся протоколы трех из них:

Картинка 1. Изображает мальчика, который смотрит на лежащую перед ним скрипку. Картинка интерпретирует отношение к родителям, соотношение

автономии и подчинения, мотивацию достижения цели и ее блокировку, символически выраженные сексуальные конфликты.

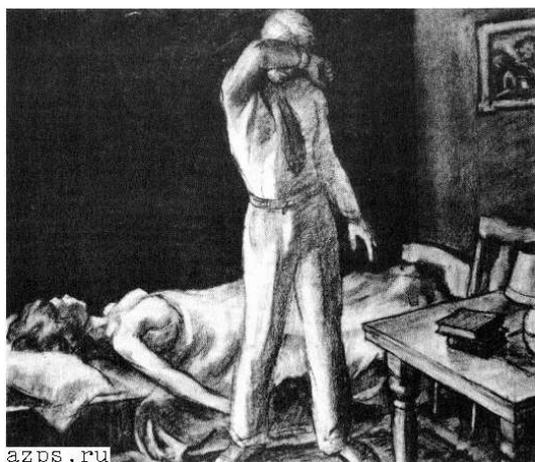


Протокол. Общее время 6 мин. 15 сек. Латентное время - 6 сек. Доминирующая эмоция - возмущение, к концу исследования - сочувствие и смирение. Длительность рассказа - 486 слов.

«Мальчик устал, его достали родители. Ему надоела игра на скрипке, он думает о том, что надо играть, он вынужден сидеть в тесной комнате, играть ненавистную музыку! (выражение протеста, гнева, сжимает и разжимает кулаки). Мальчик недоволен, он ощущает насилие родителей, старших, чувствует это. Он думает, как от этого избавиться, умышленно повредить инструмент, сломать, но сделать это умно, чтобы окружающие не догадались... Возможно ему приходится выполнять дополнительные задания... Да (задумчиво, с сочувствием) Родители хотят видеть в нем кого-то другого, чтобы ему не пришлось работать на заводе, а стать известным музыкантом, обеспечивать гастроли по Европе, Америке. Этого ребенок пока не понимает. Но и взрослые забыли. Что он ребенок. Дети хотят жить просто, не загружая себя невыносимыми заданиями, заботами... Что было до того? Пришел из музыкальной школы, выполнял обязательные уроки средней школы. Скорее всего, он ученик 6-7 класса. А сейчас ему надо выполнять уроки музыкальной школы, но он ее не любит. Он лишен свободы. Некоторые люди не знают, что значит лишиться свободы, воли (очень сильно волнуется). Не знаю, что еще сказать... Скорее всего, он заявит родителям, что он не хочет больше играть на скрипке, не будет выполнять эти задания. Родители будут его оскорблять, наказывать. Да, будет наказан, поставлен в угол. Но они люди интеллигентные, бить не будут, скорее всего, он лишится каких-то благ - сладкого торта, любимого десерта. Будут применены карательные меры. Он будет лишен любимой передачи по телевидению. Мальчик думает о музыке. Как о нелюбимой работе, от которой устал. На его месте я бы выполнил их требования, я всегда выполнял требования родителей. Мальчик не боится потерять блага, он боится наказания, что его могут лишить общения

с подружкой или другом. Вот! Я понял! Скорее всего, он будет лишен общения с другом или подружкой. Скорее всего, так. Его родители люди серьезные. О чем он думает? Думает о том, чего он лишится, если скажет родителям. Что не хочет больше учиться музыке, но ему придется взять опять проклятую скрипку, пилить, пилить, играть мелодии. Ему некуда деться, он вынужден будет иначе лишиться общения с другом (грустно, сочувственно). Поэтому он возьмет себя в руки, и будет выполнять требования родителей, братьев, сестер. Может быть и так - родители уехали на юг, отдыхать, а он остался наедине с ними. Вот, такие дела! Он будет выполнять эти задания. Он смотрит на скрипку, которая лежит на столе, на бумаге. Видимо, это ноты. Это ему придется делать (тихо, смиренно)».

Картинка 13 МГ. Молодой человек стоит, закрыв лицо руками, за ним на кровати полуобнаженная женская фигура. Эффективно выявляет сексуальные проблемы и конфликты у мужчин и женщин, сексуальную агрессию у женщин и чувство вины у мужчин.



Протокол. Общее время рассказа - 3 мин. 52 сек. Латентный период - 6 сек. Эмоциональные реакции - тревога, страх, потрясение. Длина рассказа - 225 слов.

«Опа-на! (удивление на лице, потрясение)... (дополнительная пауза до 12 сек.). Это криминальная ситуация! Так называемая бытовуха. Уличенная в измене супруга задушена. Я не вижу ни холодного оружия, ни пистолета. Ужасная ситуация (волнение и дрожь в голосе). Убийство...в порыве дикой злобы! (потрясен). Раз она раздета (размышляет)... так... он застал ее с любовником. Он их обоих застал, но тот убежал (закрытая поза, перекрещивание рук и ног). Он ее уличил в измене... Тут все ясно. Он немного оклемается и вызовет милицию и будет арестован, понесет наказание за убийство. По описанию это 30-40-е годы. Старинная мебель. Сейчас такой нет (немного успокаивается, отвлекаясь на бытовые детали). Чувства и мысли у этого мужчины? После этого аффекта

чувства ужасные! (потрясен). Я не мог подумать, что убил этого бомжа. Я и сейчас не понимаю, что это было. Но он-то понимает точно, что убил жену или сожительницу. У него чувство ужаса! Не от того, что он понесет наказание, а от того, что любил ее. Ее больше не будет. У него слезы. Он сейчас зарыдает. Чувство огорченности, глубокое огорчение... Какое будущее у него будет? Это да! Это тяжело (тревога в голосе, страх). Был бы хладнокровный человек, сидел бы и курил сигару. А тут! Ужас! Полиция его сразу прихватит. Даже если он увидел, что она была убита любовником. Все равно ему не отвертеться. На него же насядут! Вот тут, похоже на голове след от чего-то, какого-то удара... Но на него будут давить следователи, оперативники. Он может быть, невиновен, как возможно и я, ведь я не видел, как этот бомж скончался, упал на колени и только. Так что тут я нашел две версии - мужчина сам убил или был подставлен».

Картинка 8 ВМ. Мальчик-подросток на переднем плане, сбоку виден ствол ружья, на заднем плане нечеткая сцена хирургической операции. Эффективно актуализирует темы, связанные с агрессией и честолюбием. Неузнаваемость ружья свидетельствует о проблемах с контролем агрессии.



Протокол. Общее время рассказа - 2 мин. 56 сек. Латентный период - 4 сек. Основная эмоция - тревога, страх, напряжение. Длина рассказа - 212 слов

«Это вообще что-то. Двое мужчин 45-38 лет. Трое! Один лежит с голым торсом. Хирурги анатомируют убитого. Молодая девушка или парень на переднем плане. Похоже, что девушка. Справа от нее - берданка, огнестрельное оружие, нарезное. А на кушетке покойник, они его анатомируют, потрошат. Скорее всего, это врачи, как их называют, те, что работают в морге? Забыл, как называются. Да, патологоанатомы! (с ухмылкой) К ним лучше не попадать! Мою мать тоже вскрывали, не знаю зачем, ведь она умерла после операции. Знаю, что у них первая сетка вредности и спирта немерено, поэтому спиваются. А с этим молодым человеком произошли разборки. Нет, скорее всего, это девушка. Этот мужчина был агрессор, сожитель матери, он пытался ее обесчестить. Девушка схватила берданку отца и его застрелила. Дробь или картечь попала в левый глаз и вынесла

всю затылочную часть черепа. Сзади - огромная дыра. Вызвала милицию или полицию, а те - труповозку. Девушка задержана. Дает показания, думает о случившемся. Где он сейчас, ее насильник? Да, смерть насильственная, человек убит. Убитых положено анатомировать. Криминальные трупы все анатомируют. Потом будет следствие, суд, молодую девушку ждет наказание. Но суд, учитывая ситуацию, смягчит наказание. На следствии подтвердится, что было покушение на ее жизнь, что погибший к ней приставал, принуждал вступить с ним в половую связь. Девушка получит условный срок. У нее хорошие характеристики и ее осудят условно. Что она могла еще сделать? Ударить его ножом или топором, если бы он пытался изолировать ее, закрыл на ключ дверь. Но она выстрелила в него. Вот и все?... Ну и заставили Вы меня попереживать со своими рассказами (расслабляется и успокаивается)».

Вопросы:

1. Какую значимую информацию о формировании личности испытуемого подтверждает исследование с помощью вышеупомянутых картинок ТАТ?
2. В чем проявляется проективность ситуаций, изображенных на картинах ТАТ с обстоятельствами уголовного дела? Укажите 3 примера из текстов протоколов, указывающих на эту связь.
3. Приведите перечень нормативных документов, которыми должен руководствоваться психолог при проведении судебно-психологической экспертизы.

История 2. Вопросы медико-социальной экспертизы

Мария И., 52 года, кладовщик.

Направлена на МСЭ для определения степени утраты трудоспособности. Больная претендует на 2-ю группу инвалидности.

Две недели находилась на лечении в неврологическом отделении с диагнозом: Нарушение мозгового кровообращения по геморрагическому типу в бассейне правой средней мозговой артерии с синдромами корковой дисфункции и поражением 7 и 12 пар по центральному типу с левосторонним гемипарезом. Гипертоническая болезнь II Б степени. Атеросклероз сосудов головного мозга.

В последующем в течение 4 мес. продолжала лечение амбулаторно. Отмечалось некоторое улучшение со стороны двигательных функций. В стационаре психодиагностическая работа с пациенткой не осуществлялась.

Психолог, недавно закончившая вуз, устроилась в бюро МСЭ по совместительству. Обследовав данную больную, она представила следующее заключение по результатам ЭПИ:

Больная вошла в кабинет самостоятельно. Пациентка правша. Отмечается нарушение походки, «загребает» левой ногой и «просит» левой рукой. Сознание ясное. В контакт вступает. Ориентирована в месте, времени, называет свое имя и фамилию. Жалуется на слабость, головокружение, повышение АД. В положении сидя малоподвижна, заторможена, не собрана, рассеяна. Объем произвольного внимания низок. Мышление замедленное. Память на текущие события сохранена. Имеются явные признаки моторной афазии. В речи наблюдаются персеверации. Отмечается явное интеллектуальное снижение вследствие перенесенного инсульта. Имеет место выраженная степень нарушения когнитивных функций.

Руководитель бюро МСЭ представленный акт отклонил и направил больную на обследование к другому специалисту, а психологу предложил уволиться по причине ее профессиональной некомпетентности.

Вопросы:

1. Прочитайте внимательно заключение и найдите в нем, как минимум, 3 наиболее значимые и грубые ошибки.
2. Перечислите нормативные документы, касающиеся деятельности бюро МСЭ, укажите цели и задачи работы психолога в первичном бюро МСЭ.
3. Какие категории жизнедеятельности должны учитываться при определении группы инвалидности? В данном случае, если больная претендует на 2-ю группу инвалидности, какие категории должны быть четко прописаны в заключении в первую очередь?

История 3. Деятельность психолога в психолого-медико-педагогической комиссии

Алеша, 9 лет, учащийся 1-го класса общеобразовательной школы. Направлен на ПМПК после психолого-педагогического консилиума. Слабо усваивает

программу массовой школы. Испытывает затруднения почти по всем устным предметам и в письме.

Анамнез. Родился от второго незарегистрированного брака, отец оставил семью еще в период, когда мать была беременна. Эта, ее 5-я беременность, протекала на фоне никотиновой зависимости, алкоголизаций и переживаний в связи с заведенным на нее уголовным делом. Вскоре мать была осуждена за мошенничество и родила ребенка уже в колонии в сроке 36 недель. Вес при рождении 2450 г, закричал сразу. По шкале Апгар – 5 баллов. Выписан из роддома на 7 сутки с заключением: недоношенность I-й степени. Грудью не вскармливался. Сидеть стал с 6-ти месяцев, ходить – с 1 года 3 мес. В 5 мес. был консультирован неврологом, установлен диагноз: Перинатальное поражение ЦНС, синдром двигательных дисфункций.

Мать навещала сына в доме ребенка при колонии при первой возможности, однако большую часть времени он находился под присмотром персонала, который осуществлял недостаточный уход. Имел привычку сосать большой палец правой руки перед засыпанием, которая сохранилась вплоть до начала обучения в школе. Научившись стоять, раскачивал себя в кроватке. В возрасте 1,5 лет был передан на воспитание в семью бабушки и деда, которые его чрезмерно опекали, лишая самостоятельности, вследствие чего оказались недостаточно развиты навыки самообслуживания, например, ленился одеваться, обращался за посторонней помощью. Мать вернулась из заключения, когда сыну исполнилось 3 года и 1 мес.

Мальчик рос болезненным, анемичным, беспокойным, капризным, часто болел простудными инфекциями, отмечалась задержка речевого развития. До 4-х лет речь была совсем невнятной, в дальнейшем стал говорить более разборчиво. Детский сад не посещал, воспитывался дома.

В школу пошел с 8 лет. Программу усваивает слабо из-за выраженного нарушения речи, которая отличается смазанностью, невнятностью. Произносимые звуки, особенно «ч» и «ц», «р» и «л», произносит приближенно. Мальчик читает, запоминает и пересказывает простые тексты и стихи. Пишет с ошибками. При письме проявляются специфические ошибки замены звуков (т-д, ч-ц и др.). На уроках невнимателен, часто отвлекается, временами бывает упрям, обидчив, негативистичен, возбудим, раздражителен. Нередко подвергается насмешкам и передразниваниям, иногда сам задирает сверстников.

МРТ головного мозга (заключение): признаки локального глиоза перивентрикулярных отделах справа как последствия перинатального поражения ЦНС, начальные проявления внутренней открытой гидроцефалии.

Заключение невролога: Резидуальная энцефалопатия. Внутренняя открытая гидроцефалия, субкомпенсация.

Заключение психиатра: Последствие раннего органического поражение головного мозга с легкими когнитивными нарушениями и расстройством речи. F 06.7

Заключение логопеда: общее недоразвитие речи III уровня на фоне псевдобульбарной дизартрии, отягощенное зубочелюстной патологией.

Психолог установил у мальчика по шкале Векслера (WISC) следующие показатели IQ: вербальный интеллект – 66 баллов, невербальный интеллект – 87 баллов.

Вопросы:

1. Членами ПМПК после обсуждения данного случая было принято решение рекомендовать дальнейшее обучение в специальном (коррекционном) образовательном учреждении V вида. Обоснуйте целесообразность данного решения.
2. Приведите дифференциально-диагностические критерии отграничения задержки психического развития (F81) и легкой умственной отсталости (F70) на уровне когнитивных и поведенческих паттернов (не менее 5 признаков).
3. Перечислите основные нормативные документы, которыми руководствуется психолог ПМПК.

История 4. Деятельность психолога в военно-врачебной комиссии

Андрей С., 18 лет, учащийся техникума

Отца нет, мать лишена родительских прав из-за пьянства. С 4-х летнего возраста находился под опекой родного дяди. В опекаемой семье материальный достаток выше среднего, опекун занимается частным бизнесом, его жена – служащая банка. Деньги, получаемые на опекуна, отдавали в банк под проценты, до его совершеннолетия, на личный счет призывника. Когда ему исполнилось 18 лет, он самостоятельно снял все деньги со счета и потратил их по собственному усмотрению (купил подержанный легковой автомобиль, ездил без прав, впоследствии разбил машину и сдал ее на металлолом). Юношу воспитывали в достатке, ни в чем не отказывали (в допустимых рамках), некогда не ругали и «не рукоприкладствовали», в воспитании придерживались демократичного стиля. Однако на мальчика, начиная с детского сада, постоянно поступали жалобы на неадекватное поведение (не придерживался общей дисциплины и общественных норм и правил, требуемой от детей в социальном учреждении и в общественных местах). Та же картина продолжилась в школе: низкая успеваемость, плохая дисциплина, частые прогулы, неуместные оправдания. Педагогами техникума

характеризуется как несерьезный, развязный, безответственный, нельзя положиться, даже в тех случаях, когда сам проявляет инициативу, может подвести. Учебу не рассматривает как переходный, вспомогательный этап к овладению профессией, учится потому, что ежемесячно платят «сиротские» деньги. Жизнь для него представляется красочной, богатой, красивой, но стремлений заработать на жизнь трудом нет. Стремится быть в центре внимания, любит покрасоваться перед сверстниками Начал злоупотреблять алкоголем. Однажды, находясь в алкогольном опьянении, после ссоры с девушкой порезал себя лезвием, нанеся на запястье и коже живота множественные поверхностные раны. Объяснил, что «был не в себе», а «вид крови успокоил». Однако желания покончить с собой не было.

Психолог, работающий в ВВК при военкомате, рекомендовал направить юношу на стационарное психиатрическое обследование. При стационарной экспертизе был установлен диагноз, соответствующий рубрике МКБ-10 F.61.0 «Смешанное расстройство личности». Акт психиатрического освидетельствования сопровождался заключением медицинского психолога по ММРІ:

Код профиля ММРІ по Хатауэю: 489'270361/5 – FLK

Достоверность результатов тестирования подтверждается нормативными показателями оценочных шкал: L= 48, F= 76 (увеличено незначительно), K=53 T. Данный профиль испытуемого с высоким пиком по 4-й шкале (80T) выявляет психопатические черты возбудимого типа, выраженную импульсивность, конфликтность, усиливая характеристики сопутствующих повышений по шкалам 8-й и 9-й. Код 489 определяет акцентуацию по гипертимному или экзальтированному типу и выявляет завышенную самооценку, бесцеремонность поведения, снисходительное отношение к своим промахам и недостаткам, эмоциональные всплески с быстрой отходчивостью, затрудненный самоконтроль. Сочетание высоких показателей по шкалам 9 и 8 свойственно людям, поступки которых не прогнозируемы и неуправляемы, а эгоцентризм и независимость крайне заострены. Относительно низкий показатель 5-й шкалы указывает на типично мужской стиль полоролевого поведения, жесткость характера, отсутствие сентиментальности.

Решением ВВК призывник был комиссован по ст.18 б.

Вопросы:

1. Может ли данный освидетельствованный быть призван на военную службу? Если да, то при каких обстоятельствах?
2. Изучите расписание болезней, предусматривающего требования к состоянию здоровья призывников и военнослужащих, и объясните, что означают категории годности к военной службе: а, б, в, г, д. Приведите

примеры использования этих категорий к диагнозам «шизофрения», «кратковременные преходящие экзогенные психические расстройства» (для контрактников), «невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства при легких и кратковременных болезненных проявлениях, закончившихся выздоровлением» (для проходящих срочную службу).

3. Составьте перечень документов, регламентирующих работу психолога в военно-врачебной комиссии.