

ФЕДЕРАЛЬНОЕ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОЕ АГЕНТСТВО
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ БЮРО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ
(ФГБУ ФБ МСЭ)

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ
ДИАГНОСТИКИ В УЧРЕЖДЕНИИ МСЭ

Методическое руководство

Москва, 2012

Учебно-методическое руководство ФМБА и ФГБУ ФБ МСЭ "Организационно-методическое обеспечение психологической экспертно-реабилитационной диагностики в учреждении МСЭ"

Авторский коллектив:

Лаврова Д.И., доктор медицинских наук, профессор Шабалина Н.Б.,
кандидат психологических наук Морозова Е.В., кандидат
психологических наук

©ФГБУ ФБМЭ Москва-2012

ВВЕДЕНИЕ

На современном этапе развития медико-социальной экспертизы **включение** в состав бюро медико-социальной экспертизы **психолога**, участвующего в экспертно-реабилитационной диагностике, повышает диагностические возможности этих учреждений за счет психологических знаний о человеке вообще и о человеке, находящемся в ситуации инвалидизирующего заболевания, травмы или дефекта в частности.

Психология привнесла в процесс экспертизы собственную методологию и специфические диагностические методы, позволяющие с достаточной долей объективности оценивать состояние психических функций, свойств и состояний человека, что необходимо для целей медико-социальной экспертизы.

Эти знания, обеспечивающие целостное восприятие больного как личности с учетом ее индивидуальных особенностей, должны служить повышению качества экспертно-реабилитационной диагностики в целом.

Включение психолога в штатный норматив бюро МСЭ оправдано, т.к. это расширяет диагностические возможности и повышает ее качество при осуществлении медико-социальной экспертизы.

Однако, положение психолога среди других специалистов бюро до сих пор не определено: не разработаны процедурные и организационные вопросы, нет специальных нормативных критериев, определяющих регламент работы этого специалиста.

Настоящее методическое руководство направлено на определение технологии работы психолога бюро МСЭ с учетом решаемых задач этим специалистом соответствующими психологическими методами.

По существующему законодательству больные в учреждение МСЭ должны поступать после прохождения соответствующего лечения, полностью обследованными всеми специалистами (в том числе и специалистом психологом). Однако, жизненные реалии позволяют убедиться в том, что по-прежнему обследование у специалиста психолога на этапе лечебного учреждения является своего рода “экзотикой”. Таким образом, в учреждения МСЭ пациенты, обследованные психологом, попадают в крайне редких случаях. При этом, наиболее лидирующее содержание жалоб больных, по-прежнему сводится к “ухудшению памяти”, “рассеянности”, “забывчивости”, “плохому настроению”, “усталости”, “слабости”, т.е. тех характерных симптоматических проявлений, истинно объективизировать

которые возможно лишь в условиях патопсихологического эксперимента, основного психодиагностического метода, которым владеют психологи.

К сожалению, представленные психологические заключения из первичного лечебного учреждения (больницы, диспансера, поликлиники) бывают не информативны, не отражают структуры нарушений психических функций, либо содержат их разрозненное описание без учета эмоциональных и личностных особенностей больного, что делает невозможным объективизировать степень выраженности функциональных нарушений, а следовательно и их влияние на ограничения жизнедеятельности.

Таким образом, особенностью работы клинического психолога в учреждениях медико-социальной экспертизы является объективизация функциональных нарушений (с выделением структуры первичных и нарушений иного порядка, а также их дифференциация по степени выраженности) в условиях патопсихологического эксперимента.

Методологические подходы к оценке нарушений психических функций в медико-социальной экспертизе исторически опираются на московскую патопсихологическую школу. Основной идеей, сформулированной в трудах Б.В. Зейгарник, является положение о том, что распад психической деятельности протекает по иным законам по сравнению с развитием психики в детском возрасте, что ставит во главу угла патопсихологического исследования изучение особенностей распада психики, вследствие болезни или травмы [2,4].

Родоначальники патопсихологической науки, которые стояли у истоков формирования ее принципов, фактически были основателями системы показателей оценки психической деятельности больных. Методологический подход, который положен в основу патопсихологического эксперимента, актуален и для целей медико-социальной экспертизы. [1,2,4, 5,6,8,9,10].

С организационных позиций, до настоящего времени не существует ни одного утвержденного на федеральном уровне нормативного документа, регламентирующего деятельность психолога бюро МСЭ.

На данном этапе известные нам приказы и методические рекомендации по организации работы медицинского психолога в основном касаются специалистов, работающих в учреждениях здравоохранения, в судебно-психиатрической экспертизе, в системе специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением [3,7].

Анализируя данные документы, регламентирующие деятельность психолога в сфере здравоохранения, можно сделать несколько существен

ных выводов и обозначить актуальную проблематику, требующую конкретного решения.

Известные нормы функционирования психологической службы строятся с учетом специфичности медицинских учреждений (лечебно-профилактических учреждений, в том числе, оказывающих специализированную психиатрическую и психотерапевтическую помощь, людям, оказавшимся в кризисной ситуации, а также людям, находящимся в процессе судебно-психиатрической экспертизы и др.).

Однако, медико-социальная экспертиза, решающая особые задачи, связанные с учетом не только личных, но и государственных (финансово-экономических, демографических и правовых аспектов), и обоснованно создающая свою психологическую службу, не имеет унифицированных, утвержденных как нормативные) регламентов работы психологов учреждений медико-социальной экспертизы.

Кроме того, фактическое положение психолога, организационно включенного в состав бюро медико-социальной экспертизы затруднено тем, что на практике его работа в коллективе не-психологов, часто по давлению некомпетентными требованиями со стороны медицинского персонала и сводится к выполнению технической работы (регистратор, секретарь).

Врачи-эксперты не всегда учитывают результаты экспертно-психологического исследования, неэффективно его используют при решении диагностических и экспертных вопросов.

Нередко участие психолога в деятельности бюро МСЭ является формальной процедурой. Данная ситуация требует определенной доработки и завершения и является одной из главных задач, стоящих перед руководителями данной службы, и специалистами медико-социальной экспертизы в целом.

С учетом изложенных проблем в данном методическом письме определен круг вопросов, требующих решения, предложены и обоснованы организационно-правовые, нормативные и научно-методические подходы к деятельности психолога учреждения медико-социальной экспертизы.

1. Актуальность утверждения временных и количественных нормативов деятельности психолога системы учреждений медико-социальной экспертизы

Изначально психолог введен в штатный норматив бюро, как специалист,

участвующий в принятии экспертного решения, Постановлением Правительства Российской Федерации от 13.08.1996 № 965. В 2009 г. в изданном Минздравсоцразвития РФ Приказе № 906н “Об утверждении Порядка организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы” подтверждается включение психолога (медицинского психолога) в состав специалистов бюро. Иных нормативных документов, содержащих решение вопросов регламентирующих труд психологов, не имеется.

Существуют лишь работы рекомендованного характера - методические рекомендации В.Н. Зухаря, С.Я. Рубинштейн (1975), Г.Л. Воронкова, В.М. Блейхера, С.П. Гарницкого (1980), Н.Б. Шабалиной (2000), И.О. Фалалеева, Г.И. Гиндина, В.Е. Петрова, Т.Н. Денисова (2006), Р.М. Войтенко (2007) и др. К последним работам на эту тему относятся книга “Нормативно-правовая документация практического психолога” (ОН. Истратова, Л.В. Посошенко, 2008). [3]

Также не разработан алгоритм взаимодействия специалистов бюро медико-социальной экспертизы с психологом.

Данные вопросы требуют регламентации с целью закрепления статуса психолога в этих учреждениях, в соответствии с целями его деятельности и должностными обязанностями.

2. Задачи, виды и этапы деятельности психолога бюро МСЭ

2.1. Цели, основные задачи, этапы осуществления психологической экспертно-реабилитационной диагностики

Два основных направления деятельности психолога - участие в экспертно-реабилитационной диагностике и участие в разработке индивидуальной реабилитационной программы включают решение *следующих конкретных задач*:

- осуществление диагностики актуального психологического статуса пациента, включая оценку познавательной, эмоциональной, личностной сфер на основе психологических принципов (комплексность, системность, динамический подход качественно-количественный анализ результатов);
- определение структуры нарушенных и сохранных психических функций и степени выраженности имеющихся нарушений;
- определение патопсихологического синдрома;
- обоснование практических выводов о степени и видах ограничений

в различных сферах жизнедеятельности человека;

- выделение реабилитационных диспозиций-“мишсий” реабилитанта и перечня мер по психологической реабилитации.

Основные цели работы психолога бюро МСЭ опреждмшичен общи ми задачами, стоящими перед медико-социальной экспертизой.

В каждом конкретном случае направление на экспертно-психологическое обследование должно быть обосновано либо запросом других специалистов, входящих в состав бюро МСЭ (экспертами различного профиля, реабилитологом, специалистов по социальной работе), либо самим психологом после первичного знакомства в процессе беседы).

Запрос должен находиться в компетенции медицинского психолога - выявить структуру дефекта, оценить степень нарушений психической деятельности, выявить возможности включения компенсаторных механизмов, оценить возможности выполнять определенные виды деятельности (в том числе профессиональной), выявить возможности восстановления, коррекции или компенсации нарушенных функций и мер осуществления этого.

Запрос должен быть четко сформулирован и указан в соответствующей заявке. Формулировка запроса должна быть корректной и не противоречить методологическим принципам психодиагностики, которые не допускают проведение “проверки” одной психической функции независимо от общего контекста психической деятельности.

Таким образом, работа психолога бюро МСЭ опосредуется следующими факторами:

- осуществляется в соответствии с запросами экспертно-реабилитационного диагностического процесса;

- опирается на теоретические и методологические положения психологической науки о системном и комплексном исследовании психической деятельности, игнорирование которых практическим психологом может быть расценено как профессиональная некомпетентность;

- осуществляется индивидуально с соблюдением требований конфиденциальности без участия посторонних лиц, в том числе другого медицинского персонала.

2.2. Методики, рекомендуемые для целей МСЭ

Набор необходимых методик определяется в каждом конкретном случае характером задачи (запроса), поставленной перед психологом, но

обязательно должен включать их различные варианты, позволяющие системно оценить психическую деятельность освидетельствуемого (общее количество не меньше 8-9). При выборе методик предпочтение должно быть отдано методикам патопсихологического эксперимента. При этом психолог пользуется определенной свободой в выборе методик при выстраивании стратегии экспериментально-психологического исследования, с учетом индивидуальных особенностей каждого больного и характера запроса.

Психолог в ходе обследования может менять общую тактику обследования и выбор диагностических средств.

Экспериментально-психологическое исследование отличается большим многообразием применяемых методик. Как правило, большинство из них обладают достаточно широким диапазоном, а один и тот же дефект обнаруживается при исследовании различных проявлений психической деятельности. Однако, не каждый методический прием позволяет достоверно судить о форме и степени психического нарушения, а взятая отдельно методика не имеет решающего диагностического значения.

Качество психологического обследования в значительной мере зависит от того, каким количеством приемов владеет психолог. Для получения достоверных характеристик психических функций необходимо использовать несколько методик. Это позволяет исключить влияние случайных факторов и уточнить полученные данные.

Во время исследования необходимо учитывать поведение больного: отношение к ситуации экспертного обследования, реакции на инструкцию, на содержание экспериментальных заданий, на трудности и ошибки, на оценку результатов самим обследуемым и экспериментатором, на оказываемую помощь, на изменение условий протекания деятельности и приспособление к этим изменениям. Необходимость эта обусловлена смыслом психодиагностики; измерять и исследовать не отдельные процессы, ***а исследовать человека, совершающего реальную деятельность.***

Суть клинико-психологического эксперимента позволяет оказывать больному дозированную помощь, позволяющую определить зону его ближайшего развития. Подобные данные могут быть информативны как для диагностики (попытка объективной оценки нарушения функции, выявление сохранного звена на которое можно опереться), так и для коррекции, восстановления психических функций (возможность развития данной компенсаторной стратегии). Предъявление инструкций к заданиям должно

быть четким, понятным, доступным. Небрежное, нечеткое предъявление инструкции может *изменить характер и результаты эксперимента.*

Ниже приведен перечень наиболее используемых в практике психодиагностических методик с учетом хронометража их выполнения и обработки.

Психологические методики, рекомендуемые для использования в целях экспертно-реабилитационной психодиагностики

Функции	Методики	Время выполнения (мин)
Сенсомоторная сфера и влияние	Корректурная проба	3-10
	Отыскивание чисел	5-20
	Счет по Крепелину	3-5
	Отсчитывание (дезавтоматизация)	3-10
	Круг «Когана»	5-10
Мышление	Классификация предметов	15-40
	Тест Векслера	60-90
	Методика Коса	10-30
	Доски Сегена	5-15
	Исключение предметов	5-20
	Существенные признаки	5-15
	Простые аналогии	5-15

	Сложные аналогии	10-30
	Сравнение понятий	5-15
	Трактовка пословиц, метафор и фраз	10-15
	Заполнение пропущенных в тексте слов	5-10
	Объяснение сюжетных картин	5-20
	Установление последовательности событий	5-10
	Пиктограмма	15-40

Память	'Заучивание 10 слов	10-15	5-10
	Воспроизведение рассказов	10-15	5
	Опосредованное запоминание (по Леонтьеву)	10-25	5-10
	Называние 60 слов	5	5
ассоциативные процессы	Ответные ассоциации	5-10	5
	Противоположности	5-10	5
	Уровень социальной фрустрированности (УСФ)	5-7	5
	«Опросник социальной значимости заболевания» (Сердюк)	5-7	3
эмоционально-информационная сфера			
	Исследование самооценки	5-20	5-10
	Тест Розенцвейга	15-45	15-20
	Рисунок человека	10-20	15-20
	Тест Люшера	5-10	10-15

	Рисунок несуществующего животного (РНЖ)	5-15	15-20
	Методика «Дом, дерево, человек»	10-20	15
	«Тест 20 утверждений» (Кто ты?)	10-15	5-10
	Потребностно-мотивационная направленность (Что ты хочешь?)	10-15	5-10
	Оценивается на протяжении всего эксперимента и беседы с больным		
динамика познавательной способности, эмоциональность)			

Нейропсихологические методики, рекомендуемые для использования в целях
экспертно-реабилитационной психодиагностики

Функции	Методики	Время выполнения (мин)	Время обработки (мин)
Кинестетический праксис	Праксис поз по зрительному образцу	5-10	5
	Праксис поз по кинестетическому образцу	5-10	5
	Перенос поз по кинестетическому образцу	5-10	5
	Оральный праксис	5-10	5
Вербальный (динамический) праксис	«Кулак — ребро — ладонь».	5-10	5-10
	Графическая проба «Заборчик».	5-10	5
	Реципрокная координаты рук	1-2	1-5
Пространственный праксис	Проба Хэда	10-15	5-10
Тактильные и диагностические функции	Локализация прикосновения	1-2	1-5
	Проба Тойбера	1-2	1-5
	Проба Ферстера	1-5	1-5
	Называние частей тела	1-2	1

Зрительный гнозис	Восприятие предметных реалистических изображений	1-5	1-5
	Перечеркнутые изображения	1-5	1-5
	Фигуры Поппельрейтера	1-5	1-5
	Незавершенные изображения	5-10	5
	Химерные изображения	1-2	1-2
	Лицевой гнозис	1-5	1-5
	Эмоциональный гнозис	1-5	1-5
	Цветовой гнозис	1-5	1-5
Пространственный гнозис	Проба «Зеркальные буквы»	1-5	1-5
	Проба «Слепые часы»	5-10	10
Копирование	Тесты Тейлора и Рея-Остеррица	15-30	5-10
	Копирование проекционных изображений	5-10	1-5
	Копирование изображений с поворотом на 180	5-10	1-5
Слуховой гнозис	Восприятие звуков	1-5	1-5
	Восприятие и воспроизведение ритмов	1-5	1-5
Речевые функции	Автоматизированная речь	1-5	1-5
	Фонематический слух	1-5	1-5
	Понимание логико-грамматических («квазипространственных») конструкций	5-10	5-10
Память	«2 фигуры по 3 слова»	3-5	5-10

	«6 фигур»	5-10	5-10
--	-----------	------	------

Вышеуказанные методики являются традиционными в осуществлении психодиагностики и представлены в следующей научно-методической литературе [1,2,4,8,9,10].

Одной из актуальных проблем в деятельности психологов является многогранность трактовок и субъективизация оценок степени выраженности симптоматических проявлений нарушений психики, что обусловлено различными подходами в психологической науке, рождает “разногласицу” недопустимую в такой области доказательной медицины как медико-социальная экспертиза и требует единых подходов к оценке функциональных нарушений.

Учитывая опыт работы психологов Федерального Бюро, а также анализ психологических заключений из регионов, необходимо придерживаться единых критериев оценки, а также способов предъявления заданий в методиках, изменение которых (либо вольная трактовка) приводят к недооценке степени выраженности функциональных нарушений.

Традиционные методологические подходы к оценке нарушений психических функций в медико-социальной экспертизе исторически опираются на московскую патопсихологическую школу (Б.В. Зейгарник, С.Я. Рубинштейн, В.М. Коган, Э.А. Коробкова) [2,4,8].

В приложении представлены методики с критериями оценок степени выраженности функциональных нарушений, на которые следует опираться при составлении патопсихологического заключения.

2.3. Этапы психодиагностического обследования и виды деятельности психолога, в рамках работы бюро медико-социальной экспертизы

Обследование больного включает в себя знакомство с больным, процедуру обследования, этап анализа и обобщения результатов в форме заключения и вынесения психологического диагноза.

Для участия в экспертно-реабилитационной диагностике психолог бюро медико-социальной экспертизы поэтапно осуществляет **следующие виды деятельности.**

- изучает медицинские документы освидетельствуемого,
- ведет наблюдение, в процессе экспертной комиссии, за поведением освидетельствуемого с целью принятия совместного с врачами-экспертами решения о необходимости индивидуального психологического обследования (метод наблюдения),

- осуществляет беседу с освидетельствуемым (метод клинической беседы),
- проводит обследование больного,
- осуществляет анализ полученных результатов, обобщение и написание заключения, участвует в обсуждении полученных результатов с экспертной комиссией и руководителем экспертного состава,
- по запросу освидетельствуемого или врача-эксперта, осуществляет профориентационное консультирование,
- по запросу освидетельствуемого или врача-эксперта (на уровне ФГУ ФБ МСЭ) осуществляет психологическое консультирование, психологическую коррекцию в индивидуальной или групповой форме.
- предоставляет данные о состоянии психической деятельности освидетельствуемого другим специалистам бюро (докладывает и обсуждает результаты обследования с врачами экспертами), для экспертной оценки и формирования ИПР, а также участвует в принятии экспертных решений.

2.3.1. Изучение клиничко-экспертной документации освидетельствуемого Экспертно-реабилитационная психодиагностика начинается с изучения медицинских документов освидетельствуемого (запрос, акт, амбулаторная карта, выписки из истории болезни и др.) с целью постановки конкретных задач, планирования, подбора необходимых методик для осуществления обследования.

Время, требуемое на ознакомление с документами составляет 5-7 минут.

2.3.1. Беседа с освидетельствуемым

Следующим этапом является **беседа с освидетельствуемым**. Беседа - это метод психодиагностики, которая носит психотерапевтический характер. Основная цель беседы - установление доверительного контакта и фасилитирующей обстановки для проведения дальнейшего исследования. В процессе беседы происходит знакомство с пациентом, выясняются его установки, направленность личности, характер эмоциональных реакций, отношение к болезни и своему социальному статусу; субъективная оценка своей самоэффективности, определяется социальное положение, уровень общего развития, осведомленности, круг интересов, основные потребностно-мотивационные характеристики, а также перспектива будущего.

Время, требуемое на беседу с освидетельствуемым может варьироваться **от 15 до 20-30 минут.**

2.3.2. Проведение пато- и/или нейропсихологического обследования

Переходить к следующему этапу - **этапу экспериментального обследования** возможно лишь после установления благожелательного контакта с обследуемым. Этот этап требует **не менее 1 - 1,5 часов**. Свыше 1,5 часов проведение обследования не рекомендуется, так как обследуемый утомляется. В случае необходимости можно продолжить обследование на следующий день.

Построение экспериментально-психологического исследования предусматривает использование многообразных методических подходов (методики патопсихологического эксперимента, нейропсихологические методики, психометрические методики, опросники, проективные методики).

Общее количество их должно быть 8-9. Набор их определяется в каждом случае запросом, жалобами больного, характером заболеваний, возрастом, образовательным уровнем и другими факторами, определяющими индивидуальности свидетельствуемого.

2.3.3. Анализ, обобщение результатов исследования и написание заключения

Заключительный этап исследования - **анализ, обобщение, интерпретация полученных данных**, интегративная оценка всей экспериментальной ситуации в целом. Он завершается написанием заключения и **формулировкой психологического синдрома**.

Процесс анализа и интерпретации результатов исследования включает следующие аспекты:

- отношение испытуемого к исследованию;
- наличие или отсутствие заинтересованности;
- понимание инструкции;
- отношение к заданию;
- способ выполнения;
- отношение к ошибкам;
- возможность их коррекции;
- проявления эмоционально-волевой сферы и т.д.;
- особенности нарушений отдельных психических процессов и сто

рон личности (симптом);

- определение степени выраженности нарушений;
- обобщение результатов и формирование их в патопсихологический синдром, под которым понимается совокупность поведенческих, мотивационных и познавательных особенностей психической деятельности обследуемого, сформулированных в психологических понятиях,
- сопоставление функциональных возможностей больного с требованиями различных видов жизнедеятельности;
- обсуждение результатов с другими специалистами и вынесение общего решения.

Результат всей психодиагностической деятельности должен быть представлен в форме психологического диагноза, отражающего оценку всех компонентов психической деятельности человека:

- состояния высших психических функций и динамики умственной деятельности;
- эмоционально-волевой сферы;
- особенностей личности.

Формулировка психологического синдрома осуществляется на основе применения качественно-количественного анализа полученных результатов. Одна лишь количественная их оценка для психологического диагноза недостаточна, т.к. она не раскрывает механизмов и особенностей этих нарушений, не позволяет установить причинно-следственных связей в комплексе нарушений, нивелирует роль эмоциональной сферы. Без учета этих аспектов психической деятельности психологическое исследование утрачивает диагностическую направленность, становится лишь констатирующей процедурой.

Психологический синдром должен содержать следующие показатели.

- структуру с указанием нарушений первичного характера, влекущих вторичные, нарушения;
- наличие сохранных сторон психики, на которые следует опираться при осуществлении реабилитационных мероприятий;
- наличие “зоны ближайшего развития” и возможности обучаемости;
- выраженность нарушений общего энергетического потенциала и степени нарушений психического функционирования.

Выделяются четыре степени выраженности нарушений психических функций, состояний, свойств.

Первая степень - незначительные нарушения, затрагивающие лишь отдельные психические функции, носящие эпизодический характер и не требующие специальных мер коррекции.

Вторая степень - умеренно выраженные, но более стойкие расстройства высших психических функций, нарушения динамики психической деятельности (гиперактивность, инертность или патологическая лабильность психических процессов), стойкие эмоционально-волевые нарушения (эмоциональная ригидность, повышенная откликаемость на внешние раздражители), выраженные личностные изменения (особенно стигматизационных ориентаций, мотивационные нарушения, психический инфантилизм). Такие нарушения требуют специальной коррекции или компенсации и ограничивают реализацию различных категорий жизнедеятельности (по объему и степени сложности).

Третья степень - выраженные стойкие и необратимые расстройства высших психических функций, нарушения динамики психической деятельности (структурные нарушения и снижение уровня мнестико-интеллектуальных процессов, выраженное снижение обучаемости, выраженная истощаемость, сопровождающаяся снижением качества работы), выраженные эмоционально-волевые нарушения, выраженные личностные изменения. Такие изменения способствуют социальной дезадаптации так как не могут быть полностью корригируемы и компенсируемы.

Четвертая степень - значительно выраженные стойкие, необратимые нарушения высших психических функций, невозможность выполнения какой-либо целенаправленной деятельности, выраженные расстройства эмоционально-волевой сферы, полностью дезорганизирующие деятельность или делающие невозможным включение больного в деятельность; личностный дефект, обусловленный некритичностью, неадекватной самооценкой, деформацией или несформированностью мотивационной сферы.

2.3.4. Форма записи психолога в акте медико-социальной экспертизы

В ситуации экспертного освидетельствования в зависимости от глубины диагностики психологом делаются следующие **виды записи**, отраженные в акте медико-социальной экспертизы:

Форма 1. В случае *проведения экспертно-реабилитационного психодиагностического обследования* психолог делает в акте полное

описание состояния познавательной, эмоциональной и личностной сфер с указанием степени выраженности нарушений отдельных функций и первичных причин этих нарушений. Такая форма написания заключения не может иметь формализованный вид (например, в форме подчеркивания на специальных бланках тех функций, которые имеют отклонения от стандартных показателей), т.к. констатация выявленных нарушений не отражает взаимообусловленности нарушений отдельных функций, не раскрывает индивидуальных особенностей психической деятельности больного и умственной работоспособности в целом, что делает невозможным вынесение психологического диагноза.

Психологический диагноз, которым должно завершаться заключение психолога, содержит обобщенный результат психодиагностики, декларирующий так называемый патопсихологический синдром, с указанием ограничений в основных сферах жизнедеятельности, обусловленных выявленными нарушениями психики и адекватных рекомендаций в отношении осуществления мероприятий по психологической реабилитации освидетельствуемого.

Форма 2. В случае коллегиального решения экспертной комиссии *о нецелесообразности полного патопсихологического обследования* для данного освидетельствуемого, психологу, являющемуся членом экспертной комиссии и обладающему правом подписи в акте необходимо сделать соответствующую запись *“...каких либо значимых признаков нарушений психических функций и эмоционально-личностной сферы в беседе не наблюдается...”*

Форма 3. Заочное освидетельствование подразумевает *работу с актом* экспертного освидетельствования, которая заключается в *оценке предыдущего психологического заключения* с точки зрения полноты и адекватности его содержания, (например: *“По данным психологического заключения специалиста Ф.И.О. от “ “ 20 а выявлено*

,” что полностью отражает структуру и степень выраженности нарушений, у личности “, либо “что не отражает полностью, не содержит и т.п.”).

Форма 4. В случае *отказа* освидетельствуемого от прохождения психологического обследования, психологу необходимо отразить это в акте медико-социальной экспертизы с письменным отказом освидетельствуемого: *“Я (ФИО) отказываюсь от психодиагностического обследования.*

Число, месяц, год, подпись”.

3. Количественные нормативы работы психолога
бюро медико-социальной экспертизы

Объем работы и уровень требований к психологу зависит от уровня бюро (первичного, главного, федерального).

Обусловлено это тем, что уровень сложности задач, решаемых психологом в первичных, главных и федеральном бюро МСЭ - различен, т. к. определяется задачами и различной глубиной диагностики, сложностью диагностических случаев, отягощенностью и конфликтностью экспертной ситуации, необходимостью нейродиагностического обследования, которое не всегда доступно в условиях проведения первичного бюро.

1. В первичном бюро на первый план выходит оценка клинико-функциональных параметров ограничений жизнедеятельности освидетельствуемого, где психолог привлекается для уточнения функционального состояния, как правило в 30% случаев. Психолог, работающий в первичном бюро, должен владеть основными психодиагностическими методиками, уметь интерпретировать результаты, полученные при их использовании, оформлять заключение и формулировать психологический диагноз. С организационных позиций, данное положение психолога наиболее трудное, так как изоляция от коллег по цеху, ставит его в трудное положение, связанное с невозможностью обсудить трудные случаи, охватить больных в полном объеме, так как в тот момент когда психолог обследует больного, на комиссию может попасть другой больной, также остро нуждающийся в психодиагностике.

2. В Главном бюро с учетом повышения сложности экспертных случаев психолог привлекается чаще - в 50% случаев. Степень сложности случаев в Главном бюро предъявляет более высокие требования к специалисту; т.к. необходима более глубокая диагностика состояния освидетельствуемого (применение более обширного психодиагностического инструментария), более длительные временные затраты на обследование, оказание психологической помощи освидетельствуемым в связи с конфликтами, часто возникающими при экспертизе

Психолог Главного бюро, должен быть квалифицированным специалистом в области психодиагностики, обладать методиками психологического и нейропсихологического обследования, диагностики лич

ности, навыками психологического консультирования и снятия эмоционального напряжения для разрешения конфликтных ситуаций. С организационных позиций положение психолога в Главном бюро более комфортное, позволяет находиться в сообществе своих коллег, коллегиально обсуждать насущные трудности, распределять нагрузку между экспертными составами бюро в виде совмещения.

3. В Федеральном бюро Особый психологический “накал”, в условиях повышенной конфликтности, связанной с принципиальным несогласием освидетельствуемого с предыдущими экспертными решениями, требует привлечения психолога практически в 100% случаев, особенно при отсутствии психологического заключения из главного и первичного бюро или их недостаточной информативности. Уровень подготовки психолога Федерального бюро обязан быть достаточно высоким. Для психологов Федерального уровня необходима постоянная супервизия (работа, направленная на совершенствование профессионального уровня), психолог должен владеть современными методами психологической реабилитации, подтвержденными соответствующими сертификатами, интересоваться современными научно-практическими разработками в области экспертно-реабилитационных технологий.

Вышеизложенные задачи в зависимости от уровня бюро и изложенная методология процесса, позволяют определить следующие количественные нормативы нагрузки психолога, работающего на ставку в зависимости от уровня бюро:

Рекомендованные количественные нормативы объема проводимых обследований в зависимости от уровня бюро

<i>Уровень бюро МСЭ</i>	<i>Количество заключений</i>	
	<i>В месяц</i>	<i>В год</i>
<i>Первичное бюро</i>	40	480
<i>Главное бюро</i>	30	360
<i>Федеральное бюро</i>	25	300

4. Материально-техническое и методологическое оснащение и рабочего места психолога учреждения медико-социальной

экспертизы

Рабочее место психолога, а также помещение для оказания психологических услуг, должно удовлетворять особым требованиям, которые предъявляет характер психологической работы:

- наличие **отдельного кабинета** (площадью не менее 7м²), изолированного от постороннего шума;
- обеспеченность справочной и методической литературой и методиками стандартного образца] 1,2,5,6,8,9];

Также психологу необходимы:

- секундомер;
- цветные и простые карандаши, **бумага формата А4 и А3**;
- компьютер, принтер.

5. Организация учета работы психолога бюро учреждения медико-социальной экспертизы

Для систематизации деятельности психолога необходимо определить оптимальные формы учета и отчетности в его работе.

Психолог ведет один индивидуальный журнал и электронную базу приема освидетельствуемых, с указанием цели, даты, направления и исполнения заявки, основных клинико-демографических, социально-средовых характеристик пациента и кратких результатов психологического обследования.

Второй журнал ведется для регистрации лиц, направленных или обратившихся самостоятельно за психологической помощью.

Учитывая экспертную направленность учреждений медико-социальной экспертизы, возможность предоставления результатов обследования в суде и другие инстанции, психолог хранит заключения и протоколы обследования в течение предусмотренного регламентом учреждений медико-социальной экспертизы срока.

В случае проведения психологического консультирования составляется протокол, в котором необходимо указать, кто направил больного на консультирование (врач, либо больной обратился самостоятельно) с указанием даты, причины направления или запроса больного при обращении, количества консультаций, используемых методов работы. Также психолог отмечает в заключении о психологическом консультировании динамику изменения и прогноз.

Подобная форма учета и хранения обеспечивает контроль работы

психолога и позволяет отслеживать динамические изменения у лиц, обращающихся по поводу установления группы инвалидности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Блейхер В.М., Крук М.В., Боков С.Н. Клиническая психопсихология. Руководство для врачей и клинических психологов - М.-Воронеж: МПСИ-НПО "МОДЕК" 2002.-512 с
2. Зейгарник Б.В. Патопсихология. - Изд. 2-е, переработанное и дополненное. - М.: Издательство Московского университета, 1986
3. Истратова О.Н. Нормативно-правовая документация практического психолога/ О.Н. Истратова, Л.В. Посошенко. - Ростов н/Д: Феникс, 2008. - 316 с.
4. Коган В.М., Коробкова Э.А. Принципы и методы психологического обследования в практике врачебно - трудовой экспертизы. Методическое письмо ЦИЭТИН. М., 1967.
5. Корсакова Н.К., Л.И. Московичюте. Клиническая нейропсихология, М., МГУ, 1998.
6. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга, М., МГУ, 1962.
7. О работе медицинского психолога в учреждениях здравоохранения. Методические рекомендации//Под ред. О.И. Фалалеева, Г.И. Гиндина, В.Е. Прахова. Т.Н. Денисова. - СПб, 2006.
8. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии. М., 1999.
9. Хомская Е.Д., Нейропсихология, 4-ое издание. СПб.: Питер, 2005.
10. Шабалина Н.Б. и др. Пособие для психологов, работающих в учреждениях медико-социальной экспертизы и реабилитации., М., 2000, - 168 с.
11. Шабалина Н.Б., Морозова Е.В., Герсания А.Г. "Организационно-нормативная модель работы психолога в учреждениях медико-социальной экспертизы" Журнал "Медико-социальная экспертиза и реабилитация", Издательство "Медицина", 2011, № 1, с. 54-56.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Данное приложение составлено по методическим материалам I

1,4,8,10].

Методика запоминания “10 слов”

Цель: используется для оценки состояния мнестической деятельности больного, выявления ее сохранности, утомляемости, активности внимания.

Инструкция состоит из нескольких этапов. Больному предлагается следующее задание: “Сейчас я прочту вам 10 слов. Слушайте меня внимательно. Когда окончу читать, сразу же повторите те слова, которые запомнили. Повторять можно в любом порядке, порядок роли не играет. Понятно? ” Экспериментатор читает слова громко, четко. Когда испытуемый повторяет слова, экспериментатор в своем протоколе отмечает **их**. Затем продолжает инструкцию. Продолжение инструкции: “Сейчас я снова прочту вам те же самые слова, и вы опять должны повторить их и те, которые вы уже назвали, и те, которые в первый раз пропустили, - все вместе, в любом порядке”.

Экспериментатор снова отмечает слова, которые повторяет испытуемый. Затем снова повторяет слова 3,4,5 раз, но без каких-либо инструкций, просто предлагая повторить: “Еще раз”.

После пятикратного повторения слов экспериментатор переходит к выполнению других методик, а в конце исследования, т.е. спустя 50 мин - час, снова предлагает воспроизвести заучиваемые ранее слова (без напоминания).

По форме кривой (мнемограммы) экспериментатор делает выводы относительно особенностей запоминания испытуемого. У здоровых людей, как взрослых, так и детей школьного возраста, кривая запоминания носит примерно такой характер: 5,7,9 или 6,8,9 или 5,7,10 и т.д. к третьему повторению исследуемый воспроизводит 9 или 10 слов и при последующих повторениях удерживается на числах 9 или 10.

Привнесение “лишних” слов встречаются при исследовании испытуемых, страдающих органическим заболеванием головного мозга, а также у больных шизофренией в период интенсивной медикаментозной терапии. Особенно много таких “лишних” слов продуцируют дети в состоянии расторможенности и взрослые по окончании или перед началом синдромов расстройств сознания.

“Кривая запоминания” может указывать на ослабление активного внимания,

и на выраженную утомляемость испытуемых. Так, например, иногда испытуемый ко второму разу воспроизводит 8 или 9 слов, а затем после каждой пробы воспроизведения - все меньше и меньше. В жизни испытуемый страдает обычно забывчивостью и рассеянностью, но в основе его забывчивости лежит преходящая астения, истощаемость внимания. Истощаемость внимания не обязательно проявляется в кривой с резким спуском вниз, иногда кривая принимает зигзагообразный характер, свидетельствующий о неустойчивости внимания, о его колебании.

В отдельных, сравнительно редких случаях больные воспроизводят одно и то же количество одних и тех же слов. Кривая имеет форму плато. Такое отсутствие нарастания удержания слов после их повторения свидетельствует об эмоциональной вялости больных; нет отношения к исследованию, нет заинтересованности в том, чтобы запомнить побольше.

Проба на запоминание выявляет и наличие сужения объема внимания. В этом случае испытуемый в следующем повторении, называя новые слова, уже не воспроизводит слов, фигурировавших в предыдущем туре. При этом суммарные результаты после каждого повторения мало отличаются.

Число слов, удержанных и воспроизведенных испытуемым час спустя после повторения, в большей мере свидетельствует о памяти в узком смысле слова, т.е. о фиксации следов воспринятого.

В норме объем кратковременной памяти 9-10 слов и в ретенции - 9-10. слов.

Непосредственная память (сразу) - характеризует в основном объем восприятия.

Число слов воспринятых через час свидетельствует о фиксации следов воспринятого.

- **7 слов** - незначительное снижение непосредственной памяти.
- **5-6 слов** - умеренное снижение.
- **3-4 слова** - выраженное снижение
- **0-2** - значительно выраженное снижение.

Объем восприятия является суженным, если после первого прослушивания больной называет менее 5 слов и от пробы к пробе не происходит наращивание запоминания (плато).

Опосредованное запоминание (по Леонтьеву)

Цель: применяется для исследования памяти, анализа особенностей ассоциаций (т.е. характеристики мышления).

Для проведения методики необходимо иметь наборы изображения предметов (картинки) и наборы слов. Обычно используется третья и четвертая серия из числа апробированных Леонтьевым. Рисунки должны быть четкими, хорошо видимыми на карточках размером приблизительно 5х5 см каждая. Менять слова, предлагающиеся для запоминания, не следует, поскольку методика очень тщательно апробирована.

Инструкция: Больному предлагается следующее задание: "Вам нужно будет запомнить ряд слов. Для того чтобы легче было запомнить слова, нужно каждый раз, когда я назову слово, выбрать какую-либо одну из карточек, такую, чтоб она помогла вспомнить заданное слово".

"Вот например, первое слово, которое нужно запомнить - дождь. Здесь дождь нигде не нарисован, но можно выбрать карточку, которая поможет запомнить это слово". Когда больной выбрал карточку, ее откладывают в сторону и спрашивают: "Как эта карточка напомнит про дождь?" Если больной приступает к работе неохотно, то такие вопросы можно задавать, начиная с третьего или четвертого слова. Все отобранные карточки откладываются в сторону. Спустя 40 минут или час, т.е. перед концом исследования, испытуемому показывают по одной эти карточки в перемешанном порядке, просят припомнить, для какого слова эта карточка была отобрана, и обязательно спрашивают, как удалось припомнить или чем эта карточка напомнила заданное слово.

Интерпретация результатов.

В основном мы оцениваем:

- 1) понимание испытуемым инструкции.
- 2) способность к нахождению опосредующих символов.
- 3) содержательность объяснения выбора.
- 4) продуктивность опосредования в целях запоминания.

Исследование А.Н. Леонтьева направленно на сопоставление результатов непосредственного и опосредованного запоминания у детей разного возраста и взрослых. Как правило, выполнять это задание очень легко. Совершенно неважно, какую именно карточку выберет испытуемый; связь между словом и карточкой может носить и сугубо личный характер. Например, для запоминания слова "молоко" испытуемый может выбрать

рисунок коровы, т.к. корова дает молоко. Может выбрать хлеб, т.к. хлеб едят с молоком, и стакан т.к. в него можно налить молоко. Наконец, испытуемый может выбрать образ дерева, но объяснить, что дерево напоминает ему о сельской жизни, а будучи в селе, он всегда пил молоко.

Здесь нет правильного или неправильного выбора, важно лишь то, что исследуемый установил содержательную смысловую связь между заданным для запоминания словом и изображенным на карточке.

Слабоумные больные, даже если они поняли инструкцию, испытывают затруднения в установление более сложных, опосредованных связей. Например: сравнительно легко выбрав для запоминания слова “лес” - ветку земляники, они никак не могут выбрать картинку для слова “ночь” или “игра”. Кроме того, слабоумие (врожденное или приобретенное) проявляет себя также в том, что испытуемому недоступен процесс опосредования; когда ему в конце опыта показывают карточку и спрашивают о том, что он должен был по ней запомнить, испытуемый просто называет карточку. Припоминание по ассоциации оказывается для него процессом недоступным. Нередко те же испытуемые, которые не запомнили ни одного заданного им слова и ограничивались называнием отобранных карточек, относительно лучше повторяют слова при заучивании их на слух (методика заучивания 10 слов). При Корсаковском синдроме связи могут быть установлены адекватно, но полностью забыты к моменту воспроизведения.

Для некоторых испытуемых характерна резко выраженная непродуктивность ассоциаций. Так, больная шизофренией в дефектном состоянии, бухгалтер по профессии, не могла ни к одному слову найти подходящей карточки. К слову “собрание” она с большим трудом выбирает собаку и объясняет это тем, что на букву “С” - оба слова. Для слова “драка” берет носки, оправдывая свой выбор тем, что можно ведь любую карточку взять, лишь бы она помогла запомнить. Для запоминания слова “день” выбирает детские штанишки. Такие “пустые”, бессодержательные связи свидетельствуют о выхолощенности, непродуктивности мышления. Иногда наблюдаются ассоциации по случайным элементам формы рисунка. Так, например, для слова “дождь” испытуемый выбирает расческу т.к. у нее такие же ровные полосы, которые образуются при падении дождя.

Обработка результатов:

80% - правильных ответов соответствует незначительному нарушению опосредованного запоминания.

60-70% соответствует умеренному нарушению опосредованного запоминания.

50% - 40% соответствуют выраженному нарушению опосредованного запоминания.

Менее 40% правильных ответов соответствует значительно выраженному нарушению опосредованного запоминания.

Методика “Пиктограммы”

Цель: применяется для исследования особенностей мыслительной деятельности, исследования памяти, анализа особенностей ассоциаций (т.е. характеристики мышления) и графомоторных особенностей.

Инструкция: “Я буду называть слова и целые выражения, которые вы должны будете запомнить. Для того чтобы легче было запомнить вы должны к каждому слову нарисовать что либо такое, чтобы могло помочь вам вспомнить заданное слово. Качество рисунка роли не играет, можно рисовать что угодно и как угодно, лишь бы вам помогло вспомнить. Но нельзя писать на листе ни слов, ни букв”.

Как только больной нарисует картинку надо поинтересоваться как это поможет вспомнить слово.

Листок с рисунком откладывается в сторону (переворачивается).

Воспроизвести по памяти больному предлагается через 50-час, можно не по порядку.

При анализе данного теста обращается внимание на: доступность для больного общей символизации слова т.е. может ли самостоятельно найти обобщенный образ, адекватность рисунка (страдает при шизофрении).

При легкой умственной недостаточности больной рисует конкретные понятия (болезнь-кровь), но символические слова - недоступны (например: сомнение, справедливость).

Метафорические образы (абстрактные ассоциации выражены через конкретные предметы основа литературный сюжет.

Атрибутные образы - по принципу принадлежности (праздник - флаг, шарик).

Геометрическая символика - пространственные характеристики (эмоциональный компонент понятия - ось).

Индивидуально значимые образы - реализуются проективные элементы.

Трудности обобщения, конкретность мышления при эпилепсии (рисует все детально), олигофрении.

Эгоцентрическое восприятие слов (теплый ветер - у нас его нет) - наблюдается при эпилепсии и у психопатов.

Эмоциональная холодность и отгороженность может быть, если на слова счастье - рисует слово, печаль - плохая погода.

Обработка результатов:

80% - правильных ответов соответствует незначительному нарушению опосредованного запоминания.

60-70% - соответствует умеренному нарушению опосредованного запоминания.

50% - 40% - соответствуют выраженному нарушению опосредованного запоминания.

Менее **40%** - правильных ответов соответствует значительно выраженному нарушению опосредованного запоминания.

Тест "таблицы Шульте"

Цель: Используется для оценки исследования психического темпа, объема внимания.

Для проведения опыта нужно иметь пять таблиц размером 60х60 см с написанными на них в беспорядке числами от 1 до 25. Таблицы предъявляются больному **пять раз подряд без перерыва**, с целью спровоцировать ослабленную функцию на ошибки. На каждой из пяти таблиц числа расположены по-разному. Кроме того, нужен секундомер и небольшая, примерно в 30 см. указка. Опыт можно проводить с испытуемыми, имеющими не меньше 4 классов образования.

Испытуемому мелко показывают таблицу; сопровождая этот показ словами: *“Вот на этой таблице числа от 1 до 25 расположены не по порядку”*. Далее таблицу прикрывают, т. е. кладут на стол числами книзу и продолжают **инструкцию**: *“Вы должны будете вот этой указкой показывать и называть вслух все числа по порядку от 1 до 25. Постарайтесь делать это как можно скорее, но не ошибаться, понятно?”* (Если испытуемый не понял, ему объясняют снова, но не открывая таблицу). Затем экспериментатор одновременно ставит таблицу прямо перед лицом больного вертикально на расстоянии 70 - 75 см от него, и, включая секундомер, говорит: *“Начинайте!”*

Пока испытуемый показывает и называет числа, экспериментатор следит за правильностью его действий, а когда испытуемый называет число

“25”, экспериментатор останавливает секундомер.

После первой таблицы без всяких дополнительных инструкций испытуемому предлагают таким же образом отыскивать числа на 2-й, 3-й, 4-й и 5-й таблице.

В норме молодые люди тратят на таблицу от 30 до 50 секунд, чаще всего 40 - 42 секунды.

В норме на все таблицы уходит примерно одинаковое время.

Время отыскания цифр:

В норме выполнение одной таблицы - 40-50 сек.

до 1 мин. 10 сек. - незначительное нарушение внимания.

до 1 мин. 30 сек. - умеренное нарушение внимания

до 2-х минут - выраженное нарушение внимания **более 2-х минут** - значительно выраженное нарушение.

Методика “Отсчитывание”

Цель: Используется для выявления сохранности навыка счета, устойчивости внимания, и степени затрудненности интеллектуальных процессов больных.

Для проведения опыта необходим секундомер для учета суммарного времени, которое тратит больной на отсчитывание

В зависимости от образования и психического состояния больного экспериментатор предлагает ему одно из следующих заданий: отнимать от 200 по 17, или от 200 по 13, или от 100 по 7, или от 30 по 3 и т. д.

Инструкция, например: “Вам надо будет посчитать от ста по семь, при этом считаете про себя, мне вслух называете только промежуточные остатки т.е. не повторяя “отнять семь

Экспериментатор записывает все называемые больным числа и попутные высказывания, включая нарушения инструкции, т. е. включая те случаи, когда больной “рассуждает вслух”, произносит: “93 отнять 7 останется 86” и т. д. В случае, если больной медлит, молчит, экспериментатор продолжает ритмично ставить точки. Таким образом, протокол опыта может принять следующий вид: (100—7) = ..93...86...79...72...65...58.51 ..44..37.30.23.16.2

Истолкование результатов этого исследования может быть правильным лишь тогда, когда задание по трудности соответствует образовательному уровню больного (это очень важно).

В норме: безошибочное выполнение, промежутки между ответами одинаковы (время не более 35-40 сек).

1) затруднения и большое замедление темпа при отсчитывании с переходом через десяток (например, 93... 86 при отнимании 7) при общей равномерности отсчета свидетельствуют о затрудненности умственной деятельности, например: (100—7)..93 85 78..71....64....58 и т. д.

2) При наличии повышенной истощаемости длительность пауз в конце, несмотря на то, что задание становится более легким, увеличивается.

3) ошибки с пропуском десятков (например: . 93... 86.. .69. .62... .55.. .3 8 и т.д.) свидетельствуют об ослаблении внимания;

4) очень характерно отношение больного к допущенным ошибкам. Обычно, если задача, хоть сколько-нибудь трудна для больного, он, производя отсчет, все время спрашивает у экспериментатора, правильно ли называемое им число; некоторые больные не спрашивают, но выжидательно наблюдают за выражением лица экспериментатора, стараясь таким образом уловить, не допустили ли они ошибку. Стоит лишь экспериментатору поморщиться или переспросить у больного, сколько он назвал, как больной тут же спохватывается и исправляет свою ошибку⁷.

Совсем иное отношение к своим ответам наблюдается у больных со снижением критики. Такие больные отсчитывают иногда от 100 по 7 следующим образом: 100,93,86,76,66,56..., и если даже экспериментатор переспрашивает в это время больного: "По сколько вы отнимаете?" — больной может невозмутимо ответить "по 7" и продолжать дальше: 56... 46... 36 и т. д.;

5) иногда ошибки больных свидетельствуют о грубых колебаниях внимания, граничащих с обнулениями сознания. Так, например, больной отсчитывает от 30 по 3 следующим образом: 27, 24, 11, 14, 17, 21, 18, 15, 12, 9.

Если больной неправильно произвел подсчет, можно предложить ему повторно выполнить то же задание.

Меня исходные числа для отсчета, можно пользоваться этой методикой для многократных повторных проб (при необходимости оценки изменений состояния больных).

Обработка:

1 ошибка - незначительное нарушение внимания.

2-3 ошибки - умеренное нарушение внимания.

4-6 ошибки - выраженное нарушение внимания.

Более 6-ти ошибок - значительно выраженное нарушение внимания.

Также необходимо обратить внимание на отношение испытуемого к ошибкам: замечает ли человек их сам или только при указании на них экспериментатора; исправляет или не исправляет.

Круг Когана

Цель: выявляет такие параметры внимания, как: объем, концентрация, способность к совмещению нескольких признаков, переключение, также методика оценивает способность к саморегуляции деятельности (посильность оптимальной стратегии подсчета), целенаправленность, четкость исполнения.

Инструкция: Испытуемому предлагается последовательно выполнить 4-ре задания.

1. касаясь указкой фигуры, вслух подсчитайте все зеленые фигуры (отвлечение от формы)
2. все квадраты (отвлечение от цвета)
3. все красные и синие фигуры (совмещение признаков - **цветов**)
4. все кружки и треугольники (совмещение по форме)

Норма выполнения субтестов:

1. 18 зеленых фигур - 10 сек
2. 16 квадратов - 13 сек.
3. 26 красных и синих - 17 сек.
4. 31 треугольники и круги - 20 сек.

Считается время, пропуски, двойные касания.

Нарушение переключения внимания - это включение элементов из предыдущих заданий.

Сужение объема внимания - не включение одного из элементов. Нарушение концентрации внимания - отмечается замедление темпа работы и ошибки уже при выполнении 1 и 2-го задания.

Если затруднения на 3 и 4-м задании - указывает на сужение объема внимания.

При замедлении темпа выполнения задания менее чем в **1,5 раза** - **незначительное нарушение.**

При замедлении темпа выполнении задания в **1,5-2 раза** - **умеренное нарушение.**

При замедлении темпа выполнении задания больше чем в **2-а раза** - **выраженное нарушение.**

При невозможности выполнить задание - **значительно выраженное нарушение.**