

7. Cervellione K.L., Burdick K.E., Cottone J.G. et al. (2007) Neurocognitive Deficits in Adolescents with Schizophrenia: Longitudinal Stability and Predictive Utility for Short-Term Functional Outcome. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 46(7):867-878.
8. Frangou S., Hadjulis M., Vourdas A. (2008). The Maudsley Early Onset Schizophrenia Study: Cognitive Function Over a 4-Year Follow-Up Period. *Schizophr Bull*, 34(1):52–59.
9. Gochman P.A., Greenstein D., Sporn A. et al. (2004) Childhood onset schizophrenia: familial neurocognitive measures. *Schizophrenia Research*, 71:43– 47.
10. Harvey PD. (2006) Cognitive Deficits as a Core Feature of Schizophrenia. In: C.G. Kruse et al. (Eds): *Thinking about Cognition: Concepts, Targets and Therapeutics*. Amsterdam: IOS Press, 29-38.

## **Методика патопсихологического обследования больных наркотической и алкогольной зависимостью**

Цветков А.В.

Московский научно-практический центр наркологии, г. Москва, Россия

Проблема злоупотребления психотропными и наркотическими веществами является реальной угрозой здоровью нации – так, по данным ООН, Россия входит в пятерку стран с наибольшим количеством наркоманов в процентном отношении. За последние 10 лет (с 2001 по 2010 гг.) число официально состоящих на наркологическом учете выросло с 369 до 550 тыс. человек, при этом, учитывая международные методики, следует применять мультипликатор 1:5, получая цифру в 2-2,5 млн. человек, т.е. около 2% населения страны [3]. Поэтому проблема квалификации дефекта больных, поступающих на лечение от наркотической и/или алкогольной зависимости, и выявление путей их дальнейшей реабилитации представляется неизменно актуальным.

Вместе с тем, несмотря на то, что патопсихологическое обследование данной категории больных проводится вот уже несколько десятков лет [2], до сих пор каждый специалист руководствуется своими соображениями при выборе конкретных методов и всей методики экспериментально-психологического исследования. Это создает ряд проблем: а) трудности сопоставления статуса больного как при поступлении в разные клиники, так и даже в разные отделения одной клиники (а такое сопоставление проводится регулярно, ввиду продолжительного и неоднократного лечения зависимостей); б) затруднено решение вопросов научно-методического характера – обобщения

данных по больным, адаптации реабилитационных программ к тому контингенту больных, который реально поступает на лечение. Особую значимость эти проблемы приобретают в рамках «большого» стационара – так, в МНПЦ наркологии в год лечится свыше 5 тысяч пациентов.

Поэтому было принято решение о создании единой методики патопсихологического обследования больных зависимостями в рамках нашего учреждения. Часть проб методики и параметров их анализа была заимствована из нейропсихологического обследования (Цветкова Л.С. [1])

Методика состоит из следующих блоков:

I. Беседа. В ходе беседы больному задаются следующие вопросы:

1. Как Вы себя чувствуете? Как привыкли к режиму лечения? Есть ли жалобы?
2. Что привело Вас к нам в клинику?
3. Вы в первый раз лечитесь? Если лечились, то где?
4. Если был срыв, что было его причиной?
5. А что помогало «держаться»?
6. Что или кто повлиял на Ваше решение лечиться?
7. Что Вы ожидаете от лечения в нашем Центре?
8. Знаете ли Вы о реабилитационной программе [программа стационарной реабилитации по Миннесотской модели]? Собираетесь ли после выписки посещать группы АА/НА?
9. С какими серьезными потерями Вы сталкивались в своей жизни?
10. Что делаете, чтобы расслабиться? Есть ли у Вас увлечения (хобби)?
11. Есть ли у Вас друзья? С кем Вы больше всего общаетесь?

По итогам беседы психолог, помимо конкретных ответов на вопросы, значимых для планирования дальнейших психокоррекционных и реабилитационных мероприятий, отмечает:

- доступен контакту (полностью, частично, недоступен)
- общая активность (заторможен, в норме, гиперактивен)
- речь (интонация – модулированная/нет; развернуто/ односложно; логично/ с резонерством; правдиво/уклончиво)
- критика (сохранна, частичная, нарушена)
- поведение (мимика – богатая/бедна/амимичен; пантомима – есть жестикуляция/ бедная жестикуляция или отсутствует; фон настроения позитивный/негативный, соответствие мимики настроению да/нет)
- поведение в ситуации обследования (усваивает или нет инструкции; критичность к ошибкам или неточностям в рассказе; отвлекаемость да/нет; утомляемость высокая/норма/ низкая)

- наличие «преобладающей» тем в беседе да/нет

## II. Сенсо-моторная сфера:

а) таблица Шульте (общий темп, стратегия – планомерная, хаотическая, смешанная); б) серийный счет, проба «100-7» (ошибки пространственного, персевераторного, регуляторного характера); в) копирование куба (ошибки пространственного, регуляторного характера, нарушение тонуса); г) графическая проба «забор» (персеверации, неудержание программы, нарушения тонуса)

## III. Память:

а) слухо-речевая память – проба «2 группы по 3 слова» (контаминации, вплетения, утрата порядка слов, «слипание рядов», слабость следовой деятельности) и пересказ короткого рассказа (передача формального сюжета и смысла, вплетения, резонерство); б) зрительная память: запоминание картинок, обрабатываемых в пробах на Речь (см. ниже) (слабость следовой деятельности, контаминации, вплетения).

## IV. Мышление:

а) понимание рассказа (ответы на вопросы о смысле рассказа, о плохом/хорошем герое); б) рассказ по серии сюжетных картинок (3 картинки) (удержание сюжета, развернутый/неразвернутый рассказ, полная/неполная передача смысла); в) обобщение 4 предметных картинок одним словом (адекватность выделения существенного признака, адекватность вербализации); г) «4й лишний» - исключение лишнего предмета с объяснением принципа (адекватность выделения существенного признака, адекватность вербализации, способность развернуто пояснить свой ответ/резонерство)

## V. Речь:

а) автоматизированная – счет «от 1 до 10/ от 10 до 1» (остановки, сбои в порядке чисел); б) номинативная, название картинок по 1, по 2, по 3 – указанных психологом (трудности в формировании предметного образа-представления, особенно в зашумленных картинках); в) импрессивная (покажи картинку, где...) (трудности понимания обращенной речи); г) понимание логико-грамматических конструкций: дополнение предложений с пропущенными словами (2 фразы); инверсные конструкции (1-2); понимание пространственных предлогов (необходимость внешней помощи в понимании конструкций/невозможность понимания).

По итогам обследования делается вывод о дефекте/сохранности у больного звеньев психической деятельности, наиболее значимых в процессе реабилитации – речи, мышления, внимания и других, связанных с ними

системно. Эти данные предоставляются как лечащим врачам, так и психологам, работающим по реабилитационным программам.

#### Литература

1. Цветкова Л.С. Методика нейропсихологической диагностики детей. Методологический альбом .-М.,2002
2. Шабанов П.Д., Штакельберг О.Ю. Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация. -СПБ.,2000
3. Электронный ресурс: режим доступа – URL: <http://www.rian.ru/spravka/20100422/225438645.html>

### **Классификация латентных признаков в патопсихологическом обследовании при шизофрении**

Чебакова Ю.В.

ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Определение латентных признаков (далее - ЛП) играет существенную роль при оценке операционального компонента мышления больных и уровня их патологии, что в дальнейшем сказывается на построении патопсихологического диагностического суждения, в частности, при дифференциальной диагностике. Выделением различных видов латентных признаков занимались В.М.Блейхер [1], Б.В.Зейгарник [2,3], И.В.Круг [1], С.В.Лонгинова [4], Ю.Ф.Поляков [5], Б.Г.Херсонский [6], тем не менее, на данный момент не существует определённой классификации ЛП.

Классификация ЛП позволит оценить степень выраженности операциональных нарушений мышления на разных стадиях заболевания и определить их вклад в структуру патопсихологического синдрома.

Целью данного исследования является выделение различных видов ЛП. Объектом исследования – различные виды ЛП. В исследовании мы исходим из предположения о взаимосвязи различных видов ЛП со стажем заболевания при параноидной шизофрении.

Материалы и методы. Было обследовано 20 человек (10 – мужчин, 10 – женщин) больных параноидной шизофренией в возрасте от 35 до 58 лет с различным стажем заболевания.

Для анализа результатов определялась частота встречаемости ЛП в различных методиках исследования мышления («Пиктограммы», «Сравнение понятий», «Классификация предметов», «Исключение лишнего»).

Результаты и их обсуждение. В результате исследования были выделены