



Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
ФГАОУ ВО "Южно-Уральский государственный университет (НИУ)"
Высшая медико-биологическая школа
Факультет «Психология»
Кафедра «Клиническая психология»

РАБОТА ПРОВЕРЕНА
рецензент, заведующая отделением
АСПЭ, к.м.н.

_____ Т.Т. Важенина
_____ 2020 г.

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ

Заведующий кафедрой
к.м.н., доцент

_____ М.А. Берebin
_____ 2020 г.

Экспериментально-психологические критерии оценки нарушения
критичности у пациентов с органическим расстройством личности

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА
К ВЫПУСКНОЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ РАБОТЕ
ЮУрГУ–37.05.01.2019.081.ПЗ ВКР

Руководитель работы
доцент кафедры, к.пс.н.

_____ А.Ю. Рязанова
_____ 2020 г.

Автор работы
студент группы МБ-671

_____ А.М. Шестакова
_____ 2020 г.

Нормоконтролер,
доцент кафедры, к.пс.н.

_____ А.Ю. Рязанова
_____ 2020 г.

Челябинск

2020

АННОТАЦИЯ

Шестакова А.М. Экспериментально-психологические критерии оценки нарушения критичности у пациентов с органическим расстройством личности. – Челябинск: ЮУрГУ, МБ-671, 53 с., 2 ил., 2 табл., библиогр. список – 32 наим., 2 прил.

Выпускная квалификационная работа посвящена анализу особенностей нарушения критичности у лиц с органическим расстройством личности с целью вынесения более обоснованного и доказательного экспертного решения при проведении медико-социальной экспертизы. С помощью «Карты экспертной оценки нарушений критичности» и батареи патопсихологических методик у 205 испытуемых с органическим расстройством личности, направленных на медико-социальную экспертизу, были выявлены особенности и критерии оценки нарушений критичности.

Работа состоит из трех глав. Первая глава включает в себя теоретический анализ проблемы. Вторая глава включает в себя описание организации и методов исследования. Третья глава содержит анализ полученных данных, интерпретацию и выводы по результатам проведенного исследования.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	7
1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ПО ПРОБЛЕМЕ.....	9
1.1 Органическое расстройство личности.....	9
1.2 Медико-социальная экспертиза.....	13
1.3 Феномен критичности.....	18
1.4 Критичность у лиц с ОРЛ.....	20
2 ПРОГРАММА ИССЛЕДОВАНИЯ.....	27
2.1 Цель, задачи, объект, предмет исследования.....	27
2.2 База исследования и характеристики выборки.....	27
2.3 Методы и методики исследования.....	27
2.4 Методы математической обработки.....	30
3 АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	31
3.1 Анализ экспериментально-психологического исследования.....	31
3.2 Экспертная карта оценки нарушений критичности.....	35
3.3 Корреляционный анализ.....	39
ВЫВОДЫ.....	41
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	44
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК.....	45

ВВЕДЕНИЕ

Критичность является одним из наиболее важных критериев психического состояния человека, он включает в себя умение оценивать свои мысли, окружающую обстановку и ситуацию, способность осознавать свои ошибки, возможность человека взвешивать доводы «за» и «против», а также подвергать анализу собственное поведение.

Данное свойство является ведущим механизмом регуляции деятельности человека, который определяет её осознанность и произвольность, и напрямую связано с его поведением.

Нарушения критических способностей проявляются при широком спектре заболеваний, в том числе при органическом расстройстве личности, и выявить их возможно с помощью специальных методик, шкал, а также в процессе наблюдения за тем, как пациент выполняет пробы или задания.

При всём этом, специалисту необходимо учитывать, что отсутствие критики к своему состоянию или окружающей среде у пациента, может оказывать воздействие как на выполнение и результаты тех или иных заданий, так и на ситуацию в целом, особенно, когда речь идёт о медико-социальной экспертизе, где основная задача эксперта адекватно оценить состояние свидетельствуемого лица и определить его реабилитационные потребности.

Залогом успешной и доказательной экспертной оценки при медико-социальной экспертизе является точная диагностика особенностей нарушений, а также определение тех показателей, которые оказывают влияние на личность, её трудоспособность и возможность реабилитации пациента.

Некритичность мышления в рамках патопсихологического эксперимента характеризуется утратой или снижением у пациентов контроля над интеллектуальными процессами, а также проявляется в отношении своих болезненных особенностей и отсутствию рассудительного отношения к своему состоянию, что также оказывает влияние на саморегуляцию и поведение испытуемого в целом.

В настоящее время клинические психологи в рамках медико-социальной экспертизы сталкиваются с определенными трудностями, а именно: недостаточность изучения феномена критичности у пациентов с органическим расстройством личности, влияние проявления у пациентов «некритичности» на экспертную оценку. Данные вопросы обуславливают актуальность выпускной квалификационной работы.

Исходя из этого, **объектом** проведенного исследования является феномен критичности.

Предметом исследования являются экспериментально-психологические критерии и особенности нарушения критичности у лиц с ОРЛ

Цель исследования – определение экспериментально-психологических критериев нарушений критичности у лиц с ОРЛ в рамках медико-социальной экспертизы.

Предстоящие **задачи** исследования:

1. Анализ теоретических представлений феномена «критичность» у лиц с ОРЛ для решения экспертных вопросов;
2. Выявление индивидуально-психологических особенностей пациентов с ОРЛ с помощью экспериментально-психологического исследования, а именно: особенностей интеллектуально-мнестической деятельности, внимания, умственной работоспособности, особенностей личности и критических способностей;
3. Определение экспериментально-психологических критериев оценки нарушения критичности у пациентов с ОРЛ.

1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ПРОБЛЕМЫ

1.1 Органическое расстройство личности

«Органическое расстройство личности» (далее – ОРЛ) не включено в существующую классификацию личностных расстройств, которая была предложена ещё П.Б. Ганнушкиным в 1933 году и развитая А.Е. Личко в 1977. Тем не менее, не стоит игнорировать тот факт, что органическое расстройство личности характеризуется всеми свойствами и признаками, подходящими для определения расстройств личности и нарушений поведения человека вследствие болезни, травмы или дисфункции головного мозга.

«Органическое расстройство личности» по мере изучения данного вопроса в разное время описывалось под разными названиями, к тому же, каждый автор имел свою точку зрения на происхождения данного расстройства.

В 1916 году E. Bleuler ввел понятие «органический психосиндром», а именно: это совокупность симптомов органического поражения головного мозга, в первую очередь – это интеллектуально-мнестическое снижение.

Действительно, при ОРЛ обязательными являются факты, свидетельствующие о наличии органического фактора, то есть повреждения головного мозга, перед началом личностных изменений, которые не имели места быть до заболевания.

Причем такого фактора, который может явиться весомой причиной, обуславливающей заболевание. Именно поэтому наблюдаемая клиническая картина является последствием функционирования данных поврежденных мозговых структур, вторично нарушенных биохимических и физиологических реакций, результатом которых является формирование патологически протекающих психических процессов и связанных с ними личностных изменений.

Основным и главным признаком ОРЛ считается когнитивный дефицит, который выражается при нарушениях в следующих областях: ориентировка, память, интеллектуальная функция и критика.

Установлено, что у 40% пациентов с органическим расстройством личности выделяется когнитивный дефицит не только в виде функционально-динамических

нарушений интеллекта и определенного склада мышления, а также может проявляться как дефицитарные интеллектуально-мнестические расстройства, которые при прогрессировании, как правило, могут привести к органической деменции.

Этиология ОРЛ неразрывно связана с историей развития учения о психопатиях. Впервые раз резидуально-органические расстройства с поведенческими нарушениями были описаны ученым A.G. Stumpd ещё в 1883 году, он дал им наименование «травматический невроз» [17].

Чуть позже, в 20-30 годы 20-го века, схожие состояния у детей и подростков описали Е.А. Винокурова и С.З. Галацкая. Они считали, что причинами формирующейся патологии личности являются рано перенесенные инфекции и травмы мозга. В зарубежной литературе отмечается эволюция взглядов на этиологию психопатии в сторону большего признания роли внешних, в том числе и травмирующих факторов.

Причины и условия возникновения органической психопатии, по мнению Г.Е. Сухаревой связаны с наличием общих и мозговых инфекций в период внутриутробного развития или в раннем возрасте, внутриутробных, родовых и приобретенных черепно-мозговых травм в первые годы жизни ребёнка, токсических и внутренних интоксикационных факторов.

О.В. Кербиков выделял «органическую психопатию» как одну из приобретенных, главные причины которой – это экзогенно-органические факторы, действовавшие в возрасте до 3,5 лет. К тому же, полное угнетение органического процесса и существование относительной интактности интеллектуально-мнестической деятельности личности являются обязательным условием формирования.

В образовании органической психопатии, мнению В.А. Гурьевой, в одном ряду с главенствующей ролью экзогенно-органических факторов, включая пренатальные, перинатальные и постнатальные патогенности, характерные для 98% обследованных, выявлен вклад в развитие болезни наследственной

отягощённости – 53%, и неблагоприятных внешних микросоциальных условий – 58,5%, среди которых психогении – это 45,0% [7].

Органическое расстройство личности в настоящее время приобретает широкое распространение из-за большого числа провоцирующих факторов.

К таким относятся:

1. черепно-мозговые травмы, механические повреждения мозга;
2. специфические (нейросифилис, бруцеллез, СПИД, туберкулез) неспецифические (менингит, энцефалит) инфекционные поражения мозговых оболочек;
3. опухолевые процессы в мозге;
4. атрофические изменения мозга (хорея Гентингтона, болезни Паркинсона, Альцгеймера, Пика);
5. сердечно-сосудистые патологии;
6. соматические и эндокринные расстройства (болезнь Аддисона, Иценко-Кушинга, гипотиреоз, сахарный диабет);
7. тяжелые отравления, экзогенные интоксикации;
8. эпилепсия;
9. врожденные патологии ЦНС (ДЦП).

Таким образом, существует блок органических соматогенных и психогенных механизмов, детерминирующих появление и развитие ОРЛ. К тому же, воздействия на головной мозг занимают первое место в ряду факторов, способствующих формированию заболевания. При этом другие, вторично воздействующие факторы, приводят к видоизменению клинической картины проявлений органического расстройства личности, которая была изначально [19].

Механизм развития болезни сложен: развитие ОРЛ связано с угнетением и дисфункцией нейронов в ЦНС. Психоорганический синдром обусловлен изменением клеточного метаболизма. Это выражается в нарушениях усвоения глюкозы и кислорода, нарушениях кровоснабжения и оттока ликворной жидкости.

Органическое расстройство личности разделяют на 4 фазы течения, каждая из которых свидетельствует о глубине поражения психики и степени прогрессирования болезни: астеническая, взрывная, эйфорическая и апатическая.

Астеническая фаза встречается чаще остальных. Для нее характерны:

1. раздражительность и чувствительность к внешним факторам (свету, звукам, запахам);
2. угнетение общего самочувствия;
3. высокая физическая и психическая утомляемость;
4. плаксивость;
5. расстройства сна и аппетита.

При этом отсутствуют грубые повреждения мозговой деятельности.

Взрывная фаза проявляется, как дальнейшее прогрессирование болезни и выражена следующей симптоматикой:

1. неустойчивость эмоциональной сферы вплоть до повышенной возбудимости, агрессивности, вспышек гнева;
2. склонность к формированию сверхценностей, яростная борьба с несправедливостью;
3. при невыполнении требований пациента наблюдаются проявления истеричности.

Для негрубых нарушений характерна раздражительность только в привычной среде, тяжелая степень поражения мозга выражена в приступах гнева при любых обстоятельствах.

Взрывной фазе также присущи умеренные нарушения запоминания, интеллектуальных способностей, потеря самообладания, слабование, повышение влечений.

Истеричность и формирование сверхценных идей свидетельствуют о тяжелой форме протекания ОРЛ.

Психоорганический синдром, протекающий в эйфорической фазе, характеризуется:

1. приподнятым настроением, благодушием, беспечностью;
2. отсутствием самокритики;
3. повышением влечений;
4. вспышками гнева, сменяющиеся беспомощностью и слезливостью;
5. снижением работоспособности;
6. расстройствами памяти.

Эйфорическая фаза – это выраженное поражение структуры ЦНС. Тяжесть состояния оценивают по наличию насильственного смеха или плача. Причины своего состояния пациент не может вспомнить, но остаточная гримаса состояния еще долго отображается на лице.

Апатическая фаза выражается следующими симптомами:

1. сужением круга интересов и познавательной деятельности;
2. безразличием к своему внешнему виду;
3. отсутствием интереса к судьбе близких людей;
4. пассивным образом жизни и полным безразличием ко всему.

Апатическую фазу течения ОРЛ зачастую путают с шизофреническим дефектом, то есть финальной стадией формирования шизофрении. Отграничить оба заболевания помогают проявления насильственного смеха, плача, нарушения памяти, астения.

При тяжелых формах течения заболевания развивается деменция – приобретенное слабоумие, а также утрата познавательной активности.

1.2 Медико-социальная экспертиза

Медико-социальная экспертиза (далее МСЭ) – это независимая область научных знаний и сфера практической деятельности, изучающая состояние жизнедеятельности человека и его трудоспособности, определяющая степень их нарушения и преследующая цель их восстановления путем проведения комплекса лечебных и реабилитационных мероприятий. Предметом медико-социальной

экспертизы служит определению в установленном порядке потребностей свидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию [14].

В настоящее время к осуществлению данной экспертизы широко привлекаются специалисты разного рода сфер, в том числе и психологи, что повышает её комплексность и эффективность.

Основные задачи МСЭ:

1. научно обоснованная оценка состояния трудоспособности человека;
2. установление причин инвалидности;
3. определение трудовых рекомендаций;
4. систематическое контроль и наблюдение за состоянием трудоспособности инвалидов;
5. содействие профилактике и лечению заболеваний, профилактике инвалидности;
6. экспертный контроль за болеющими длительное время;
7. определение и изучение экономических и социальных причин инвалидности;
8. установление степени потери трудоспособности рабочими и служащими, получившими увечье или иное повреждение здоровья, связанное с их профессиональной деятельностью.

К основным категориям жизнедеятельности человека относятся способности:

1. к самообслуживанию;
2. к самостоятельному передвижению;
3. к ориентации;
4. к общению;
5. контроль своего поведения;
6. к обучению;
7. к трудовой деятельности.

К основным видам стойких расстройств функций организма человека относятся нарушения психических функций, а именно: сознания, ориентации, интеллекта, личностных особенностей, волевых и побудительных функций, внимания, памяти, психомоторных функций, эмоций, восприятия, мышления, познавательных функций высокого уровня, умственных функций речи, последовательных сложных движений.

При этом оценивается:

1. Состояния психических процессов. А именно стойкость нарушений, степень выраженности расстройств и их характеристики. Совместно с другими членами бюро, трансформация этих данных в клинико-патопсихологический синдром (при обнаружении нарушений), с последующим введением его в клинико-экспертный (далее в реабилитационный) диагноз.

2. Анализ личности свидетельствуемого для уточнения уровня реагирования на ситуацию «болезнь». Он может выявляться на определенном уровне: психологический (то есть «норма»), патопсихологический, или психопатологический. При условии, когда выявляется патопсихологический (или психопатологический) уровень реагирования у свидетельствуемого лица, специалист-психолог наряду с врачами-экспертами определяет данные в синдром, с последующим введением его в клинико-экспертный диагноз.

3. Анализ внутренней модели болезни (ВМБ) и внутренней модели социальной проблемы (ВМСП) свидетельствуемого, с определением:

1) Её ситуативной адекватности, и, при определении ситуативно неадекватно модели болезни, производят анализ причин неадекватности;

2) Возможности трансформации внутренней модели болезни на патопсихологический уровень (или в специальных НП Бюро – на патопсихологический уровень);

3) Верификация полученных данных в клинико-патопсихологический синдром, с последующим введением его в развернутый клинико-экспертный диагноз и участие (совместно с членами Бюро) в обсуждении стойкости и степени

выраженности клинико-патопсихологической симптоматики, последующее включение ее в синдром.

4. Роль в формировании индивидуальной программы реабилитации: оценка реабилитационного потенциала личности (эмоционально-волевого, интеллектуального, мотивационного, по состоянию психических процессов). Участие в психокоррекционных мероприятиях при формировании индивидуальной программы реабилитации

Показания для направления на МСЭ в рамках органического расстройства личности: выявление стойких астенического, психоорганического синдрома умеренной и выраженной степени; пароксизмальных нарушений умеренной, выраженной и значительно выраженной степени, стойких неврозоподобного и психопатоподобного синдромов умеренной и выраженной степени, стойких психотических галлюцинаторно-бредовых и параноидных расстройств умеренной и выраженной степени. В отдельных случаях рассматривается наличие органического слабоумия, которое характеризуется значительно выраженной степенью нервно-психических расстройств по определению [14].

При определении клинико-экспертно-реабилитационного диагноза необходимо иметь в виду определенные «регистры» диагноза «органическое поражение головного мозга», а именно этио-патогенетический компонент: последствия черепно-мозговой травмы, нейроинфекций, интоксикаций и т.д.

К синдромам «органического» спектра относятся: астенический, психоорганический, пароксизмальный, аффективный с указанием их стойкости, клинического варианта и степени выраженности.

Основными синдромами «личностного регистра» являются: неврозоподобный или психопатоподобный с указанием их стойкости, клинического варианта и степени выраженности; наличие вторичной интеллектуальной недостаточности различной степени выраженности; возможна речевая патология в виде нарушений устной и письменной речи [5].

Критериями «инвалидности» являются: стойкие умеренные, выраженные и значительно выраженные нарушения ВПФ, которые приводят к ограничению способностей.

Экспериментально-психологическое исследование производится благодаря изучению личности через деятельность человека в экспериментальных условиях.

Экспериментально-психологические методы исследования личности являются профессиональным инструментарием психолога, но считаются дополнительными при решении задач психологической диагностики в целом [20].

Исходя из этого, в МСЭ выбор методик зависит от задачи, которая определяется экспертной комиссией, от образовательного уровня испытуемого, его социального статуса и социальной ситуации в целом. Стоит иметь в виду наличие своего языка и системы понятий. А также, выбор методик зависит от особенностей контакта с испытуемым (наличие снижения зрения, слуха, нарушений речи и так далее); от состояния испытуемого на момент обследования (выраженность апатических, депрессивных, реактивных, дисфорических и других состояний) [11].

При экспериментально-психологическом исследовании зачастую можно увидеть неадекватную (в сторону ухудшения результатов) деятельность пациента при работе с методиками. К примеру, несовместимые с наблюдаемым психическим состоянием количественные результаты по методикам на исследование качеств внимания (таблицы Шульте), мнестических функций (методика на запоминание 10 слов, шкала памяти Векслера), мыслительной деятельности (сложности при сравнении и обобщении понятий, исключение объектов и понятий, понимание переносного смысла пословиц и другие, как правило, в самых элементарных заданиях). Иногда обращает внимание существенная замедленность темпа выполнения предлагаемых тестов, которая не проявляется в беседе, при свободном общении. А также жалобы на усталость, которые не подтверждаются объективно методиками на истощаемость и не сопровождаются вегетативными реакциями [13].

При экспериментально-психологическом исследовании для специалиста-психолога необходимо применять метод клинико-психологического наблюдения за общей моделью поведения свидетельствуемого лица, а также использовать «карту наблюдений», где будут записаны реакции пациентов, например: агрессия, враждебность и так далее. Наряду с вышесказанным, стоит отметить, что коэффициенты опросников на дополнительные параметры, такие как шкалы лжи, аггравации, достоверности, коррекции, которые выходят за пределы нормы, могут быть детерминированы не только сознательным, целенаправленным искажением информации, а возникать и по бессознательным невротическим механизмам, при психопатических личностных радикалах, при инфантилизме или идеаторных трудностях в понимании формулировок опросников в истинном значении [8].

Психологу-эксперту необходимо по максимуму оценить психический статус пациента, а так как свидетельствуемый не имеет возможности грубо исказить результаты, то инверсия по органическому или астеническому типу, если такие имеются, четко выделяются, несмотря на то, что пациент утверждает, что с ним «всё нормально» и он не имеет причин для беспокойства, что свидетельствует о некритичном отношении к своему состоянию.

1.3 Феномен критичности

Критичность определяется как свойство нормальной психической деятельности, заключающееся в способности осознавать свои ошибки, умении оценивать собственные мысли, взвешивать доводы за и против выдвигающихся гипотез и подвергать данные гипотезы всесторонней проверке. По мнению Б.В. Зейгарник критичность состоит в умении обдуманно действовать, проверять и исправлять свои действия в соответствии с условиями реальности [12].

Нарушение критичности может носить разный характер: проявляться в виде нецеленаправленных действий, расторможенности поведения, нецеленаправленности суждений, когда человек не сравнивает собственные действия с результатами, которые от него ожидают, когда он не обращает внимания на совершенные ошибки, и, вследствие, их не исправляет.

Утверждение «возможность осознать ошибку является привилегией мысли» принадлежит С.Л. Рубенштейн, который подчеркивал значимость данного феномена в структуре психики. Критичность как «умение строго оценивать работу мысли, тщательно взвешивать все доводы за и против намечающихся гипотез и подвергать эти гипотезы всесторонней проверке» оценивал Б.М. Теплов, который акцентировал, что данный феномен является «качеством ума» [14].

Определение феномена критичности в рамках психиатрии имеет неоднозначный характер, зачастую применяют понятие критичности к бреду, галлюцинаторным образам и другим патологическим явлениям. Большее значение имеет та сторона критичности, характеризующаяся возможностью пациентом производить проверку в соответствии с реальными условиями, и на её основе исправлять собственные ошибки, то есть действовать рационально и обдуманно.

Зачастую нарушения критических способностей принимают определенную форму, которая может проявляться в качестве нарушений спонтанности поведения, инактивности.

Данное поведение Б.Ф. Зейгарник регистрировала у пациентов с тяжёлыми поражениями лобных мозговых отделов. При первичном осмотре такие больные производили впечатление относительно сохранных людей. Они выходили на контакт, усваивали предъявляемые им вопросы, ориентировка в месте и времени оставалась сохранной так же, как и в общественных событиях, они принимали участие в трудовых процессах, выполняли задания и поручения, читали литературу, запоминали прочитанное, слушали музыку [10].

В психологии выделяются 3 аспекта изучения феномена критичности.

Первый аспект рассматривала Б.В. Зейгарник, он включал критическое отношение к собственной деятельности и высказываниям.

Автор рассматривала критичность как выраженную перестройку личностных особенностей, приводящую к отсутствию осознанной мотивации и невозможности вызвать установку на адекватное отношение к окружающей среде.

Таким образом, пациенты не имеют возможности контролировать свою деятельность, их действия нецелесообразны.

Критичность к оценке своей личности рассматривали Л.С. Выготский, Л.И. Божович и М.С. Неймарк, данный феномен они определяли, как понимание больным своего места и собственной роли в ситуации, своих возможностей, своих достоинств и недостатков, а также рассматривали самооценку больных. Отношение к своим успехам у пациентов связано с оценкой собственных возможностей, они считали, что уже в школьном возрасте дети ориентируются на самооценку, то есть появление устойчивой самооценки является важнейшим фактором развития.

Третий подход рассматривает критичность к своим психопатологическим проявлениям, который наблюдается в рамках психиатрии как критерий выздоровления.

Изучаются следующие аспекты: постепенное угасание критических способностей к появляющимся бредовым идеям, формирование критического отношения при бреде, полное восстановление критичности, сохранность критики. А также понимание пациентом болезненности овладевающих представлений при навязчивостях, фобиях и при совершении больным ритуалов, изменение критического отношения к возникающим видениям в период незатуманенного сознания, исследование критического отношения больных к перенесенным психозам и депрессиям [15].

1.4 Критичность у лиц с органическим расстройством личности

Стандартно органическое расстройство личности характеризуется тремя признаками, а именно: ослаблением памяти, снижением интеллекта, недержанием аффектов, эти признаки носят название триады Вальтера-Бьюэля [8].

В настоящее время максимально точное определение ОРЛ сложилось в рамках медико-социальной экспертизы. Органическое расстройство личности – это четко очерченный симптомокомплекс, проявляющийся состоянием общей стабильной психической слабости со снижением внимания, памяти, уровня мышления,

аффективными расстройствами и приводящий к снижению адаптационных возможностей человека, к ограничениям жизнедеятельности и социальной недостаточности [14].

Первоначально симптомы органического расстройства личности находят свое отражение в астенических проявлениях, снижении работоспособности, эмоциональной неустойчивости, метеозависимости, снижении внимательности. Дальнейшее прогрессирование патологии затрагивает отделы памяти и интеллект [18].

Одним из расстройств личностной сферы при данном синдроме является нарушение критичности у пациентов с органическим расстройством личности.

Первичным проявлением интеллектуальных нарушений при ОРЛ выступает снижение критики к собственному поведению и, в некоторой степени, неадекватность при оценке окружающей действительности и событий. При этом, остаётся сохранной способность пациента различать плохое и хорошее при абстрагировании от конкретной ситуации, но в реальной жизни больной, страдающий ОРЛ, может проявлять деструктивные черты характера, такие как бестактность, эгоизм и черствость по отношению к другим людям.

Круг интересов становится уже, мышление – ригидным. Ухудшается способность к полной оценке обстоятельств, пациент с ОРЛ мыслит фрагментарно, и на основании этого формирует собственное представление о ситуации. У больного снижается способность к дифференцированию главного и второстепенного. Словарный запас пациента уменьшается, что говорит об изменениях структуры речи, предложения становятся поверхностными и короткими, при диалоге пациент зачастую использует вспомогательные слова и шаблонные фразы [10].

Эмоциональные нарушения проявляются в виде нарастающей лабильности и ухудшении способности в адекватной форме транслировать собственные эмоции с учетом внешних обстоятельств. Аффективные проявления больного с психоорганическим синдромом носят взрывной характер, они внезапно

возникают, ярко проявляются и мгновенно исчезают. Снижается «порог восприятия», больной демонстрирует бурные эмоциональные реакции в ответ на незначительные стимулы, с трудом переносит длительное по времени эмоциональное напряжение, что приводит к быстрому истощению.

Когнитивная сфера больного является фокусом внимания при патопсихологическом обследовании, которое позволяет быстро и эффективно уточнить клинические данные о степени выраженности нарушений внимания, памяти и мышления при ОРЛ. Данные ЭПО отражают также структуру ОРЛ, то есть указывают на психические процессы, являющиеся наиболее выраженными в когнитивном снижении (варианты ОРЛ по состоянию когнитивной сферы). Проведение больших по объему методик на исследование интеллекта при этом не требуется [6].

Такие феномены как нарушения критичности и нарушения регуляции деятельности не редко коррелируют друг с другом. К примеру, пациент имеет возможность выполнить экспериментальное задание, которое требует от него навык обобщения, но свойства этого навыка остаются неустойчивым, и могут легко нарушиться, к примеру, замениться на актуализацию случайных ассоциаций во время пробы. Нарушение произвольности, недостаточная возможность управления собственными действиями обнаруживаются у больных при любом обследовании. Поведение больных при проведении эксперимента или в трудовой ситуации носит бездумный произвольный характер, негативное и халатное отношение к собственной работе указывает на то, что действия пациентов не контролируются ими [1].

Зачастую нарушения критичности коррелируют с тенденцией к персеверациям (непроизвольные, излишне повторяющиеся движения). Выполнив определенный компонент сложного движения, больные затрудняются в переключении на другой компонент. Высказывание о том, что «влияние инертных действий, вызванных предшествующей инструкцией, является настолько сильным, что правильное выполнение задания заменяется фрагментами прежних

действий» принадлежит А.Р. Лурии. Оно олицетворяет следующий пример, когда больной, проводя пальцем по ходу реки на географической карте, делал это до тех пор, пока на карте не образовывалась дырка, или, когда начав чертить круг, он совершал круговые движения, пока его не останавливали, и так далее.

Персеверации проявляются на разных уровнях психики, как на уровне речи, так и на интеллектуальном уровне, к примеру, в виде повторов слогов. Испытуемому необходимо написать: «Маша пошла гулять». Вместо этого он пишет: «Машаша шапошлалала шагулялять». Персеверации аналогично могут проявляться в повторах одинаковых вопросов или небольших фраз. Например, мальчик-подросток, который страдает эпилепсией, при приветствии всегда повторял один и тот же вопрос: «А как зовут вашу маму?».

У пациентов с поражением лобных долей зачастую встречается ситуационное поведение. Одними из признаков такого поведения выступают внушаемость и подчиняемость. В некоторых случаях данные характеристики могут принимать причудливый характер [9].

Ситуационное поведение и персеверативная тенденция являются феноменами, которые противоречат друг другу, потому что в основе персеверации лежит механизм инертности, а ситуационное поведение содержит в себе тенденцию к чрезмерно быстрой смене реакций. Однако, данное противоречие является исключительно внешним. Они являются индикаторами того, что деятельность пациента лишена смысловой нагрузки и замещается действиями, за которыми не стоит смыслообразующий мотив [19].

Анализ нарушения критичности мышления у психически больных в своем исследовании был проведен И.И. Кожуховской. В качестве индикатора критичности мыслительной деятельности больных она рассматривала степени отношения пациента к допускаемым ошибкам. В результате, критические способности испытуемых проявлялась по-разному: одни больные сами исправляли собственные ошибки, когда другие пациенты делали это только под давлением экспериментатора, при этом третьи упорно отстаивали свои решения.

При этом коррекции в общей сложности не поддавались те ошибки, которые были связаны с разноплановостью суждений, то есть с нарушением мотивационного блока мышления [25].

Патопсихологическому экспериментальному анализу был подвергнут следующий тип критичности, который состоит в способности обдуманно действовать, контролировать и исправлять свои действия в соответствии с объективными условиями [17].

При выполнении разного рода экспериментальных проб у некоторых больных обнаруживается особая группа ошибок, которую можно охарактеризовать как бездумную манипуляцию предметами. К примеру, при выполнении классификации предметов больные могут, не выслушав внимательно инструкцию, начинают раскладку карточек, при этом, не выполнив самопроверку.

Пациенты могут создавать совершенно разнородные, неадекватные по содержанию группы только на основе того, что часть карточек лежит с краю стола, а другая часть – посередине стола. Наряду с этим, вмешательство экспериментатора и указание на необходимость собирать карточки, чтобы они совпадали друг с другом по смыслу, может привести к тому, что больные справляются с заданием верно.

Подобное безразличное отношение к собственным ошибкам при потенциальной возможности их коррекции можно выявить при выполнении практически всех экспериментальных заданий. Несмотря на то, что пациенты могут осмыслить содержание басни, условный смысл инструкции, переносный смысл пословицы, выявить обобщенный признак, они могут допустить грубейшие ошибки и действовать не в соответствии с инструкцией, не придавая этому значения.

Нарушение критических способностей у пациентов с ОРЛ также подтверждает исследование, проведенное на кафедре социальной психиатрии и психологии Санкт-Петербургского института повышения квалификации врачей-экспертов, в

котором участвовало 36 больных, а именно: 27 мужчин и 9 женщин, при освидетельствовании бюро в МСЭ.

Результаты по показателям ЭПО психических процессов, а именно внимания, памяти, мышления, следующие: 35-ти из 36-ти пациентам было рекомендовано определение третьей либо второй группы инвалидности.

Социальная недостаточность и ограничения жизнедеятельности, которые привели к необходимости определения инвалидности, у обследованных были связаны с непсихотическими нервно-психическими расстройствами церебрально-органического и сосудистого генеза.

В своем исследовании А.Н. Бровин аналогично подтверждает нарушение критичности при органическом расстройстве личности.

Заключение основывается на результатах обследования 150 больных с органическими расстройствами личности, которые развивались на почве органических поражений головного мозга различного генеза. В качестве этиологических факторов выступали последствия черепно-мозговой травмы (81,3%), включая повторные (46%), острой или хронической интоксикации (44,7%), нейроинфекции (16%), церебральная сосудистая патология (23,3%), а также иные и неуточненные факторы (5,3%), в 68% случаев образуя смешанную этиологию заболевания. Среди обследованных было 126 мужчин и 24 женщины. Возраст больных от 17 до 74 лет и в среднем составлял $42,5 \pm 2,7$ лет [5].

В структурно-динамическом анализе личностных особенностей обследуемых больных А.Н. Бровин выявил следующее: в характере отмечалась резкая негативная динамика, затрагивающая преимущественно системы отношений к окружающим, к себе и своему здоровью, к профессиональной деятельности и материальному миру.

Это выражалось в заострении таких личностных качеств, как эгоизм, неадекватно завышенная самооценка, некритичность к собственному поведению, претенциозность и эгоцентрическая позиция по отношению к людям, недоверчивость, подозрительность, стремление в личных неудачах обвинять

окружающих (локус контроля), негативное отношение к труду, меркантилизм, неряшливость и неопрятность, неадекватная оценка состояния собственного здоровья [24].

На основании вышеизложенного, в настоящее время теоретически и экспериментально доказано, что у лиц с органическим расстройством личности нарушаются критические способности. Однако стоит вопрос о критериях определения расстройств критики у пациентов с ОРЛ.

2 ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Цель, задачи, объект, предмет исследования

Объект: феномен критичности.

Предмет: экспериментально-психологические критерии и особенности нарушения критичности у лиц с ОРЛ

Цель исследования: определение экспериментально-психологических критериев нарушений критичности у лиц с ОРЛ в рамках медико-социальной экспертизы.

Задачи:

1. Анализ теоретических представлений феномена «критичность» у лиц с ОРЛ для решения экспертных вопросов;
2. Выявление индивидуально-психологических особенностей: особенностей интеллектуально-мнестической деятельности, внимания, умственной работоспособности, особенностей личности и критических способностей;
3. Определение экспериментально-психологических критериев оценки нарушения критичности у пациентов с ОРЛ.

2.2 База исследования и характеристики выборки

Исследование проводилось на базе лаборатории клинической психологии Челябинской областной клинической специализированной психоневрологической больницы №1 (ГБУЗ «ОКСПНБ № 1»).

Выборку составили 205 человек 18 до 65 лет (средний возраст 42,4) с диагнозом «органическое расстройство личности» (F 07.0), которые проходили медико-социальную экспертизу.

2.3 Методы и методики исследования

В данной работе в качестве методов использовались: клинико-психологический метод (беседа, наблюдение), экспериментально-психологический метод (патопсихологическое исследование), метод анализа протоколов и метод экспертной оценки.

Методики исследования: исследование интеллекта методикой Д. Векслера, таблицы Шульте, шкала самооценки Дембо-Рубенштейн, заучивание 10 слов, 10 пар слов, экспертная карта оценки нарушения критичности.

1. Исследование интеллект методикой Д. Векслера

Тест Векслера (или шкала Векслера) является одним из самых известных тестов для измерения уровня интеллектуального развития и разработана [Дэвидом Векслером](#) в 1939 году.

Данная методика состоит из 11 отдельных субтестов, разделенных на 2 группы, а именно: 6 вербальных и 5 невербальных. Каждый тест включает от 10 до 30 постепенно усложняющихся вопросов и заданий. К вербальным субтестам относятся задания, выявляющие общую осведомленность, общую понятливость, способности, нахождение сходства, воспроизведения цифровых рядов и т. д.

К невербальным субтестам относятся следующие: шифровка, нахождение недостающих деталей в картине, определение последовательности картин, складывание фигур. Выполнение каждого субтеста оценивают в баллах с их последующим переводом в унифицированные шкальные оценки, позволяющие анализировать разброс.

Выполнение каждого субтеста оценивают в баллах с их последующим переводом в унифицированные шкальные оценки, позволяющие анализировать разброс. Учитывают общий интеллектуальный коэффициент (IQ), соотношение «вербального и невербального» интеллекта, анализируют выполнение каждого задания.

2. Таблицы Шульте.

Данная методика направлена на определение **устойчивости внимания** и динамики работоспособности. Используется для обследования лиц разных возрастов.

Испытуемому поочередно предлагается пять таблиц на которых в произвольном порядке расположены числа от 1 до 25. Испытуемый отыскивает,

показывает и называет числа в порядке их возрастания. Проба повторяется с пятью разными таблицами.

Основной показатель – время выполнения, а также количество ошибок отдельно по каждой таблице. По результатам выполнения каждой таблицы может быть построена «кривая истощаемости», отражающая **устойчивость внимания** и работоспособность в динамике.

3. Шкала самооценки Дембо-Рубенштейн.

Данная методика основана на непосредственном оценивании (шкалировании) испытуемыми ряда личных качеств, таких как здоровье, счастье, характер и ум.

Обследуемым предлагается на вертикальных линиях отметить определенными знаками уровень развития у них этих качеств (показатель самооценки) и уровень притязаний, т. е. уровень развития этих же качеств, который бы удовлетворял их. Каждому испытуемому предлагался бланк методики, содержащий инструкцию и задание.

4. Заучивание 10 слов.

Методика заучивания десяти слов была предложена А.Р. Лурия. Она позволяет исследовать процессы памяти: запоминание, сохранение и воспроизведение.

Методика может использоваться для оценки состояния памяти, произвольного внимания, истощаемости больных нервно-психическими заболеваниями, а также для изучения динамики течения болезни и учета эффективности лекарственной терапии.

Испытуемому проговариваются 10 слов, его задача их повторить, процедура повторяется 5 раз. С помощью данной методики исследуется оперативная память, механическая память и «следы памяти» при отсроченном воспроизведении.

5. 10 пар слов.

Методика направлена на исследование ассоциативной памяти.

Испытуемому предъявляются 10 пар слов, связанных по смыслу, его задача их повторить. Процедура повторяется подряд дважды, третий раз – отсрочено, спустя час после первого предъявления.

5. Экспертная карта оценки нарушений критичности.

На базе лаборатории клинической психологии Челябинской областной клинической специализированной психоневрологической больницы №1 экспертами-психологами была разработана экспертная карта оценки нарушений критичности по материалам клинико- и экспериментально-психологического исследования (приложение А).

Каждый внесенный в карту симптом нарушений критичности был оценен по трех балльной шкале интенсивности выраженности этого симптома у каждого испытуемого выборки.

Методы математической обработки

Полученные количественные результаты экспериментально-психологического исследования были обработаны с помощью статистических методов (пакет прикладных программ SPSS Statistic ver. 19).

Для выявления корреляционной связи между показателями нарушений критичности и показателями результатов экспериментально-психологического исследования испытуемых в общей выборке был использован χ^2 -критерий Пирсона. Он позволяет определить, с одинаковой ли частотой встречаются разные значения признака в эмпирическом и теоретическом распределениях или в двух и более эмпирических распределениях.

3 АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

3.1 Анализ экспериментально-психологического исследования

Исследование интеллекта проводилось с помощью стандартизированной методики Векслера.

По результатам методики Векслера были выявлены следующие результаты:

Средний общий уровень интеллекта – «пограничный» ($73,3 \pm 9,9$).

При этом уровень вербального интеллекта ($80,2 \pm 10$) характеризуется как «низкая норма» и превышает уровень невербального интеллекта ($67,9 \pm 9,8$). Данное расхождение между уровнем вербальной и невербальной подструктуры интеллекта (12), можно расценивать как преобладание у лиц с ОРЛ абстрактно-логического вербального мышления над практическим, реализующимся в действии, а также указывает на снижение интеллектуальных функций по органическому типу, что подтверждает наличие органического патопсихологического симптомокомплекса у пациентов с ОРЛ.

Результаты субтеста «осведомленность» по выборке ($8,42 \pm 2,09$) свидетельствует о сниженном объёме и уровне относительно простых знаний у испытуемых, а также направленности и широты познавательных процессов, и слабой степени развития основных интеллектуальных функций. Данная специфика выполнения соответствует уровню пациентов с ОРЛ.

В рамках выполнения субтеста «понятливость» ($8,52 \pm 2,08$) испытуемые демонстрируют трудности в умении строить умозаключения на основе жизненного опыта с опорой на здравый смысл. Автор методики указывал, что данный субтест отражает готовность испытуемых к умственной деятельности, а также самостоятельность и социальную зрелость, из чего можно сделать вывод о том, что данные качества не характерны для выборки.

Низкий показатель субтеста «арифметический» ($6,89 \pm 1,77$) свидетельствует о низкой концентрации произвольного внимания, сообразительности и трудностях в оперировании числовым материалом, при этом в субтесте «повторение цифровых

рядов» ($6,42 \pm 1,28$) результаты по выборке отражают снижение оперативной памяти и активного внимания.

По результатам субтеста «сходство» ($8,66 \pm 2,12$) группа испытуемых характеризуется слабой способностью к логическому обобщению, снижению уровня процесса обобщения, затруднениях абстрагирования и тенденции к конкретности суждений. Данное явление также проявляется в субтесте «последовательные картинки» ($6 \pm 1,89$), это свидетельствует о том, что у пациентов с ОРЛ умение организовывать отдельные части сюжета в одно целое, способность к установлению причинно-следственных связей – снижены.

В субтесте «Недостающие детали» ($6,51 \pm 1,55$) испытуемые продемонстрировали наличие снижения функций активного внимания, перцептивных способностей, включающих трудности в зрительном узнавании знакомых объектов, а также слабую способность дифференцировать существенное от второстепенного в зрительном образе.

Показатель субтеста «шифровка» ($6,16 \pm 2,2$) отражает недостаточность функций внимания, а именно способности к его концентрации, распределению и переключению, а также восприятия, зрительно-моторной координацию, скорости формирования новых навыков и способности к интеграции зрительно-двигательных стимулов.

Наименьший показатель субтеста среди всех – это «складывание фигур» ($5,65 \pm 2,01$) у испытуемых свидетельствует о затруднении испытуемых в умении соотнести части и целое, снижении способности к конструктивному праксису и функций.

Таким образом, результаты методики исследования интеллекта Векслера подтверждает наличие органического патопсихологического симптомокомплекса у испытуемых с ОРЛ.

Исследование мнестических процессов было проведено с помощью классических психологических методик, широко используемых в практике

клинических психологических исследований: методика заучивания 10 слов (кривая запоминания) и запоминание 10 пар слов (ассоциативная память).

При исследовании механической памяти с помощью методики «Заучивание 10 слов» фиксировалось количество слов, воспроизведенных после каждого из пяти предъявлений, а также через час после последнего предъявления. Об объеме оперативной памяти свидетельствовало количество слов, воспроизведенное испытуемым после первого предъявления, об объеме механической памяти – количество слов, воспроизведенное после пятого предъявления. Отсроченное воспроизведение определялось по количеству слов, воспроизведенных испытуемым через час после последнего предъявления.

В результате исследования непосредственного запоминания у испытуемых с ОРЛ обнаруживается снижение объема механической ($7,4 \pm 1,7$ слов) и оперативной ($3,9 \pm 1,1$) памяти.

Результаты исследования способности к отсроченному воспроизведению у пациентов с ОРЛ в целом ($4,0 \pm 2,2$ слов) свидетельствует о значительном снижении объема продуктивности запоминания.

При исследовании объема ассоциативной памяти с помощью методики «Заучивание пар слов» фиксировалось количество воспроизведенных слов после каждого из двух предъявлений и через час после последнего предъявления.

Результаты исследования объема ассоциативной памяти при запоминании 10 пар слов у испытуемых с ОРЛ в целом ($9,6 \pm 0,8$ пар слов) свидетельствуют о незначительном снижении объема ассоциативной памяти. Результаты исследования способности к отсроченному воспроизведению у пациентов с ОРЛ в целом ($9,1 \pm 0,76$ пар слов) свидетельствуют о минимальном снижении объема продуктивности запоминания (при норме 10 пар слов).

Таким образом, у испытуемых наблюдается снижение оперативной памяти и объема продуктивности запоминания (отсроченного воспроизведения).

Процессы внимания и темп психических процессов исследовались с помощью таблиц Шульте.

При исследовании объема внимания (к зрительным раздражителям) по таблицам Шульте фиксировалось время поиска чисел (в секундах), а также количество допущенных ошибок. Ориентиром для оценки результатов являлись данные В.А. Васильевой, о том, что у здоровых лиц среднее время поиска чисел в таблице составляет 40–42 секунды.

Результаты исследования объема внимания при отыскивании чисел по таблицам Шульте у испытуемых с ОРЛ ($51,8 \pm 9,16$ сек.) превышают ориентировочные нормы методики, однако, стоит отметить тот факт, что к 5 попытке время поиска чисел увеличивается ($58,6 \pm 12,8$), что может говорить об истощаемости пациента к концу пробы.

Таким образом, на фоне сохранности объема внимания в целом у испытуемых с ОРЛ отмечается его существенное снижение в связи с истощаемостью к концу проведения пробы.

Исследование самооценки производилось с помощью методики Дембо-Рубенштейн.

В целом, испытуемые по шкале «Ум» оценивают себя адекватно (84% от общего числа выборки), однако, часть испытуемых (13%) имеет «неадекватно завышенные» показатели, а значит, переоценивают свои умственные и интеллектуальные способности. «Неадекватно заниженная самооценка» по шкале «Ум» проявляются в выборке незначительно (3% от общего количества).

При оценке себя по шкале «характер» испытуемые демонстрируют «адекватную оценку» (80% от общего количества), часть испытуемых переоценивают свои характерологические черты (16%), недооценивает себя по данной шкале 7 человек (4%).

Свое «Здоровье» испытуемые, в целом, расценивают адекватно (69%). Около трети испытуемых (29%) имеют «неадекватно завышенную оценку», что может говорить о непонимании больными своего состояния. «Неадекватно заниженная оценка» по шкале «здоровья» выражена минимально (2%).

Шкала «Счастье» аналогично выявила «адекватную оценку» к своему состоянию у большинства испытуемых (95%), «неадекватно заниженные» по данной шкале выражены незначительно (5%), около 10 человек продемонстрировали сниженные показатели.

3.2 Экспертная карта оценки нарушений критичности

Для оценки структуры нарушений критичности были использованы данные полученные в ходе наблюдения в процессе обследования, а также результаты проведенных методик. Средние значения по данным, полученным по результатам наблюдения, представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Средние значения выраженности проявлений нарушения критичности по результатам наблюдения в группе испытуемых, проходивших медико-социальную экспертизу.

Клинико-психологические проявления нарушения Критичности	Средние значения
Трудности усвоения инструкций	0,43±0,49
Игнорирование собственных ошибок	0,15±0,4
Отсутствие реакции на критику со стороны экспериментатора	0,22±0,46
Опережающие реакции	0,25±0,43
Протестные реакции	0,54±0,63
Снижение чувства дистанции	0,18±0,47
Отсутствие чувства экспертной ситуации (несерьезное, облегченное отношение к исследованию)	0,27±0,44
Отсутствие старательности, ориентации на успех	0,57±0,53
Неустойчивость эмоционального фона, раздражительность	0,56±0,67
Бравада	0,18±0,47

Исходя из полученных результатов, можно сделать вывод о том, что у группы пациентов, имеющих диагноз ОРЛ и проходивших медико-социальную экспертизу, проявления нарушения критичности по средним значениям в группе имеют низкую степень выраженности. Однако, полученные данные предоставляют возможность рассмотреть особенности и специфику нарушений критичности в текущей выборке.

Максимально выраженными показателями нарушения критичности по группе являются «отсутствие старательности, ориентации на успех» и «неустойчивость

эмоционального фона, раздражительность», – каждый из показателей проявляется у 17% испытуемых.

Аналогично «протестные реакции», как проявление некритичности, выявлен у 16% испытуемых. И около 13% участников из общей выборки демонстрировали «трудности в усвоении инструкции».

Полученные результаты могут быть объяснены нозологической принадлежностью данной группы испытуемых, а именно органическим расстройством личности, где выявленные признаки рассматриваются в структуре нарушения поведения и эмоциональной сферы.

Менее выражены, но проявившиеся в ходе обследования симптомы нарушения критичности – «отсутствие реакции на критику со стороны экспериментатора» - 6%. Данные проявления вписываются в картину структуры нарушения при ОРЛ.

Незначительно выражены следующие признаки нарушения критичности: «снижение чувства дистанции» (5%), «бравата» (5%) и «игнорирование собственных ошибок» (4%).

Описанные особенности структуры нарушений критичности можно увидеть на рисунке 1.

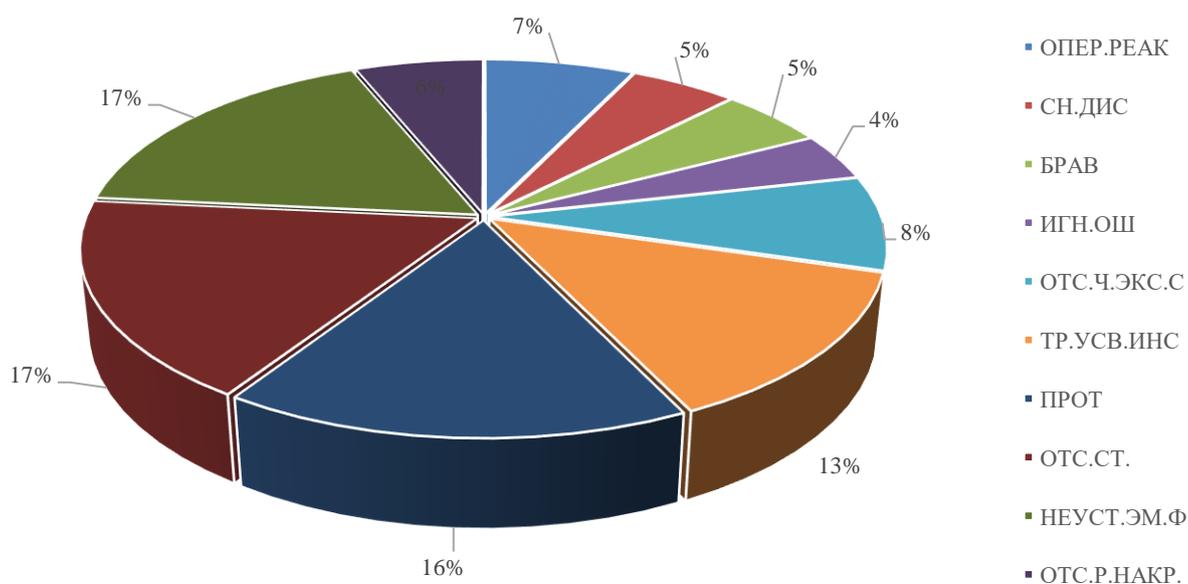


Рисунок 1 – Структура проявления нарушения критичности по результатам наблюдения у лиц с ОРЛ

По результатам проведения обследования, в котором были использованы патопсихологические методики для изучения познавательных процессов и интеллектуальных возможностей (одноцветные таблицы Шульте, методика на запоминание 10 слов, запоминание 10 пар слов), методика исследования интеллектуальной деятельности Д. Векслера (WAIS) и исследование самооценки с помощью методики Дембо-Рубенштейн, были выявлены следующие особенности картины нарушения критичности. Средние значения по данным, полученным по результатам опросников, представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Средние значения проявлений нарушений критичности по результатам опросников в группе испытуемых, проходящих медико-социальную экспертизу.

Клинико-психологические проявления нарушения критичности	Средние Значения
Нарушения самооценки	0,75±0,8
Незрелость, инфантилизм	0,78±0,61
Интеллектуальная недостаточность	0,49±0,83
Импульсивность	0,87±0,77
Протест	0,46±0,59
Эмоциональная неустойчивость	1,32±0,59
Враждебность	0,16±0,37
Агрессивность	0,49±0,50
Коммуникативные затруднения	0,83±0,39
Социальная дезадаптация	1,03±0,39
Делинквентность	0,95±0,48
Тревожность	0,05±0,23
Ирреальность притязаний	0,19±0,39

Исходя из средних значений выраженности проявлений нарушений критичности, можно сделать вывод, что проявления некритичности, зафиксированные по результатам проведения патопсихологических методик и опросников, в данной группе имеют низкую степень выраженности. Полученные данные также позволяют рассмотреть структуру нарушения критичности.

Наиболее сильную выраженность по результатам опросников имеют такие симптомы, как эмоциональная неустойчивость (16%) и социальная дезадаптация (12%).

Также к одним из ведущих симптомов можно отнести «делинквентность» (11%), «Импульсивность» (10%), «Коммуникативные затруднения» (10%), «Инфантильность» (9%), «Нарушение самооценки» (9%).

Чуть менее выражены следующие проявления: «Интеллектуальная недостаточность» (6%), «Протестные реакции» (6%), «Агрессивность» (6%).

Минимально – вторично демонстрировались следующие показатели: «Ирреальность притязаний» (2%), «Тревожность» (2%) и «Враждебность» (2%).

Данные симптомы свидетельствуют о нарушениях в эмоционально-волевой сфере личности, нарушениях мотивационных процессов личности и познавательных процессов. Полученные результаты детерминированы нозологией.

Выше описанные особенности структуры нарушений критичности можно продемонстрировать на рисунке 2.

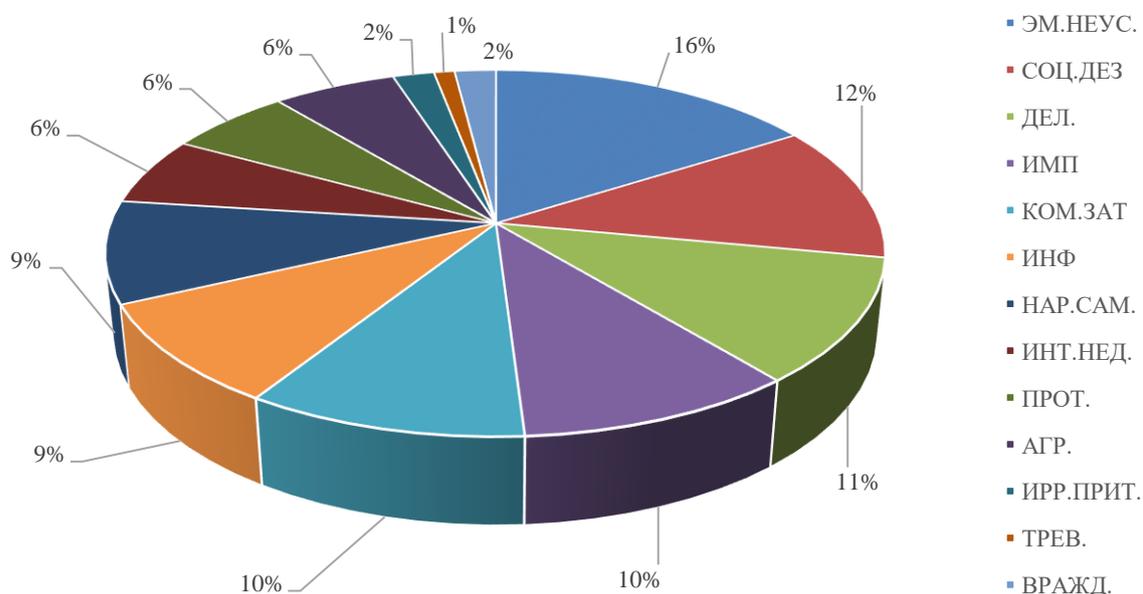


Рисунок 2 – Структура проявления нарушения критичности по результатам проведения опросников в группе испытуемых, проходивших медико-социальную экспертизу

Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод о преобладании в данной группе нарушений в эмоционально-волевой и мотивационной сферах, а именно нарушения регуляции поведения, повышенная импульсивность, неустойчивость эмоциональных реакций, инфантильность, трудности в коммуникациях и социальная дезадаптация, нарушение способности критически оценивать ситуацию и склонность к делинквентному поведению.

Также прослеживаются нарушения самооценки, самоконтроля, интеллектуальная недостаточность и наблюдались протестные реакции.

3.3 Корреляционный анализ

Для выявления корреляционной зависимости между проявлениями нарушений критичности и особенностями нарушений когнитивной и личностной сферы, выявленных у испытуемых с ОРЛ с помощью карты экспертной оценки нарушений критичности и патопсихологических методик, в данном исследовании был использован χ^2 -критерий Пирсона.

Была получена матрица интеркорреляций, которая позволила определить взаимосвязь особенностями когнитивных и личностных нарушений, и проявлениями нарушения критичности (см. Приложение Б).

Согласно полученным данным, между шкалой «10 пар слов» и такими признаками нарушения критики, как «снижение чувства дистанции» (-0,166 при $p \leq 0,5$), «отсутствие экспертной ситуации» (-0,194 при $p \leq 0,01$) и «реакции протеста» (-0,176 при $p \leq 0,05$) наблюдается отрицательная корреляционная связь. Можно предположить, что снижение ассоциативной памяти связано с тем, что испытуемые относились к исследованию негативно.

Наблюдается положительная корреляционная связь между шкалой самооценки Дембо-Рубинштейн и сниженным чувством дистанции у испытуемых (0,197 при $p \leq 0,001$). Данное обстоятельство можно объяснить особенностями органического патопсихологического симптомокомплекса, а именно неадекватным уровнем самооценки, что проявилось в поведении испытуемых.

Между результатами по методике «таблицы Шульте» и такими признаками нарушения критичности, как «игнорирование ошибок» (-0,142 при $p \leq 0,05$), «снижение чувства дистанции» (-0,213 при $p \leq 0,01$), «Опережающие реакции» (-0,153 при $p \leq 0,05$) и «реакции протеста» (-0,170 при $p \leq 0,05$) наблюдается отрицательная корреляционная связь. Неадекватная оценка результатов деятельности, отсутствие сличения своих действий с прогнозируемыми параметрами и протестные реакции могут свидетельствовать о нарушениях I СФБ головного мозга, свойственных пациентам с ОРЛ, проявляющиеся в виде недостаточности планирования, контроля и прогноза своей деятельности.

Обратная корреляционная взаимосвязь наблюдается между шкалой методики интеллекта Д. Векслера «сходство» и такими признаками нарушения критичности, как «раздражительность» (-0,146 при $p \leq 0,05$), и «опережающие реакции» (-0,139 при $p \leq 0,05$) также наблюдаются обратные корреляционные взаимосвязи. Также выявлена обратная корреляционная связь между шкалой «Сюжетные картинки» и симптомами «раздражительность» (-0,150 при $p \leq 0,05$) и «реакции протеста» (-0,198 при $p \leq 0,01$) у испытуемых. Полученные результаты могут быть объяснены как нарушениями III структурного функционального блока (далее – СФБ) головного мозга, что является характерным для больных с ОРЛ, так и нарушениями эмоциональной сферы, характерными для личностно-аномального патопсихологического симптомокомплекса.

Выявлена положительная корреляция между шкалой «складывание фигур» методики интеллекта Д. Векслера и таким проявлением некритичности, как «Нарушение коммуникации» (0,149 при $p \leq 0,05$), что может быть связано со сложностями и планирования, контроля и прогноза своей деятельности, в том числе коммуникативной.

Проанализировав выше изложенное, можно сделать вывод, что нарушение компонентов структуры критичности ведет к нарушению различных звеньев психики, а также оказывает влияние на выполнение методик и, соответственно, на их результативность и продуктивность.

ВЫВОДЫ

1. Критичность – одно из свойств нормальной психической деятельности, которая характеризуется способностью осознавать свои ошибки, умением оценивать свои мысли, окружающую обстановку и ситуацию, возможностью взвешивать доводы «за» и «против» выдвигающихся гипотез и подвергать существующие гипотезы всесторонней проверке.

2. Исследование особенностей интеллектуально-мнестической деятельности показало, что общий уровень интеллекта соответствует зоне, «пограничной» между нормой и умственным дефектом. Показатель уровня вербального интеллекта находится в границах «низкой нормы» и превышает уровень невербального интеллекта, что указывает на снижение интеллектуальных функций у испытуемых с ОРЛ по органическому типу.

В результате исследования непосредственного запоминания у испытуемых с ОРЛ выявлено снижение объема механической и оперативной памяти.

Показатели исследования объема ассоциативной памяти у испытуемых с ОРЛ в целом свидетельствуют о незначительном снижении объема ассоциативной памяти.

Результаты исследования способности к отсроченному воспроизведению свидетельствует о значительном снижении объема продуктивности запоминания у пациентов с ОРЛ.

При исследовании объема внимания у испытуемых с ОРЛ обнаружено, что на фоне сохранности объема внимания в целом выявляется его существенное снижение в связи с истощаемостью.

3. Структура нарушений критичности при ОРЛ включает в себя:

1) Нарушения эмоциональной сферы, которые проявляются в виде неустойчивости эмоционального фона, раздражительности, негативных аффективных реакциях;

2) Нарушения поведения по типу импульсивности, нарушения самоконтроля, браводы, снижения чувства дистанции, отсутствия чувства экспертной ситуации, игнорирования собственных ошибок;

3) Нарушения самооценки (чаще завышенной) и уровня притязаний (ирреальность завышенных притязаний).

4) Интеллектуальными нарушениями до уровня пограничной зоны между низкой нормой и умственным дефектом (по методике Векслера), характеризующимися негрубыми нарушениями познавательной деятельности.

3. Корреляционный анализ между результатами, полученными по «Карте наблюдений нарушений критичности» и результатами патопсихологического исследования показал, что существуют значимые взаимосвязи между проявлениями некритичности и результатами патопсихологического исследования. В результате проведенного исследования были выделены экспериментально-психологические критерии оценки нарушений критичности, полученные по методикам «10 пар слов», шкала «самооценки Дембо-Рубенштейн», «таблицы Шульте» и субтестам методики исследования интеллекта Д. Векслера «сходство», «сюжетные картинки», «складывание фигур».

Экспериментально психологическими критериями оценки нарушений критичности являются такие показатели, как: «снижение чувства дистанции» «отсутствие чувства экспертной ситуации», «реакции протеста», «игнорирование ошибок», «Наличие Опережающих реакций» «Раздражительность» «Нарушение коммуникации».

Полученные результаты связаны с нарушением самооценки у пациентов с ОРЛ, проявляющейся в неадекватной оценке собственной личности, поведения и результатов своей интеллектуальной деятельности, а также могут свидетельствовать о недостаточности функций планирования, контроля и прогноза своей деятельности и нарушениях I СФБ головного мозга.

4. Выявленные в проведенном исследовании особенности нарушений критичности у лиц с ОРЛ имеют высокую практическую значимость.

Примененная в проведенном исследовании «Карта экспертной оценки нарушений критичности» позволяет получить достоверные данные об особенностях нарушений критичности у пациентов с ОРЛ, что дает возможность прогнозировать особенности выполнения методик и обуславливают их результативность.

Полученные в исследовании данные об особенностях нарушений критичности и его влияние на интеллектуальные и личностные особенности пациентов способствуют вынесению более обоснованного и доказательного экспертного решения. Кроме того, описанные особенности нарушений критичности у подэкспертных с ОРЛ позволяют построить реабилитационную программу для таких пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исследование нарушений критичности у лиц с ОРЛ является важной задачей при решении экспертных вопросов, так как критические особенности являются важным регулятивным механизмом личности.

Проведенное исследование позволило выявить особенности нарушений и критерии оценки критичности у пациентов с ОРЛ.

Структура нарушений критичности при ОРЛ включает в себя нарушения эмоциональной, поведенческой, познавательной сфер, а также нарушения самооценки и уровня притязаний.

Полученный экспериментальный материал был использован для установления взаимосвязи между особенностями нарушений критичности и интеллектуально-мнестическими, и личностными особенностями. Корреляционный анализ полученных результатов показал значимые взаимосвязи между проявлениями нарушений критичности и результативностью выполнения методик патопсихологического исследования, а именно: таблицы Шульте, пары слов, 3 субтеста методики Векслера. Чем выше степень нарушения критических способностей, тем хуже результат выполнения методик.

Полученные данные позволят в дальнейшем разрабатывать реабилитационные программы для лиц с органическим расстройством личности, проходивших МСЭ.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Антропов, Ю.А. Основы диагностики психических расстройств: рук. для врачей / Ю.А. Антропов, Н.Г. Незнанов. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2010. – 382 с.
2. Беккер, И.М. Что такое «расстройство критики»? / И.М. Беккер, С.Ю. Циркин, Ю.С. Савенко // Независимый психиатрический журнал. – 2007, №1 – С. 7–13.
3. Блейхер, В.М. Практическая патопсихология / В.М. Блейхер, И.В. Крук, С.Н. Боков. – Ростов-на-Дону, 1996. – 448 с.
4. Блейхер, В.М. Расстройства мышления / В.М. Блейхер. – Киев, 1993. – 192 с.
5. Бочков, Н.П. «Клиническая генетика» / Н.П. Бочков. – М.: «Медицина», 1997. – 145 с.
6. Братусь, Б.С. Аномалии личности / Б.С. Братусь. – М.: Мысль, 2012. – 301 с.
7. Вандыш, В.В. Клиника и судебно-психиатрическая оценка резидуально-органических поражений головного мозга в подростковом возрасте / В.В. Вандыш, Э.А. Бурелов // Психические расстройства, не исключающие вменяемости. – М., 1984. – С. 112–120.
8. Гурьева, В.А. Психогенные расстройства у детей и подростков / В.А. Гурьева – М.: «Медицина», 1996. – 272 с.
9. Джекобсон, Д. Л. Секреты психиатрии / Д. Л. Джекобсон, А. М. Джекобсон; пер. с англ.; под общей ред. П. И. Сидорова. – 2-е изд. – Москва: МЕДпресс-информ, 2007. – 236 с.
10. Жариков, М.Н. Психиатрия / М.Н. Жариков, Ю.Г. Тюльпин – М.: «Медицина», 2002. – 317 с.
11. Зейгарник, Б.В. Патология мышления / Б.В. Зейгарник – М., 1962. – 305 с.
12. Зейгарник, Б.В. Патопсихология / Б.В. Зейгарник – М., 1986. – 208 с.

13. Каплан, Г.И. Клиническая психиатрия: в 2 т. / Г.И. Каплан, Б.Дж. Сэдок; пер. с английского В.Б. Стрелец. – М.: Медицина, 1998 г. – Т. 2. – 528 с.
14. Кожуховская, И.И. Нарушения критичности у психически больных: Патопсихологическое исследование / И.И. Кожуховская – М.: изд.-во Московского Университета, 1985. – 80 с.
15. Король, С.А. К классификации особенностей критичности мышления / С.А. Король // Вопросы психологии. – 1981. – № 4. – С. 108–111.
16. Леонтьев, А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. / А.Н. Леонтьев. – М.: Политиздат, 1977. – 304 с.
17. Марилов, В.В. Клиническая психопатология: руководство / В.В. Марилов, Т. Ю. Марилова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 368 с.
18. Международная классификация болезней (10-й пересмотр) классификация психических и поведенческих расстройств. – СПб, 1998. – 208 с.
19. Моросанова, В.И. Личностные аспекты саморегуляции произвольной активности человека / В.И. Моросанова // Психологический журнал. – 2002. – Т. 23. – №6. – С. 5–17.
20. Обухов, С.Г. Психиатрия: учеб. пособие / С.Г. Обухов; под ред. Ю.А. Александровского. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 352 с.
21. Пережогин, Л.О. Феноменология волевых расстройств / Л.О. Пережогин // Независимый психиатрический журнал. – 1999 – № 2. – 5 с.
22. Пивень, Б.Н. Экзогенно-органические заболевания головного мозга / Б.Н. Пивень. – М., 1998. – 144 с.
23. Романов, Д.В. Патология личности / Д.В. Романов; Минздравсоцразвития СО, ГОУ ВПО СамГМУ, ГУЗ СО «Герiatricкий научно-практический центр». – Самара: ВолгаБизнес, 2010. – 123 с.
24. Рубинштейн, С.Л. Основы общей психологии / С.Л. Рубинштейн. – М., 1946. – 712 с.
25. Рубинштейн, С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии / С.Я. Рубинштейн. – М., 1970. – 448 с.

26. Самарцев, К.В. Большая медицинская энциклопедия / К.В. Самарцев. – М., 2008. – 128 с.
27. Смулевич, А.Б. Расстройства личности / А.Б. Смулевич. – Москва: МИА, 2007. – 171 с.
28. Ушаков, Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства / Г.К. Ушаков – М.: «Медицина», 1987. – 392 с.
29. Циркин, С.Ю. Расстройство критики / С.Ю. Циркин // Независимый психиатрический журнал. – 2007. – №1. – С.7–13.
30. Цыганков, Б.Д. Психиатрия: руководство / Б.Д. Цыганков, С.А. Овсянников. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 496 с.
31. Шатайло, Н.А. О критичности и ее нарушениях с системных позиций. / Н.А. Шатайло // Независимый психиатрический журнал. – 2007. – №2. – С. 24–33.
32. Червинская, К.Р. Медицинская психодиагностика и инженерия знаний / К.Р. Червинская, О.Ю. Щелкова, Л.И. Вассерман. – М.: Издательский центр «Академия», 2002. – 624 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Таблица А.1 – Экспертная карта оценки нарушений критичности

ЭПИ	Клинико-психологические проявления нарушения критичности	Степень выраженности нарушений			
		Отсутствуют 0	Слабо выраженные 1	Умеренно выраженные 2	Выраженные 3
Наблюдение	Трудности усвоения инструкций				
	Ответы не в плане заданных вопросов				
	Отрицание болезненного состояния				
	Игнорирование собственных ошибок				
	Отсутствие реакции на критику со стороны экспериментатора				
	Наличие реакции на критику со стороны экспериментатора				
	Отстаивание собственных ошибочных суждений				
	Отказные реакции				
	Протестные реакции				
	Снижение чувства дистанции				
	Повышенная импульсивность (опережающие реакции)				
	Отсутствие чувства экспертной ситуации (несерьезное, облегченное отношение к исследованию)				
	Отсутствие старательности, ориентации на успех				
	Негативное отношение к исследованию				
	Враждебность, агрессивность				
	Неустойчивость эмоционального фона, раздражительность				
Бравада					

Окончание таблицы А.1

	Клинико-психологические проявления нарушения критичности	Степень выраженности нарушений			
		Отсутствуют 0	Слабо выраженные 1	Умеренно выраженные 2	Выраженные 3
	Уровень самооценки (Дембо-Рубинштейн)				
Опросники, тест Векслера, «ДДЧ»	Незрелость, инфантилизм				
	Интеллектуальная недостаточность				
	Импульсивность				
	Неустойчивость самоконтроля				
	Эмоциональная неустойчивость				
	Враждебность				
	Агрессивность				
	Коммуникативные затруднения				
	Социальная дезадаптация				
	Делинквентность				
	Тревожность				
	Ирреальность притязаний				

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Таблица Б.1

		Отс.реак. крит.	Не замеч.оп.	Сниж.ч. дис	Отс.экл. сит.	Отсут. стар	Раздраж	Инт. недост	Опер. реак	Протест	Агресс	Импульс
10 слов	Корреляц Пирсона	-,014	,064	-,121	,021	-,010	,029	,107	,074	,010	,006	-,040
	Знач. (двухсто ронняя)	,847	,364	,085	,766	,887	,681	,126	,290	,883	,931	,569
	N	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205
10 пар слов	Корреля ция Пирсона	-,113	-,052	-,166*	-,194**	-,093	-,048	,101	-,057	-,014	,010	-,039
	Знач. (двухсто ронняя)	,107	,462	,017	,005	,185	,490	,152	,416	,842	,883	,577
	N	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205
Шкала самооценки	Корреля ция Пирсона	,059	,039	,197**	,047	,054	,025	,107	,051	,054	-,047	,045
	Знач. (двухсто ронняя)	,398	,579	,005	,507	,442	,724	,128	,472	,446	,508	,519
	N	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205
Таблицы Шульце	Корреля ция Пирсона	-,032	-,142*	-,213**	-,277**	-,075	-,087	,054	-,153*	,063	-,038	,045
	Знач. (двухсто ронняя)	,652	,042	,002	,000	,282	,217	,441	,029	,370	,585	,525
	N	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205
Субтест понятий.	Корреля ция Пирсона	-,003	-,064	-,076	-,062	-,009	-,063	,082	-,095	-,045	-,028	,090

Окончание таблицы Б.1

	Знач. (двухсторонняя)	,962	,363	,282	,376	,899	,372	,246	,176	,526	,694	,198
	N	204	204	204	204	204	204	204	204	204	204	204
Субтест	Корреляц. Пирсона	-,045	,026	-,046	-,059	-,084	-,146*	,056	-,139*	,020	-,094	,117
	Знач. (двухсторонняя)	,519	,710	,513	,400	,231	,036	,426	,047	,771	,180	,096
	N	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205
Складывание фигур	Корреляция Пирсона	-,103	-,007	-,010	,005	-,082	-,101	,028	-,121	,006	-,025	,099
	Знач. (двухсторонняя)	,140	,926	,888	,939	,244	,148	,694	,084	,937	,723	,157
	N	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205
Сюжетные картинки	Корреляция Пирсона	-,136	-,053	-,029	-,092	-,082	-,150*	-,014	-,098	-,032	-,085	,069
	Знач. (двухсторонняя)	,051	,452	,677	,191	,241	,032	,843	,161	,651	,227	,326
	N	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205

Таблица Б.2

		Ирреал. приг.	Эмоц. неуст.	Враждеб	Труд. ув.инс.	Протест. реакции	Незрел	Импуль	Делинквент	Комм наруш	Соц. Дезадапт.	Тревожн
	N	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205
10 слов	Корреляция Пирсона	,017	-,023	,019	-,009	-,003	,062	-,040	-,004	-,070	,012	,051

Продолжение таблицы Б.2

	Знач. (двухсторонняя)	,809	,739	,788	,897	,960	,375	,569	,960	,320	,864	,466
	N	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205
10 пар слов	Корреляция Пирсона	,067	-,013	-,011	-,030	-,176*	,012	-,039	,000	-,017	-,027	,014
	Знач. (двухсторонняя)	,340	,848	,878	,665	,011	,859	,577	,996	,813	,701	,839
	N	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205
Шкала самооценки Дембо-Рубенштейн	Корреляция Пирсона	,113	-,040	-,071	,032	,032	,005	,045	,014	,040	-,096	,025
	Знач. (двухсторонняя)	,107	,568	,313	,646	,651	,938	,519	,846	,571	,169	,726
	N	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205
Таблицы Шульце	Корреляция Пирсона	,061	,039	,032	-,007	-,170*	-,006	,045	-,063	,016	-,101	-,013
	Знач. (двухсторонняя)	,385	,574	,654	,924	,015	,936	,525	,368	,825	,150	,851
	N	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205
Субтест понятливость	Корреляция Пирсона	,038	,010	,069	-,049	-,076	,040	,090	-,039	,112	-,030	-,018
	Знач. (двухсторонняя)	,585	,890	,329	,483	,280	,574	,198	,580	,110	,672	,800
	N	204	204	204	204	204	204	204	204	204	204	204

Окончание таблицы Б.2

Субтест сходство	Корреляция Пирсона	-.004	,049	,120	-.017	-.094	,122	,117	,080	,084	,125	,006
	Знач. (двухсторонняя)	,958	,489	,085	,806	,181	,082	,096	,252	,231	,075	,928
	N	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205
Складывание фигур	Корреляция Пирсона	,009	,020	,016	-.027	-.079	,020	,099	-.036	,149*	,052	,041
	Знач. (двухсторонняя)	,894	,779	,823	,696	,261	,778	,157	,610	,033	,459	,562
	N	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205
Сюжетные картинки	Корреляция Пирсона	,067	,050	,028	-.079	-,198**	-.019	,069	,045	,041	-.021	,002
	Знач. (двухсторонняя)	,341	,477	,689	,261	,004	,783	,326	,523	,564	,764	,972
	N	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205

** корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя).

* корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя).