

P 99

Контрольный

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

На правах рукописи

РЯЗАНОВА
Анна Юрьевна

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ПСИХОДИАГНОСТИКА ОСНОВНЫХ
ВАРИАНТОВ ОРГАНИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ
ПРИ ВОЕННО-ВРАЧЕБНОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ ПОДРОСТКОВ**

19.00.04 — «Медицинская психология»

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

г. Санкт-Петербург – 2009

Работа выполнена на кафедре клинической психологии Южно-Уральского государственного университета.

Научный руководитель — кандидат медицинских наук, доцент
Беребин Михаил Алексеевич.

Официальные оппоненты — доктор психологических наук, профессор
Мамайчук Ирина Ивановна;

кандидат психологических наук, доцент
Исаева Елена Рудольфовна.

Ведущая организация — Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева.

Защита диссертации состоится «__» _____ 2010 года, в _____ часов, на заседании совета Д 212.232.22 по защите докторских и кандидатских диссертаций при Санкт-Петербургском государственном университете по адресу: 199034, г. Санкт-Петербург, наб. Макарова д.6, ауд. 227, факультет психологии.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке им. М. Горького по адресу Университетская наб., 7/9.

Автореферат разослан «__» _____ 2009 года.

Ученый секретарь диссертационного совета
доктор психологических наук, профессор



В.Д. Балин

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. По данным отечественных и зарубежных авторов, за последние 10 лет отмечается более чем двукратный рост заболеваемости нервно-психическими расстройствами среди детей и подростков [Дмитриева Т.Б., 1997; Корсунский А.А., 2001; Макушкин Е.В. с соавт., 2007; Adams R.D., 1997; Delong G.R., 1997]. Основной причиной этого большинство исследователей считают, в том числе и высокую частоту рождения детей незрелых, с патологией центральной нервной системы [Лебединская К.С. с соавт., 1988; Ковалев В.В., 1995; Вельтишев Ю.Е., Балоева Л.С., 1997; Coombs R.H., 1985; Esser G., Schmidt M.H., 1987; Earis F., 1994 и др.]. Анализ статистических данных о заболеваемости детского населения показывает, что в последние годы в структуре психической патологии у подростков первое место занимают последствия органического поражения ЦНС [Гурьева В.А., Гиндикин В.Я., 1980; Буторина Н.Е., 1984; Лазарева И.И., 2004; Lénn N., 1987; Broe G.A., Tate R.L., 1999; Middleton J.A., 2001, 2002].

Принято считать, что клинически проявляющиеся формы резидуально-органической патологии мозга могут стать основой для патологического формирования личности [Сухарева Г.Е., 1959; Ковалев В.В., 1969, 1979; Исаев Д.Н., 1982; Личко А.Е., Попов Ю.В., 1987; Гурьева В.А., 1999; Вандыш В.В., 2006; Roberts R.E., Attkisson C.C., Rosenblatt A., 1998; Teasdale T.W., Endberg A.W., 2003]. Однако, несмотря на многолетние исследования проблемы, вопросы диагностики и терапии психопатических изменений церебрально-органического генеза, трактуемые в МКБ-10 как органическое расстройство личности (F 07.0), продолжают оставаться в отечественной детской и подростковой психиатрии предметом дискуссий.

Проведенный анализ публикаций по проблеме показывает, что исследование этого вида личностной аномалии и её типологии сопровождается некоторыми проблемами теоретического и практического клинического характера. В отечественной литературе подчеркивается наличие методических трудностей дифференциальной и психологической диагностики органического расстройства личности [Шостакович Б.В., 1988; Вандыш В.В., 2006; Пивень Б.Н., Шереметьева И.И., 2008].

В этой связи проблему патофизиологической дифференциальной диагностики церебральной резидуальной органической патологии личностного уровня следует считать актуальной. Эта актуальность обусловлена распространенностью девиантного и делинквентного поведения среди таких детей и подростков, ограничением их образовательного и профессионально-трудового потенциала, существенной социальной дезадаптацией проявляющейся, в том числе, ограниченной годностью к службе в Вооруженных Силах Российской Федерации [Иювчук Н.М. с соавт., 2003; Дмитриева Т.Б., 2006; Levin H.S., Ewing-Cobbs L., Eisenberg H.M., 1995 и др.].

Органическая природа таких личностных аномалий диктует необходимость обоснованного и своевременного отграничения личностных расстройств органического генеза как от классических вариантов психопатий, так и от дру-

гих форм экзогенно-органических расстройств. Кроме того, сама группа психопатических расстройств церебрально-органического генеза неоднородна и представлена несколькими вариантами психической патологии, тоже требующими дифференциации. Выявление особенностей клинико-психологической картины органического расстройства личности позволяет обоснованно решать экспертные задачи. Наиболее часто эта проблема возникает при военно-врачебной экспертизе. Экспертные решения выносятся в соответствии с «Расписанием психических болезней», в котором годность к военной службе дифференцированно определяется и в зависимости от формы психического расстройства, и в зависимости от степени выраженности психических нарушений. В экспертном плане требуется установить однозначное соответствие психических нарушений при органическом расстройстве личности (ОРЛ) с конкретной категорией годности к военной службе.

Описанные выше актуальность проблемы, дискуссионность и малоизученность отдельных положений теории и практики изучения ОРЛ в целом, и различных его вариантов, в частности, свидетельствуют о целесообразности проведения исследования, ориентированного на потребности клинической практики и на решение задач военно-врачебной экспертизы.

Цель исследования: на основе многомерного анализа теоретических и эмпирических данных определить информативные клинико- и экспериментально-психологические характеристики органического расстройства личности у подростков и разработать алгоритм табличной диагностики основных его вариантов, обеспечивающий обоснованное решение задач дифференциальной психодиагностики при военно-врачебной экспертизе.

Объектом исследования является патопсихологическая и нейропсихологическая симптоматика и семиотика органического патопсихологического симптомокомплекса при органическом расстройстве личности у подростков.

Предметом исследования — клинико-психологическая феноменология и экспериментально-психологические корреляты нарушений психической деятельности при органическом расстройстве личности, психодиагностические маркеры ОРЛ и алгоритмы дифференциальной диагностики основных его вариантов, приводимой в связи с задачами военной экспертизы подростков.

Гипотеза исследования:

Псевдопсихопатический и псевдоолигофренический варианты органического расстройства личности у подростков проявляются при клинико- и экспериментально-психологическом исследовании различающимися между собой нарушениями психической деятельности, качественные и количественные особенности которых могут являться обоснованием для разработки объективизированных методов дифференциальной диагностики этих форм в целях военно-врачебной экспертизы.

В исследовании необходимо было решить следующие задачи:

1. Изучить теоретико-методологические основы диагностики и содержательной квалификации органического расстройства личности у подростков в контексте задач клинического, психодиагностического и экспертного исследований.

2. Для многомерного качественного и количественного экспериментально-психологического исследования подростков с ОРЛ сформировать теоретически обоснованную батарею методик (психодиагностическую систему), учитывающую влияние факторов онтогенеза и этиопатогенеза органических психических расстройств на особенности клинико-психологического статуса пациентов.

3. Изучить особенности клинико-психологического статуса подростков с псевдопсихопатическим и псевдоолигофреническим вариантами ОРЛ (феноменологию вариантов ОРЛ) для сравнительного их анализа и для валидизации разрабатываемого алгоритма дифференциальной диагностики.

4. Разработать алгоритм эмпирического исследования при различных вариантах ОРЛ у подростков, учитывающий патопсихологическую картину нарушений психической деятельности при данной нозологии.

5. Получить массив экспертных оценок симптомов органического расстройства личности и разработать на его основе многомерные клинко-психологические описания основных вариантов ОРЛ, сформулированные в терминах диагностических критериев МКБ-10. На основе этих описаний сформировать алгоритм табличной диагностики ОРЛ и его вариантов, опирающийся на оригинальную систему математико-статистической обработки экспертных оценок.

6. В целях «обучения» создаваемой модели дифференциальной диагностики ОРЛ использовать результаты многомерного клинко- и экспериментально-психологического исследования испытуемых и провести анализ его результатов в соответствии с алгоритмом предлагаемого табличного метода. Выделить наиболее информативные психодиагностические «мишени» ОРЛ, позволяющие сформулировать критерии дифференциальной диагностики вариантов этого психического расстройства в целях военно-врачебной экспертизы.

Методологические и теоретические основы исследования:

1. Системный подход и концепция методологического единства биологического и психосоциального в формировании психической патологии человека [Мясищев В.Н. (1960), Ломов Б.Ф. (1975, 1977), Кабанов М.М. (1983, 1985), Нуллер Ю.Л. (1992), Вассерман Л.И. с соавт. (1994, 1997, 2000), Ананьев Б.Г. (1996, 2001)].

2. Концептуальные основы отечественной патопсихологии [Зейгарник Б.В., (1962)] и нейропсихологии [Лурия А.Р. (1969), Хомская Е.Д. (1987), Вассерман Л.И. (1997)], их развитие применительно к задачам патопсихологического и нейропсихологического экспериментального исследования [Зейгарник Б.В. (1976), Блейхер В.М. (1986), Рубинштейн С.Я. (1970), Щелкова О.Ю. (2004), Лурия А.Р. (1969), Хомская Е.Д. (1987), Вассерман Л.И. с соавт., (1997), Глозман Ж.М. (1999)], к прикладным задачам психиатрии и смежных областей [Поляков Ю.Ф. (1977), Ениколопов С.Н. (1998)], и задачам психологической экспертизы, в частности [Кудрявцев И.А. (1996), Антоян Ю.М. с соавт., (1991), Мамайчук И.И. (2002), Сафуанов Ф.С. (1998, 2006)].

3. Теоретические послылки экспериментальной психосемантики [Артемьева Е.Ю. (1980), Шмелев А.Г. (1999), Петренко В.Ф. (1991)] и их развитие для

целей экспериментально-психологического исследования в клинике [Эткинд А.М. (1979), Гнездилов А.В. (1995); Тхостов А.Ш. (2000)], в том числе посредством использования методов инженерии знаний [Щелкова О.Ю., Червинская К.Р., (2003)] и методов реконструкции семантических пространств экспертных оценок, основанных на результатах обработки экспертных оценок по определенным математическим алгоритмам и содержательной интерпретации выделяемых на их основании структур (факторов) [Шмелев А.Г. и др. (1996)] и их табличного представления для целей дифференциальной диагностики психических расстройств [Кудрявцев И.А (1989), Личко А.Е. (1989)].

4. Современные положения медицинской психодиагностики [Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. (2002)] в части использования нестандартизованных пато- и нейропсихологических методик, включая применение таблиц-шкал для оценки степени выраженности нарушений психических функций [Вассерман Л.И., Дорофеева С.А., Меерсон Я.А. (1997), Глозман Ж. М. (1999)].

Научная новизна и теоретическая значимость исследования. Новым является обобщенное представление описанной в литературе клинико-психопатологической и экспериментально-психологической картины ОРЛ. Впервые получили свое объяснение особенности структурно-функциональных соотношений при сочетании органического патопсихологического синдрома с олигофреническим и личностно-дисгармоничным синдромами. Впервые были получены структурированные теоретические описания вариантов ОРЛ в клинико-психологических терминах, основанные на изучении экспертных оценок этого расстройства клиническими специалистами. Такие описания позволили сформировать дополнительное теоретическое знание о феномене «органическое расстройство личности», содержательно описать структуру и наполнение симптомов и синдромов ОРЛ в патопсихологических терминах и формулировках результатов исследования по экспериментально-психологическим методикам. Впервые разработана и апробирована технология диагностики психического статуса при ОРЛ, опирающаяся на стандартную процедуру пато- и нейропсихологического исследования с оригинальной системой квантификации результатов. Впервые предложена технология создания табличного метода диагностики на основе математического анализа экспертных оценок, представлен прошедший клиническую валидизацию алгоритм табличной диагностики основных вариантов ОРЛ.

Практическая значимость исследования. Получены информативные психодиагностические данные об особенностях познавательной деятельности и клинико-психологическом статусе призывников с ОРЛ, позволяющие проводить обоснованную дифференциальную диагностику основных вариантов этого расстройства у подростков с учетом требований военно-врачебной экспертизы. Разработана и обоснована экспертная валидность оригинальной системы перевода качественных данных экспериментально-психологического исследования в количественно выраженные показатели, обеспечивающая единые основания для оценки патологии. Предлагаемая психодиагностическая система и ее компьютерная версия уменьшает трудоемкость и алгоритмизирует работу патопсихолога при военно-врачебной экс-

пертизе. Созданный оригинальный алгоритм дифференциальной диагностики основных вариантов ОРЛ (включая его табличную форму) позволяет статистически обоснованно решать экспертную задачу и задачу классификации каждого нового случая.

Апробация работы. Основные положения и результаты диссертационного исследования докладывались и обсуждались на Международной научно-практической конференции психиатров и наркологов Сибири и Дальнего Востока «Научные достижения и опыт клинических исследований в психиатрии» (Томск, 26–27 мая 2004 г.); на научно-практической конференции «Современные проблемы резидуально-органических нервно-психических расстройств в детско-подростковом возрасте» (Челябинск, 11 ноября 2004 г.); на межрегиональной конференции «Место нейропсихологии в XXI веке» (Челябинск, 2005 г.); на научно-практической конференции «Актуальные вопросы патопсихологической и нейропсихологической диагностики» (Челябинск, 14 декабря 2007 г.); на Всероссийской конференции «Современная психодиагностика в изменяющейся России» (Челябинск, 10–11 сентября, 2008); совместном заседании кафедры клинической психологии Южно-Уральского государственного университета и кафедры психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Уральской государственной медицинской академии дополнительного образования (Челябинск, 2007 г.).

Положения, выносимые на защиту

1. Получили подтверждение данные о наличии у подростков с ОРЛ патогномоничных для органического патопсихологического синдрома модально-неспецифических нарушений всех видов памяти, внимания, гнозиса, праксиса, счета, письма, речи, умственной работоспособности и общей нейродинамики. В то же время установленные достоверные различия в познавательной деятельности, эмоциональном реагировании и поведении у пациентов с псевдопсихопатическим и псевдоолигофреническим вариантами ОРЛ доказательно объясняются включенностью личностно-дисгармоничного и олигофренического патопсихологического радикала в структуру органического синдрома.

2. Решение задачи исследования подростков с ОРЛ в целях военной экспертизы с помощью нестандартизованных методик экспериментально-психологической диагностики вызывает необходимость упорядоченного (квантифицированного, ранжированного) представления полученных данных. Эти данные должны отражать, с одной стороны, качественно-количественные показатели конкретных психодиагностических методик, с другой стороны, уровни нарушений отдельных психических процессов и психической деятельности в целом, и, с третьей стороны, соотноситься с дифференцированными требованиями к годности к службе в Вооруженных Силах.

3. Сложная иерархия патопсихологического синдрома при псевдопсихопатическом и псевдоолигофреническом вариантах ОРЛ проявляется различными вариантами соотношений «ядерного» органического синдрома с «периферийными» личностно-аномальным и олигофреническим. Эти соотношения находят свое адекватное отражение в психосемантических репрезентациях представлений психиатров и психологов об этом нарушении. Многомерные моде-

ли ОРЛ, созданные на основе математико-статистической обработки этих представлений, могут рассматриваться в качестве описаний и «внешних» критериев дифференциальной диагностики. Наполнение этих моделей в виде конкретных патопсихологических синдромов и симптомов является информативной основой табличного метода такой диагностики.

4. Использование методов экспертного оценивания клинико-психологических нарушений и методов математической обработки экспертных оценок позволяет получить объективизированные структурно-синдромологические модели психических заболеваний. Статистические характеристики таких моделей позволяют осуществить табличную диагностику (включая дифференциальную диагностику) таких нарушений на основании математически обоснованных алгоритмов. Психологическая диагностика с помощью такого рода методов, моделей и алгоритмов позволяет обосновать вынесенный диагноз и экспертное решение. Результаты проверки разработанной в настоящем исследовании модели ОРЛ и ее табличного варианта дифференциальной диагностики свидетельствуют о ее высокой валидности по внешнему критерию – психиатрическому диагнозу, представленной 89,2% совпадений результатов табличной дифференциальной диагностики с экспертным решением.

5. В современных условиях решение вопросов психологической диагностики психических нарушений при вынесении психиатрического диагноза, дифференциальной диагностике и экспертизе требует разработки междисциплинарных научно-методических оснований для создания новых подходов, методов и алгоритмов психодиагностики, обеспечивающих достоверность, надежность и валидность патопсихологической диагностики в клинике.

Структура и объём диссертации. Работа состоит из введения, 5 глав, выводов и заключения, списка использованной литературы и 2 приложений, представленных на 191 странице машинописного текста. Иллюстративный материал представлен в 35 таблицах и 3 рисунках. Список литературы содержит 355 источников (отечественных 296, зарубежных 59).

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обосновывается теоретическая и практическая актуальность темы исследования, обозначаются объект и предмет исследования, определяются цели и задачи, формулируется рабочая гипотеза, раскрываются научная новизна, теоретическая и практическая значимость работы, формулируются положения, выносимые на защиту.

В первой главе «Проблема органического расстройства личности в отечественной и зарубежной литературе» обосновывается вывод о недостаточной разработанности в современной психиатрии и медицинской психологии проблемы органических психических расстройств и органического расстройства личности, в частности.

Группа экзогенно-органических расстройств является одной из наиболее спорных клинико-диагностических категорий. Анализ 356 отечественных и

зарубежных монографических и тематических работ по проблеме органических поражений головного мозга приводит к выводам, во-первых, о наличии на современном этапе определенного кризиса самого понятия «органически обусловленное психическое расстройство»; во-вторых, об отсутствии четких дифференциально-диагностических критериев для разграничения всех органических нарушений; в третьих, о мультифакторности условий возникновения органических расстройств психики. Как следствие, неразрешенность этих вопросов негативно отражается на патопсихологической и психопатологической квалификации этих нарушений.

Описаны результаты анализа современных представлений об ОРЛ, свидетельствующие об отсутствии единого взгляда на клинику, динамику, прогностические и дифференциальные критерии этого психического расстройства. Подчеркивается, что центральное место в этиопатогенезе ОРЛ занимает возрастная фаза, при этом возрастная фаза может явиться одним из внутренних условий, способствующих возникновению психического заболевания. Показано, что проблема церебрально-органической патологии у подростков достаточно подробно представлена в работах Г.Е. Сухаревой (1965), В.В. Ковалева (1995), В.А. Гурьевой (2001), Д.Н. Исаева (1982), А.Е. Личко (1985), В.В. Вандыша-Бубко (1991 – 2006), Н.Е. Буториной (1999).

Вариативность точек зрения на понимание клинических критериев ОРЛ в публикациях проявляется нечеткостью описания малодифференцированной и малоинформативной симптоматики, что вызывает очевидные сложности для обоснованной дифференциации ОРЛ [Вандыш В.В., 2004 – 2008; Лазарева И.И., 2008; Hughes С., 1989; Levin H., Chapman S., 2000].

В литературе отмечается, что симптоматика некоторых психических нарушений при ОРЛ имеет сходство с клиникой эмоционально-личностных нарушений, что позволяет предполагать наличие единых психологических механизмов формирования аномально-личностного патопсихологического синдрома при формировании выделенного в МКБ-10 псевдопсихопатического варианта ОРЛ. Этот вывод согласуется с базовыми положениями современной патопсихологической диагностики при различных видах экспертиз [Кудрявцев И.А., Сафуанов Ф.С., 1989].

Глава завершается обоснованием положения о том, что правильная организация экспериментально-психологического исследования органических расстройств, прицельное определение психодиагностических «мишеней» с последующим качественным анализом полученных результатов, их интерпретацией и оценкой должны опираться на материалы сравнительного анализа экспертных клинических, клинико- и экспериментально-психологических данных в соотношении с критериями МКБ-10 и критериями «Расписания психических болезней», применяемых при военно-врачебной экспертизе (ВВЭ).

Во второй главе «Материалы и методы исследования» приведены методолого-методические основания проведенного нами комплексного клинико- и экспериментально-психологического исследования ОРЛ в связи с задачами дифференциальной психодиагностики и экспертного оценивания. В частности, при военно-врачебной экспертизе необходимость квантифицированного

представления результатов исследования обусловлена требованием соотносить степень нарушения психических функций с пунктами Расписания болезней и категорией годности к военной службе.

Исходя из основных теоретических и методологических принципов, а также цели и задач настоящей работы, была выбрана её общая методология — сравнительное комплексное и многомерное клинико-психологическое исследование.

В качестве инструментария исследования использовался комплекс клинических, объективно-инструментальных и экспериментально-психологических методик: клинико-анамнестический, клинический (исследование врачом-психиатром и врачом-невропатологом), нейрофизиологический (ЭЭГ, ЭхоЭГ), клинико-психологический (беседа, наблюдение), экспериментально-психологический (патопсихологическое и нейропсихологическое исследование), экспертный метод, методы математико-статистической обработки данных.

Экспериментально-психологическое исследование проводилось по 23 психодиагностическим методикам и пробам, относящимся к классу нестандартизованных патопсихологических и нейропсихологических методик медицинской психодиагностики (по классификации Л.И. Вассермана и О.Ю. Шелковой (2004)), составленных в единую батарею в соответствии с принципами, приведенными в основополагающих пособиях по организации экспериментально-психологического исследования [Зейгарник Б.В., 1982; Рубинштейн С.Я., 1998; Хомская Е.Д., 1987; Вассерман Л.И., 1997].

Исследование проводилось по традиционным «мишеням» пато- и нейропсихологической диагностики: изучались характеристики мнестических функций, внимания и умственной работоспособности, письма, счета, речи и ее понимания, праксиса, гнозиса и нейродинамического компонента психической деятельности в целом.

Квалификация изучаемой психической патологии как расстройства личности, цели и задачи настоящей работы продиктовали необходимость исследования качественных показателей психической деятельности и проявлений личностных особенностей испытуемых: эмоциональной неустойчивости, критичности к собственной личности и интеллектуальной деятельности, повышенной агрессивности и раздражительности, склонности к импульсивности, особенностей уровня притязаний.

Вместе с тем, отмеченная выше специфика исследования потребовала внесения определенных изменений в традиционную практику применения методик. Так, в целях обеспечения согласованности и «перекрестности» психодиагностических данных были разработаны алгоритм соотнесения исследуемых функций с диагностическим потенциалом каждой методики и система, раскрывающая правила проведения исследования, правила качественной и количественной оценки и интерпретации результатов каждой методики.

Органический генез расстройства, относительно короткий (по сравнению со взрослыми) период после экстаза, психологическая специфика пубертатного периода с высокими компенсаторными возможностями подростковой психики, экспертная направленность исследования объясняют включение

в батарею сенсibilизированных нейропсихологических проб, позволяющих дать более точную и детальную квалификацию начальных или слабовыраженных проявлений психических нарушений органической природы. Особенностью проведенного исследования являлась ориентированность нейропсихологической диагностики на поиск «симптоматической мишени», а не на выявление собственно нейропсихологического синдрома, что соответствует принципам «гибкого» подхода, развивающегося в современной отечественной и зарубежной нейропсихологии [Вассерман Л. И. с соавт., 2003, 2006, 2007]. При этом нейропсихологические методы обнаруживают большую информативность, прикладную ориентированность и экономичность по сравнению с инструментальными (методы компьютерной нейровизуализации, ЭЭГ, ЭхоЭГ).

Таким образом, использование комбинации пато- и нейропсихологических методик является адекватным поставленной цели и задачам настоящего исследования, позволяет решить актуальные проблемы дифференциальной диагностики и экспертной оценки ОРЛ. При этом количество методик в «батарее» может оказаться достаточно большим (по принципу «избыточной достаточности»), поскольку имеющийся дефицит теоретически обоснованных рекомендаций по подбору методик для исследований подобного рода не позволяет априорно ограничить их выбор. В этом случае представляется обоснованным системный анализ и сопоставление результатов пато- и нейропсихологического исследования, соотнесение экспериментально-психологической картины при ОРЛ лиц молодого возраста с принципами и критериями дифференциальной диагностики и экспертной практики.

Специфика военно-врачебной экспертизы проявляется, в частности, наблюдаемыми в практике ВВЭ различиями в истолковании полученных клинических и экспериментальных данных экспертами и медицинскими психологами. Это потребовало отдельного психологического изучения представлений психиатров и психологов об ОРЛ с помощью методов экспериментальной психосемантики и инженерии знаний, применяемых в современной медицинской психодиагностике [Вассерман Л. И., Щелкова О.Ю., Червинская К.Р., 2003]. Проводилось специальным образом организованное изучение экспертных оценок симптоматики ОРЛ и критериев его диагностики. Результатом этого фрагмента исследования явилось создание методически и статистически обоснованных многомерных клинко-психологических описаний ОРЛ и его вариантов — псевдоолигофренического (ОРЛ_{Пол}) и псевдопсихопатического (ОРЛ_{Пнс}).

Кроме того, такие экспертные модели являлись основанием для разработанного нами табличного метода дифференциальной диагностики ОРЛ_{Пнс} и ОРЛ_{Пол} и своеобразным «внешним критерием» для оценки и систематизации полученных квантифицированных данных клинко- и экспериментально-психологического исследования. Результаты обследования 148 испытуемых, адекватно переведенные в квантифицированные оценки степени выраженности психических нарушений, после преобразования их по определенному алгоритму представлены в специальной таблице. Показано, что табличный метод дифференциальной диагностики ОРЛ позволяет достоверно либо высоковероятностно верифицировать тот или иной вариант расстройства.

Исследование проводилось на базе лаборатории клинической психологии Челябинской областной клинической специализированной психоневрологической больницы № 1 (ЧОКСПНБ № 1). В исследовании принимали участие 148 испытуемых мужского пола (средний возраст $17,6 \pm 1,2$), направленных военно-врачебной комиссией на обследование с диагнозом «Органическое расстройство личности» (F 07.0).

Выборка испытуемых была разбита на две экспериментальных группы на основании наличия вынесенного врачами-психиатрами диагноза одного из вариантов ОРЛ. В первую группу включены 82 подростка (56 % выборки) с поведенческими расстройствами резидуально-органического генеза («органическая псевдопсихопатическая личность», ОРЛ_{Пнс}), во вторую группу — 66 пациентов с когнитивными расстройствами («органическая псевдоолигофреническая личность», ОРЛ_{Пол}).

Дополнительным критерием обоснованности отнесения пациентов в группы являлись результаты исследования уровня интеллекта с помощью методики Д. Векслера (WAIS). В группу ОРЛ_{Пнс} включались испытуемые с оценкой интеллекта выше 80 IQ баллов, в группу ОРЛ_{Пол} — испытуемые с показателями IQ ниже 80.

Психодиагностическое исследование у всех подэкспертных проводилось однократно (за 1 встречу); время каждой встречи длилось от 1,5 до 2 часов.

Полученные количественные результаты экспериментально-психологического исследования были обработаны с помощью статистических методов (пакет прикладных программ Statistica ver. 6.0). Рассчитывались все описательные статистики выборки и значения t-критерия Стьюдента. Оценка полученных показателей осуществлялась в соответствии с принятыми в психологическом исследовании принципами и критериями [Сидоренко Е.В., 2002]. Анализ результатов проводился как по всей группе исследуемых больных с ОРЛ в целом, так и в каждой подгруппе (ОРЛ_{Пнс} и ОРЛ_{Пол}).

В третьей главе «Результаты исследования» представлены результаты экспериментально-психологического исследования.

В целом проведенное исследование познавательных процессов представило достаточно большой объем экспериментального материала с многомерным характером данных. Формат автореферата не позволяет привести все статистические показатели обследования испытуемых по всем 23 пато- и нейропсихологическим методикам, подробно представленные в диссертации. Однако анализ этого материала позволяет сделать некоторые обобщения, обсуждение которых представлено в главе 5.

У пациентов с ОРЛ выявлено снижение функций внимания, проявляющееся трудностями распределения, переключения, снижении избирательности и устойчивости внимания. У пациентов с ОРЛ_{Пнс} более выражены (при показателях p на уровне не ниже $p < 0,05$) трудности концентрации и устойчивости внимания, а у пациентов с ОРЛ_{Пол} отмечается более существенное снижение объема внимания и трудности распределения.

Мнестические процессы пациентов с ОРЛ характеризуются снижением объема оперативной памяти и продуктивности запоминания. Отмечено повы-

шенное тормозящее влияние гомогенной и, в меньшей степени, гетерогенной интерференции при запоминании в условиях двойной интерференции. Установлено, что при воспроизведении испытуемые допускали 4 типа ошибок (потеря элемента, конфабуляции, контаминации, нарушение порядка воспроизведения слов). Отмечается более выраженные нарушения мнестических процессов у пациентов с ОРЛ_{Поль}, на что указывают статистически достоверные отличия ($p=0,0002$) по всем параметрам при выполнении методик «10 слов», «Пары слов», запоминание в условиях двойной интерференции.

При исследовании системы счета у испытуемых с ОРЛ выявлены слабо выраженные нарушения, обусловленные забыванием пациентами промежуточного результата при счете, снижением возможности формирования программы деятельности и неудерживанием смыслового ряда задачи, импульсивностью при решении задач и примеров, дезавтоматизированностью счета. При этом указанные нарушения счета более характерны для пациентов с ОРЛ_{Пол} — они хуже справлялись с выполнением счетных операций из-за забывания промежуточного результата и нарушений при формировании программы деятельности, у них чаще фиксировалась дезавтоматизированность счета ($p=0,0002$). У испытуемых с ОРЛ_{Пис} чаще ($p=0,001$) отмечались нарушения счета — импульсивность и неудерживание смыслового ряда задачи.

Особенности спонтанной речи у испытуемых с ОРЛ характеризуются малым словарным запасом, обеднением речи с редкими проявлениями аграмматизма, персеверациями, единичными поисками слов, снижением речевой активности, снижением способности к пониманию логико-грамматических отношений, наличием тенденции к спонтанности и обстоятельности речи. У пациентов с ОРЛ_{Пол} отмечено достоверно более существенное снижение речевой активности и объема словарного запаса ($p=0,001$), способности к пониманию логико-грамматических конструкций ($p=0,009$) в виде нарушения квазипространственных отношений, сохранности одновременного «симультианного» анализа и синтеза, нарушенной способности одновременно представить несколько событий и их отношение друг к другу. У испытуемых с ОРЛ_{Пис} чаще ($p=0,001$) отмечались импульсивность и спонтанность речи.

При исследовании письма у пациентов с ОРЛ выявляются слабо выраженные нарушения в виде дезавтоматизированности письма с легкой тенденцией к микро/макрографии или дизметрии при написании букв, при этом перечисленные нарушения более выражены у пациентов с ОРЛ_{Пол} ($p=0,0001$).

При исследовании динамического праксиса у испытуемых с ОРЛ выявлены слабо выраженные нарушения — двигательная аспонтанность в виде замедления вхождения в задание, неполное сжимание и распрямление ладони, напряженность и замедленность двучных движений, поэлементное выполнение с переходом к плавному, появление стереотипии и «полуперсеверации». При этом более существенное ($p<0,03$) нарушение динамического праксиса наблюдалось у пациентов с ОРЛ_{Пол}. При выполнении графической пробы у испытуемых с ОРЛ отмечаются слабо выраженные нарушения зрительно-моторной координации в виде макрографии и расподобления элементов, наклона вертикальных элементов, упрощения либо расширения программы. Нарушения ди-

намического праксиса при выполнении этой пробы были более существенно выражены у пациентов с ОРЛ_{Пис} ($p=0,008$).

Конструктивный праксис у пациентов с ОРЛ характеризуется структурными нарушениями в виде трудностей программирования и контроля над протекающими умственными действиями, нарушениями пространственной организации действий, трудностями симультанной переработки зрительно-пространственной информации. При этом у пациентов с ОРЛ_{Пол} оптико-пространственные нарушения отмечались достоверно чаще ($p=0,000002$).

Кроме того, при ОРЛ выявляются нарушения оптико-пространственногогнозиса в виде «приблизительности» в ответах, ошибках по типу зеркальности, отмечаемые на фоне импульсивности реакций при ответах.

У большинства испытуемых с ОРЛ в целом (64%) отмечается неадекватный уровень притязаний (заниженный либо завышенный), а также колебания уровня притязаний (УП). При этом отмечено незначительное преобладание завышенного УП (48%) по сравнению с заниженным (42%) и его колебаниями (10%). У пациентов с ОРЛ_{Пис} отмечается более высокий УП ($p=0,01$), чем у пациентов с ОРЛ_{Пол}. В целом неадекватность и колебания УП может указывать на неустойчивость самооценки и снижение критичности пациентов к собственной личности и деятельности.

В процессе исследования нейродинамического компонента психической деятельности у испытуемых установлены колебания умственной работоспособности, связанные с повышенной истощаемостью психических процессов. Это проявляется неравномерными достижениям при решении многоактных задач, требующих одновременного учета и удержания нескольких признаков.

В исследовании выявлены преимущественно динамические нарушения высших психических функций в виде снижения темпа психических процессов, их повышенной истощаемости, трудностей концентрации, устойчивости и переключения произвольного внимания, снижения объема непосредственного запоминания и продуктивности произвольных мнестических и мыслительных процессов.

Установлены структурные (операциональные) нарушения познавательных процессов в виде ослабления функций программирования и контроля за протекающими умственными действиями, трудностей симультанной переработки зрительно-пространственной информации при решении наглядно-образных задач. Отмечаются также повышенное тормозящее влияние гомогенной и гетерогенной интерференции при запоминании в условиях двойной интерференции, а также достаточно сложная структура ошибок при воспроизведении вербального материала.

В четвертой главе «Разработка табличного метода дифференциальной диагностики органического расстройства личности у подростков» приведены теоретико-методические основания для разработки табличного метода диагностики ОРЛ. Описана оригинальная авторская технология разработки метода табличной дифференциальной диагностики, основанная на многомерной математико-статистической обработке массивов экспертных оценок и результатов экспериментально-психологического исследования 148 испытуе-

мых с различными вариантами ОРЛ.

Задачи разработки алгоритма табличной диагностики ОРЛ соответствовали задачам, сформулированным И.А. Кудрявцевым (1982) для такого рода исследований:

1) установление системообразующих признаков патопсихологических синдромов посредством математической обработки данных о составляющих их патопсихологических феноменах и факторах, определяющих содержание этих синдромов;

2) определение диагностической информативности (весов) отдельных патопсихологических феноменов, построение диагностических таблиц и алгоритмов оценки результатов экспериментально-психологического исследования.

Решение этих задач в настоящем исследовании имело некоторые особенности.

Решение первой задачи потребовало отбора всех доступных, необходимых и достаточных для клинической и психологической диагностики симптомов ОРЛ и его вариантов. В практике экспертизы часто встречается рассогласование позиций врачей-психиатров и медицинских психологов в оценке полученных результатов. Это рассогласование объективно объясняется различиями в приоритетности оценок симптоматики: акцент на психопатологической (для врачей-психиатров) и пато- и нейропсихологической (для психологов) картине психических нарушений. По существу, речь идет о разных моделях ОРЛ — «психиатрической» и «психологической», что противоречит требованию о необходимости формулирования экспертного решения в системе симптомов и критериев единой, «психолого-психиатрической» модели.

Вышеизложенное потребовало отдельного исследования системы представлений психологов и психиатров о клинко-психологической картине ОРЛ, а также его вариантов — ОРЛ_{Пнс} и ОРЛ_{Пол}. Группу экспертов составили 20 врачей-психиатров 20 психологов. Исследование проводилось в соответствии с методологией применения инженерии знаний в медицинской психодиагностике [Червинская К.Р., Щелкова О.Ю., 2002], в частности, посредством оригинальной технологии «извлечения скрытых знаний» (hidden knowledge) в русле общей методологии Data Mining. Полученная база знаний подвергалась экспертному оцениванию этим же коллективом экспертов по специальной технологии [Шмелев А.Г., 2000]. Для обработки полученных экспертных оценок применялись математико-статистические и факторно-аналитические методы, реализованные в компьютерной программе «EXPANE-2» НПО «Гумантекс». В итоге получены многомерные модели ОРЛ и его вариантов, содержательно наполненные клинко-психологическими характеристиками этого психического расстройства. Эти модели рассматриваются как результат решения поставленной И.А. Кудрявцевым первой задачи.

Решение второй задачи (выделения симптомов, наиболее информативных для дифференциальной психодиагностики ОРЛ и его вариантов с последующим их адекватным отображением в табличном виде) потребовало разработки оригинального алгоритма табличной диагностики.

Используемая в настоящее время методология построения диагностических таблиц [Кудрявцев И.А., 1982; Головки С.И., 1992; Журавлев И.И., 1991] была дополнена новой технологией. В ее основу положен классический принцип патопсихологического исследования, сформулированный Б.В. Зейгарник, требующий изучения не столько перечня симптомов, сколько выявления структуры этих нарушений с последующей оценкой нарушенных психологических факторов. В соответствии с этим результаты патопсихологического исследования представляются в виде качественной оценки (описании) выявленных нарушений психической деятельности различной интенсивности. Такие описания в практике фактически являются иерархическими перечнями патопсихологических симптомов и синдромов («на первом месте...», «наиболее выражено...», «незначительно выражены...» и т.п.). В психометрическом плане такое представление результатов исследования является примером перевода качественных данных в измерения по ранговой шкале. Такой вывод лежит в основе использования ранжирования как математико-статистической основы предлагаемой технологии создания таблиц для дифференциальной диагностики.

В первой фазе этого этапа исследования 40 экспертами оценивался перечень из 39 клинико-психологических проявлений ОРЛ, выделенный на основании анализа научной литературы по проблеме и материалов совещаний с коллективом экспертов. Кроме того, экспертами оценивался перечень 7 клинических синдромов ОРЛ (выделенных в соответствии с диагностическими критериями раздела F.07.0 МКБ-10) Интегральная экспертная оценка имела двумерную характеристику вида $a \cdot p$: где a — «интенсивность выраженности симптома в клинической картине ОРЛ», p — «важность (вес, значимость, патогномоничность) этого симптома для вынесения диагноза ОРЛ». Полученные массивы экспертных оценок (оценка каждым из 40 экспертов каждого из 39 симптомов [7 синдромов — во втором случае] в виде $a \cdot p$ по 3-балльной шкале) были обработаны с помощью компьютерной программы «EXPANE-2» НПО «Гумантекс». Результатом обработки являлось получение итогового значения каждого симптома и синдрома и построение на этой основе их иерархических списков. Для дальнейшей работы экспертов были отобраны 19 наиболее информативных симптомов, определенных на основании примененных критериев, рекомендованных для решения такого рода задач в психологии [Сидоренко Е.В., 2002].

На втором этапе исследования каждый из 19 симптомов был отнесен одному из синдромов ОРЛ. По результатам анализа распределения частот отнесения экспертами симптома к тому или иному синдрому получена итоговая табличная модель, в которой каждый из 7 синдромов ОРЛ получил свое наполнение наиболее информативными клинико-психологическими симптомами (табл. 1). Кроме того, получены табличные модели ОРЛ_{Пис} и ОРЛ_{Пол}, представленные различными вариантами иерархий этих синдромов (табл. 2).

В соответствии с описанным выше алгоритмом были также получены модели ОРЛ, отражающие особенности экспертных оценок врачей-психиатров («психиатрическая» модель) и медицинских психологов («психологическая» модель).

Частота отнесения клинико-психологических симптомов к синдромам ОРЛ

Критерии (синдромы) ОРЛ по МКБ-10	Клинико-психологические симптомы	Частота(%)
1. Сниженная способность поддерживать целенаправленную деятельность	Импульсивность	92,5
	Снижение работоспособности	72,5
	Утомляемость	62,5
	Истошаемость	90
2. Эмоциональные изменения	Неконтролируемость эмоций	65
	Нестабильность эмоций	75
	Вспышки гнева и агрессии	72,5
	Лабильность	60
	Эмоциональная неустойчивость	87,5
3. Расторможенность влечений без учета последствий и социальных норм	Излишняя подозрительность	57,5
	Поглощенность одной темой	52,5
4. Интеллектуальные возможности	Интеллектуальное снижение	75
5. Нарушения поведения	Снижение критики к собственной личности;	85
6. Нарушения формирования суждений	Трудности вербализации	80
	Колебания работоспособности	70
7. Нарушения познавательной деятельности	Нарушения внимания;	95
	Истошаемость деятельности;	90
	Нарушения памяти	92,5

Анализ этих теоретических моделей показал, что в «психиатрической» модели находит отражение ориентация психиатров на оценку результатов клинико-анамнестического и психопатологического метода (преимущественно — симптоматики аффективных и поведенческих нарушений), а в «психологической» модели — ориентация на поиск и экспериментальное подтверждение проявлений органического патопсихологического синдрома и когнитивных нарушений.

Таблица 2

Иерархия синдромов (критериев диагностики) в различных моделях ОРЛ

Наименование синдрома по МКБ-10	Рейтинг в иерархической модели		
	ОРЛ	ОРЛ _{пнс}	ОРЛ _{пол}
Нарушения познавательной деятельности	I	V	I
Эмоциональные изменения	II	I	III
Расторможенность влечений без учета последствий и социальных норм	III	III	V
Интеллектуальные возможности	IV	VI	II
Нарушения поведения	V	II	IV
Сниженная способность поддерживать целенаправленную деятельность	VI	IV	VII
Нарушения формирования суждений	VII	VII	VI

«Обучение» модели и разработка алгоритма дифференциальной диагностики ОРЛ_{пнс} и ОРЛ_{пол} проводились путем перевода качественных данных экспериментально-психологического исследования 148 подростков с диагно-

зом ОРЛ в балльные оценки. Перевод осуществлялся с помощью оригинальной таблицы, устанавливающей соответствие описания качественных данных их количественным эквивалентам (от «слабо выражено» — 1 балл до «резко выражено» — 3 балла). Полученные по каждому синдрому баллы суммировались и рассчитывались средние показатели каждого синдрома ОРЛ у каждого испытуемого. В итоге все результаты обследования испытуемых были представлены в виде иерархии синдромов ОРЛ.

Диагностический алгоритм основан на сравнении иерархий синдромов ОРЛ у каждого испытуемого с иерархией этих синдромов в каждой из теоретических моделей ОРЛ_{Пнс} и ОРЛ_{Пол}. Сравнение проводилось путем расчета значений метрики пространства Хемминга d_{ij} (расчет проводился по классической формуле). Вычисленные таким методом значения пар метрик d_{ij} у каждого испытуемого явились основанием для отнесения испытуемых либо к группе ОРЛ_{Пнс}, либо к группе ОРЛ_{Пол}.

Клиническая дифференциация испытуемых экспериментальной выборки, проведенная на основании вынесенного диагноза (ОРЛ_{Пнс} либо ОРЛ_{Пол}) рассматривалась в качестве «внешнего критерия» надежности и валидности проводимой табличной диагностики. Из выборки были исключены 16 испытуемых (10,8% выборки), у которых обнаружены расхождения между оценкой по «внешнему критерию» и результатами табличной диагностики. Дальнейшее «обучение» модели проводилось на выборках пациентов с ОРЛ_{Пнс} (n=73) и ОРЛ_{Пол} (n=59).

Для каждой группы описанным выше способом были рассчитаны значения первичных статистик вида $d_i \pm \sigma$. Эти показатели рассматривались в дальнейшем как индикаторы принадлежности к соответствующей группе («центроиды» групп).

Для эмпирического подтверждения верности решения экспертной задачи проводилось «обучение» алгоритма дифференциальной диагностики на материалах исследования испытуемых с подозрением на наличие ОРЛ («обучение с учителем» — Дюк В.А., 1994; Червинская К.Р., Щелкова О.Ю., 2002). Разработана система решающих правил, позволяющая на основании оценки значений пар d_{ij} (близости-удаленности показателей испытуемого от значений центроидов групп) достоверно либо с высокой вероятностью решить задачу табличной дифференциальной диагностики псевдопсихопатического и псевдоолигофренического вариантов ОРЛ.

Описанный алгоритм табличной диагностики позволяет, во-первых, адекватно преобразовать квантифицированные данные патопсихологического исследования по каждой методике в обобщенную математико-статистическую картину нарушения. Во-вторых, в таблице отражены иерархии нарушений психической деятельности (перечни синдромов ОРЛ при различных его вариантах). Это позволяет выявить наиболее и наименее выраженные патопсихологические симптомы, и, в конечном случае, иерархию этих симптомов (в случае обследования пациента с подозрением на ОРЛ). Предложенные решающие правила позволяют установить наличие у каждого испытуемого того или иного варианта ОРЛ. В диссертации представлен при-

мер применения табличного метода на материале экспериментально-психологического исследования конкретного испытуемого.

В целях оптимизации процедуры табличной дифференциальной диагностики и исключения трудоемких процессов при ее проведении была разработана компьютерная программа — экспертная система (ЭС) «ОРЛ-дифференциатор», прошедшая апробацию в работе лаборатории клинической психологии ЧОКСПНБ №1.

В пятой главе «Обсуждение результатов» представлен анализ и интерпретация результатов клинико- и экспериментально-психологического исследования.

Обсуждение полученных результатов проводилось в терминах и понятиях, характерных преимущественно для патопсихологических исследований, либо категориях и определениях, используемых в нейropsychологии. При этом сохранялось понимание единого интегративного характера выявляемых нарушений и некоторой условности разделения на пато- и нейropsychологические корреляты.

Одной из задач исследования являлось системное исследование познавательной деятельности пациентов с ОРЛ и ее нарушений. Результаты проведенного исследования когнитивного функционирования у испытуемых с ОРЛ свидетельствуют, что у данной категории пациентов отмечается нарушение нейродинамического и операционального компонентов познавательной деятельности, проявляющиеся, в частности, различными вариантами расстройств внимания.

Основной характеристикой расстройств внимания у пациентов с ОРЛ является его нарушение в целом по группе в виде трудностей распределения и переклочения, снижения избирательности и устойчивости. При этом у пациентов с ОРЛ_{Пис} более выражены ($p=0,002$) нарушения концентрации внимания и его неустойчивость ($p=0,003$) У пациентов с ОРЛ_{Пол} выявлено существенное ($p=0,000$) уменьшение объема внимания и трудности его распределения ($p=0,0002$), лучшая ($p=0,003$) способность к длительной монотонной деятельности, меньшее ($p\leq 0,01$) число импульсивных реакций.

Описываемый характер нарушений может быть соотнесен со спецификой функциональной организации I-го и III-го структурно-функциональных блоков мозга (СФБ), возможной большей вовлеченностью и большим вкладом лобных структур в формирующуюся патологию в целом, и в процессы регуляции психической деятельности, в частности. Полученная картина нарушений внимания свидетельствует о наличии повреждения дизэнцефальных структур либо отражает диффузный характер общемозговой патологии с вовлеченностью в нее дизэнцефальных областей.

Полученные нами данные об особенностях внимания и работоспособности пациентов с ОРЛ хорошо согласуются и объясняются ранее известными данными о нарушениях внимания, полученными как на различных моделях органических психических расстройств [Зейгарник Б.В., 1962; Лурия А.Р., 1973; Евсеев Н.Ф. и др., 1978; Кроткова О.А., 1982; Блейхер В.М., 1996 и др.], так и при исследовании органического патопсихологического симптомокомплекса в целом [Николаева В.В. с соавт., 1979; Кудрявцев И.А., Сафуанов Ф.С., 1985; Блейхер В.М., 1996 и др.]. При этом выявленные в нашем исследовании осо-

бенности нарушений внимания и работоспособности у пациентов с различными вариантами ОРЛ адекватно и в тоже время дифференцированно соотносятся с данными экспериментально-психологических исследований статуса лиц с умственной отсталостью [Певзнер М.С. 1963; Хомская Е.Д., Мандрусова Э.С., 1970; Осипова Н.С., 1977; Исаев Д.Н., 2006 и др.] и психопатических личностей [Лебединская К.С., 1988; Вострокнутов Н.В., Пережогин Л.О., 2006].

Мнестические процессы у пациентов с ОРЛ в целом характеризуются снижением объема непосредственного запоминания, нарушением кратковременной памяти ($p \leq 0,001$), снижением продуктивности запоминания ($p \leq 0,001$). В процессе воспроизведения вербального материала выявляется сложная структура ошибок, связанных с разными факторами. Большую группу составляют ошибки, связанные с нарушением контроля над протекающими психическими действиями — конфабуляции, контаминации, вербальные парафазии, нарушение порядка воспроизведения слов.

Установлено общее снижение мнестических функций при ОРЛ_{Плс} и ОРЛ_{Пол}, выявлены нарушения в различных видах памяти, что позволяет говорить о том, что нарушения памяти при ОРЛ носят модально-неспецифический характер.

Комплексный анализ выявленных нарушений внимания и памяти подтверждает значимую роль патологии дизэнцефальных структур в формировании характерных особенностей познавательной и мнестической деятельности при ОРЛ.

Выявленные нами нарушения мнестической функции при ОРЛ подтверждают вывод об общемозговом характере наблюдаемой патологии, включающей в себя мнестические расстройства, наиболее часто описываемые при различных клинически дифференцируемых формах поражения мозгового субстрата [Захаров В.В., Яхно Н.Н., 2003; Дамулин В.К., 2006; Frisoni G.V. с соавт., 2002; Meguro K., 2005].

При исследовании системы счета у испытуемых с ОРЛ в целом выявлены слабо выраженные нарушения, обусловленные забыванием пациентами промежуточного результата при счете, снижением возможности формирования программ деятельности и неудерживанием смыслового ряда задачи, импульсивностью при решении задач и примеров, дезавтоматизированностью счета. Более существенные ($p \leq 0,001$) нарушения системы счета у пациентов с ОРЛ_{Пол} чаще ($p \leq 0,001$) сопровождаются дезавтоматизированностью счета. У испытуемых с ОРЛ_{Плс} чаще ($p \leq 0,01$) отмечались нарушения счета в виде импульсивности и неудерживания смыслового ряда задачи. Полученные результаты свидетельствуют, что наличие импульсивности и наличие затруднений понимания смысла условных арифметических знаков и условий несложных задач можно рассматривать в качестве дифференциально-диагностических критерии разграничения групп с различными вариантами ОРЛ.

Выявленные нарушения счета в целом указывают на заинтересованность передне-лобных, базально-лобных, глубинных структур головного мозга [Лурия А.Р., Цветкова Л.С., 1966; Глозман Ж.М., 1999] и связаны с нарушениями деятельности III-го СФБ, проявляющимися снижением функций кон-

троля за протеканием собственной деятельности и нарушениями произвольного внимания. Выявленные нарушения системы счета у пациентов с ОРЛ характерны для психических нарушений вследствие органического поражения головного мозга [Лурия А.Р., Цветкова Л.С., 1966; Вассерман Л.И., 1997; Чинкина О.В., 2004 и др.], и, как следствие, характерны для органического патопсихологического симптомокомплекса.

В целом характерные для пациентов нарушения спонтанной речи тем не менее позволяют выделить наиболее существенные межгрупповые различия, проявляющиеся большим обеднением речи, снижением речевой активности, обстоятельностью при ОРЛ_{Пол.} и более часто отмечаемой спонтанностью в речи при ОРЛ_{Лис.}

В целом, подобные нарушения характерны для больных с лобными поражениями головного мозга [Вассерман Л.И., 1997; Хомская Е.Д., 1987; Дорофеева С.А., Трауготт Н.Н., 1997; Калинин В.В., 2004; Ан Е.В., Ткаченко А.А., 2006].

При исследовании письма у пациентов с ОРЛ в целом выявляются слабо выраженные нарушения в виде дизавтоматизированности письма с легкой тенденцией к микро/макрографии или дизметрии при написании букв. При этом только у пациентов с ОРЛ_{Пол.} отмечены значительная дизметрия букв и наличие параграфий (пропуски букв). Более выражены ($p=0,0001$) нарушения письма у испытуемых с ОРЛ_{Пол.}. По мнению Глозман Ж.М., (1999), подобные нарушения письма указывают на заинтересованность задне-лобных (при параграфиях), базально-лобных и глубинных симптомов поражения головного мозга (при микро- и макрографиях, дизметриях). Нарушения письма могут свидетельствовать о вовлеченности всех трех структурно-функциональных блоков. Так, трудности переработки слухоречевой информации приводят к нарушениям слухоречевой памяти (II-й ФСБ), поддержание активного тонуса коры при письме (I-й СФБ), регуляция психической деятельности — планирование, реализация и контроль акта письма (III-й СФБ).

Выявленные у пациентов с ОРЛ нарушения свидетельствуют об их мультифакторной природе, диффузном характере поражения головного мозга и проявляются модально-неспецифическими нарушениями ВПФ. Дополнительным аргументом для такого вывода служат результаты исследования гнозиса и праксиса у лиц с ОРЛ.

У испытуемых выявлены нарушения оптико-пространственного гнозиса в виде импульсивности реакций при ответах, «приблизительности» в ответах, ошибок по типу зеркальности. Такие симптомы указывают на заинтересованность передне-лобных структур головного мозга [Глозман Ж.М., 1999]. Подобные нарушения возникают за счет снижения способности составить конкретную программу решения, импульсивности решений [Лурия А.Р., Цветкова Л.С., 1966; Вассерман Л.И. с соавт., 1997].

Выявленные и подробно описанные нарушения конструктивного праксиса у пациентов с ОРЛ указывают на поражения передне-лобных, задне-лобных, базально-лобных и глубинных структур головного мозга [Лурия А.Р., 1966; Хомская Е.Д., 1987; Дорофеева С.А., 1997; Глозман Ж.М., 1999].

Таким образом, выявленные нейropsychологические дефекты объясняют

установленные нами нейродинамические нарушения, которые, в свою очередь связаны с дефектными механизмами активационного опосредования операциональных и регуляторных функций вследствие нарушений I-го СФБ [Лурия А.Р., 2002; Линг К., 1998]

Исследование нейродинамического компонента у пациентов с ОРЛ показало, что выявленные нарушения в значительной степени связаны с повышенной истощаемостью психических процессов. При этом нейродинамические нарушения в большей мере отмечаются у пациентов с ОРЛ^{Пол.}

Регуляторные и временные характеристики психических процессов связаны с работой структур, входящих в I-й и III-й СФБ мозга [Лурия А.Р., 1973, 1978], что свидетельствует о более диффузном характере поражения, распространяющегося в первую очередь на глубинные структуры и лобную кору (медиобазальные отделы лобных долей), и в меньшей степени — на теменную и височную кору.

Таким образом, отмечаемая у пациентов с ОРЛ сложная картина дефицита когнитивных функций представлена разнообразными симптомами различных синдромов, свидетельствующих о вовлечение нескольких отделов головного мозга (как следствия диффузного поражения), отражающих заинтересованность в первую очередь глубинных структур и медиобазальных отделов лобной коры, и, в меньшей степени — теменной и височной коры. Кроме того, выявленные операциональные нарушения познавательных процессов связаны с работой III-го СФБ (передние моторные, премоторные и префронтальные отделы мозга с их двусторонними связями).

Общее снижение качества психического функционирования испытуемых, выявленное методами пато- и нейропсихологической диагностики подтвердило необходимость исследования психологических особенностей, отражающих не только уровень отдельно взятых психических процессов, но и определенные интегральные особенности личностного уровня., в частности на оценку сохранности-нарушенности критичности к себе и своему поведению. При этом очевидные различия в поведении олигофренов и психопатических личностей делают высоковероятным выявление возможных различий в характеристиках уровня притязаний при изучаемых вариантах ОРЛ.

В целом неадекватность УП у больных ОРЛ может указывать на снижение критичности их к собственной личности и интеллектуальной деятельности, неадекватность самооценки и нарушения эмоционально-личностной сферы. Снижение критичности является типичным для поражения конвексительных отделов премоторной области лобной коры [Вассерман Л.И. с соавт., 1997 и др.]. Неадекватность самооценки связана с поражением I-го СФБ [Василенко А.Ф. с соавт., 2006]. Возможны нарушения III-го СФБ (синдромы поражения передне-лобных отделов коры мозга) в виде нарушений «внутреннего плана» деятельности, нарушений произвольной регуляции поведения, выраженных нарушений эмоциональной сферы [Лурия А.Р., 1969; Хомская Е.Д., 1987].

Таким образом, в результате проведенного исследования получила свое подтверждение гипотеза о закономерном проявлении в общей картине патопсихологической симптоматики рассмотренных вариантов ОРЛ клинико-

психологических особенностей, характерных для личностно-аномального и олигофренического синдромов. При этом развитие того или иного варианта ОРЛ в значительной степени определяется «размером» вклада одноименного патопсихологического синдрома в патопсихологическую картину, характерную для расстройств органического генеза. Полиморфность наблюдаемой при ОРЛ симптоматики в значительной степени объясняется не только включением патопсихологической симптоматики, характерной для олигофренического и дисгармоничного синдрома, но и степенью выраженности симптомов, характерных для того или иного синдрома. Симптоматика олигофренического (либо личностно-аномального) синдрома может рассматриваться как своеобразный вклад в формирование патопсихологического аналога «смешанного» симптомокомплекса («вариативный патопсихологический радикал»).

ВЫВОДЫ

1. Сравнительное многомерное клинико-психологическое и экспериментально-психологическое исследование подростков с различными вариантами органического расстройства личности указывает на наличие сложной иерархии патопсихологического синдрома при ОРЛ, отражающей различные варианты структурно-функциональных отношений «ядерного» органического синдрома с «периферийными» личностно-аномальным и олигофреническим.

2. Комплексное пато- и нейропсихологическое исследование испытуемых с ОРЛ показало, что выявляемые у них нарушения имеют относительно негрубый, модально-неспецифический характер и не укладываются в какой-либо единственный патопсихологический либо нейропсихологический синдром.

3. Результаты качественного и количественного анализа данных клинико-психологического и экспериментально-психологического исследования свидетельствуют, что в структуре измененной психической сферы у пациентов с ОРЛ преобладают умеренно выраженные эмоциональные и поведенческие нарушения в виде эмоциональной неустойчивости и лабильности, неконтролируемости, нестабильности и колебаниях в проявлениях эмоций, вспышек гнева и агрессии, снижения критичности к собственной личности. На втором плане отмечаются нарушения познавательной деятельности в виде умеренно выраженного снижения памяти и внимания, неравномерности темпа и истощаемости психических процессов.

4. Установлены нарушения познавательных процессов в виде ослабления функций программирования и контроля за протекающими умственными действиями, трудностей симультанной переработки зрительно-пространственной информации, повышенного тормозящего влияния гомо- и гетерогенной интерференции, ошибок при воспроизведении вербального материала, расстройств кратковременной памяти и активного внимания различной модальности. Эти данные свидетельствуют о наличии диффузного поражения мозга с преимущественной патологией диэнцефальных структур, височно-базальных и лобно-базальных областей на фоне общей функциональной недостаточности лимбико-ретикулярного комплекса. Подобного рода дефекты у подростков с

ОРЛ объясняются, главным образом, нейродинамическими особенностями психической деятельности и связаны с нарушением работы блока программирования, регуляции и контроля деятельности, а в ряде случаев и блока приема, переработки и хранения информации.

5. Факторные модели ОРЛ, построенные на основе обработки вынесенных врачами-психиатрами и медицинскими психологами экспертных оценок сочетанности симптомов ОРЛ, отражают как профессиональные особенности представлений специалистов, так и клинические особенности этого расстройства. При этом эксперты-психиатры в первую очередь обращают внимание на нарушения поведения (прежде всего — асоциального характера) и эмоциональные расстройства, а эксперты-психологи — на феномены, выявляемые методами экспериментально-психологической диагностики (нарушения познавательной деятельности, дисрегуляторные и эмоционально-волевые нарушения поведения).

6. Получено теоретическое и экспериментальное подтверждение различий в иерархии клинико-психологических синдромов у испытуемых с различными вариантами ОРЛ. В теоретических моделях обосновано ведущее место изменений эмоциональной сферы при псевдопсихопатическом варианте расстройства и когнитивных нарушений — у испытуемых с псевдоолигофреническим вариантом ОРЛ. Данные клинико- и экспериментально-психологических исследований не противоречит теоретическим описаниям психических нарушений при этих вариантах ОРЛ и отражает особенности вклада олигофренического и аномально-личностного патопсихологических синдромов в общую картину органической психической патологии.

7. Предложенный подход к организации клинико- и экспериментального исследования ОРЛ позволяет адекватно отразить качественные данные эмпирического исследования в иерархической системе синдромов этого расстройства, построенной в соответствии с критериями МКБ-10. Полученные математически обоснованные количественные характеристики наблюдаемых нарушений непротиворечиво соотносятся с критериями годности к военной службе лиц призывного возраста. Это позволяет рекомендовать использование разработанного алгоритма дифференциальной диагностики для решения задач военно-врачебной экспертизы. При этом относительная трудоемкость вынесения заключения по табличной модели дифференциальной диагностики устраняется посредством использования соответствующей компьютерной экспертной системы, позволяющей проводить, в том числе, и экспресс-диагностику ОРЛ.

8. Разработка и внедрение предлагаемого табличного метода дифференциальной психодиагностики ОРЛ связаны с необходимостью принятия обоснованного экспертного решения по результатам комплекса клинико-психологических, пато- и нейропсихологических исследований, исключаящего возможность субъективной интерпретации этих результатов вследствие различий в компетентности специалистов в вопросах экспертизы ОРЛ.

9. Реализованный в проведенном исследовании подход к получению, анализу и обработке результатов исследования по нестандартизованным экспериментально-психологическим методикам, полученные при этом теоретиче-

ские модели, алгоритм табличной диагностики могут адекватно применяться при решении задач диагностического отграничения ОРЛ от других психических нарушений органического генеза.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Воинская служба как фактор риска психической дезадаптации личности // Теоретическая, экспериментальная и прикладная психология: сборник научных трудов / под ред. Н.А. Батурина. — Челябинск: Изд-во ЮУрГУ, 2003. — Т. 5. — С. 192–196. (В соавт. с М.А. Беребиным).
2. Клинико-психологические основания для подбора методик в целях решения задач военно-экспертного оценивания лиц с органическим расстройством личности // Материалы Сибирского психологического форума. 16–18 сентября 2004 г. — Томск: Томский государственный университет, 2004. — С. 282–296.
3. Проблемы психологической диагностики особенностей личности при решении судебно-психологических вопросов // Научные достижения и опыт клинических исследований в психиатрии: материалы международной научно-практической конференции психиатров и наркологов Сибири и Дальнего Востока (Томск, 26–27 мая 2004 г.) / под науч. ред. В.Я. Семке. — Томск, 2004. — С. 19–125. (В соавт. с К.В. Мещеряковой).
4. Патопсихологические и клинические аспекты дифференциальной диагностики органических расстройств личности при военно-врачебной экспертизе // Вестник клинической психологии. — СПб. — Т. 3. — 2005. — № 1. — С. 65–73. (В соавт. с М.А. Беребиным).
5. Актуальность использования патопсихологического исследования в целях ранней диагностики органического расстройства личности у лиц юношеско-подросткового возраста // Вестник института психологии и педагогики: вып. 4. / под общей ред. С.А. Репина. — Челябинск: Изд-во ИИУМЦ «Образование», 2005. — С. 134–136. (В соавт. с К.В. Мещеряковой).
6. Актуальность создания психодиагностической модели для исследования лиц юношеско-подросткового возраста с вегето-сосудистой дистонией, последствиями закрытой черепно-мозговой травмы и органическим расстройством личности // Вестник института психологии и педагогики: вып. 4. / под общей ред. С.А. Репина. — Челябинск: Изд-во ИИУМЦ «Образование», 2005. — С. 131–133. (В соавт. с Т.В. Брябриной)
7. Патопсихологическая и нейропсихологическая диагностика при исследовании лиц с органическим психическим расстройством // Современные проблемы резидуально-органических нервно-психических расстройств в детско-подростковом возрасте: материалы научно-практической конференции / под ред. проф. Н.Е. Буториной. — Челябинск, 2004. — С. 50–52. (В соавт. с К.В. Мещеряковой).
8. Использование нейропсихологического подхода для целей исследования органических психических расстройств при проведении военной и судебно-психологической экспертизы юношей и подростков // Место нейропсихо-

0526706

- логии в XXI веке: тематический сборник научных трудов / Челябинск: Издательство ЮУГУ, 2005. — С. 85–89. (В соавт. с К.В. Мещеряковой).
9. Разработка алгоритма табличного метода дифференциальной диагностики органического расстройства личности и его реализация в форме компьютерной экспертной системы // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Сер. Компьютерные технологии, управление, радиоэлектроника. — Челябинск: Издательство ЮУрГУ, 2008. — № 3. — С. 51–53. (В соавт. с М.А. Беребиным).
10. Табличный метод психологической диагностики органического расстройства личности при решении задач военно-врачебной экспертизы // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Сер. Психология. — Челябинск: Издательство ЮУрГУ, 2008. — № 31. — С. 56–62.
11. Органическое расстройство личности у подростков: вопросы клиники, диагностики и экспертизы // Вестник Челябинского государственного педагогического университета. Научный журнал. — Челябинск: Издательство ЧГПУ, 2009. — № 10. — С. 110–117.

Издательский центр Южно-Уральского государственного университета

Подписано в печать 18.11.2009. Формат 60×84 1/16. Печать цифровая.
Усл. печ. л. 1,39. Уч.-изд. л. 1,5. Тираж 150 экз. Заказ 502/540.

Отпечатано в типографии Издательского центра ЮУрГУ.
454080, г. Челябинск, пр. им. В.И. Ленина, 76.