

7. Психологічні тренінгові технології у правоохоронній діяльності: науково-методичні та організаційно-практичні проблеми впровадження і використання, перспективи розвитку: матеріали Міжнародної наук.-практ. конф. (Донецьк, 27-28 травня 2005 р.); у 2-х ч. – Донецьк: ДЮІ МВС при ДонНУ, 2005. – Ч. 2 – 240 с.
8. Синдром “професійного вигорання” та професійна кар’єра працівників освітніх організацій: гендерні аспекти: навч. посіб [для студ. вищ. навч. закл. та слухачів ін-тів післядиплом. освіти] ; за наук. ред. С.Д.Максименка, Л.М.Карамушки, Т.В. Зайчикової. – К.: Міленіум, 2004. – 264 с.

In the article author made an attempt to expose the main methods of preventive measures of the syndrome of the “professional burn-out” of State tax service employees. Basic directions of preventive measures of professional burn-out syndrome are considered. Such methods of preventive measures as: “Removal”, “Scanning”, “Visualization”, “Tactic changing”, “Magic look”, “Upsetting opponent’s equanimity”, “Condole with opponent”, “Method of wonderful listener”, “Did I understand you correctly?”, “Talk with a friend”, “Comment”, “Level of happiness”, “Center of the rest”, “How to put yourself in good spirits for 1 minute”, “Study to smell roses”, “Selective perception” are exposed.

Keywords: preventive measures, method, syndrome of the “professional burn-out”, State tax service employees, State tax service of Ukraine.

Отримано: 25.02.2011

УДК 616.89

В.В. Грубляк, В.Т. Грубляк

Практичне застосування методик оцінки когнітивної недостатності та психічного статусу

У літературі можна знайти вказівки про велику кількість тестів, опитувальників і шкал, які використовуються для виявлення і оцінки когнітивних порушень. Проте для отримання базових відомостей про психічний статус за короткий час фахівцеві необхідно мати в своєму арсеналі певний набір тестів. При потребі в поглибленому вивченні когнітивних функцій його доцільно виконувати спільно з клінічним

психологом або нейропсихологом, застосовуючи методи, що добре зарекомендували себе в міжнародній практиці. Одними з таких методик, що дозволяють отримати необхідний і достатній для клінічної практики об'єм даних про когнітивні порушення, є шкала MMSE і тест візуальної ретенції Бентона. Оцінка психічного стану повинна включати в себе дослідження відчуттів та сприйняття, пам'яті, мислення та інтелекту, емоційної та рухово-вольової сфери.

Ключові слова: когнітивні порушення, психічний статус, шкала MMSE, тест візуальної ретенції Бентона.

В литературе можно найти указания о большом количестве тестов, опросников и шкал, которые используются для выявления и оценки когнитивных нарушений. Однако для получения базовых сведений о психическом статусе за более короткое время специалисту необходимо иметь в своем арсенале определенный набор тестов. При потребности в углубленном изучении когнитивных функций его целесообразно выполнять совместно с клиническим психологом или нейропсихологом, применяя методы, которые хорошо зарекомендовали себя в международной практике. Одними из таких методик, которые позволяют получить необходимый и достаточный для клинической практики объем данных о когнитивных нарушениях, является шкала MMSE и тест визуальной ретенции Бентона. Оценка психического состояния должна включать в себя исследования ощущений и восприятия, памяти, мышления и интеллекта, эмоциональной и двигательного-волевой сферы.

Ключевые слова: когнитивные нарушения, психический статус, шкала MMSE, тест визуальной ретенции Бентона.

Вступ. Когнітивні функції – це сукупність всіх психічних процесів, що забезпечують процес пізнання і дії. Велика кількість психометричних тестів, що оцінюють когнітивні функції пацієнтів, міцно увійшли до повсякденної нейропсихологічної та медичної практики. Проте за відсутності правильної клінічної інтерпретації цих тестів можливі серйозні помилки в діагностиці. Це положення набуває особливо важливого значення в практиці лікарів та психологів, де тільки багатофакторний (фізіологічний, клінічний, соціальний, культурний, сімейний і т. д.) аналіз стану пацієнта дозволяє з певною часткою вірогідності встановити попередній діагноз і лише при динамічному спостереженні підтвердити його. Крім того, в практичній діяльності відсутні чіткі критерії для любого психометричного тесту внаслідок багатофакторності стану клієнта, особливо в похилому віці. Освіта, культурний рівень, володіння мовою, якою проводиться тестування, поведінкові реакції на контакт з дослідником (ступінь довіри і т. д.), нарешті, соматичний статус в момент опитування серйозно впливають на результати тестування пацієнта, адаптаційні можливості якого до будь-якої

незвичайної ситуації можуть бути значно знижені. Не існує єдиного і універсального психометричного тесту для оцінки когнітивної недостатності [4, 5].

Основне призначення психометричного тесту – швидко і просто визначити напрям, в якому слід з ним працювати для діагностики і лікування. Психометричний тест є експериментально стандартизованою методикою для статистичного порівняння інших суб'єктів дослідження, поставлених в ту ж ситуацію, що дає можливість досліднику типологічно або кількісно класифікувати ці суб'єкти. Це поняття припускає кількісну оцінку, специфічну для кожного тесту, в межах, обмежених певними ознаками групи пацієнтів (вік, стать, культурно-соціальний рівень та ін.) [3; 6; 7].

При проведенні оцінки психічного статусу перш за все необхідно дотримуватись *коректності дослідження* – подвійного дослідження, коли один і той же тест проводиться двічі в послідовній динаміці або двома різними екзаменаторами, і порівнювані результати однакові. Наступним критерієм об'єктивності дослідження є *дієвість* – якість тесту, що дозволяє оцінювати те, що в принципі піддається якісній або кількісній оцінці. Нескладно визначити дієвість при оцінці простих актів – здатність повністю або частково роздягатися і одягатися; навпаки, дуже складно визначити дієвість при оцінці складної інтелектуальної діяльності, коли остання залежить від багатьох чинників.

Тестові методики повинні мати достатню *чутливість* – здатність тесту виявити мінімальне зниження когнітивної ефективності. Ця якість дає можливість визначити відсоток негативних діагностичних помилок у пацієнтів з реальним когнітивним дефіцитом, що не виявляється за допомогою застосованого тесту. Важливим фактором при оцінці когнітивного дефіциту є *специфічність* – здатність об'єктизувати ознаки, специфічні для кожного тесту; якість, яка дозволяє оцінювати відсоток позитивних діагностичних помилок у пацієнтів з реальною відсутністю когнітивного дефіциту, але виявлені його при тестуванні.

Іншими словами, *чутливість* дозволяє диференціювати пацієнтів з наявністю і відсутністю когнітивної недостатності, а *специфічність* точніше констатує відмінність походження цієї недостатності (органічної, функціональної). Слід при цьому враховувати, що ці дві якісні величини, необхідні для оцінки достовірності тесту, є практично неминучими антагоністами – максимальний процес специфічності призводить до редукції чутливості, і навпаки. Виключенням є тести, де одна з цих величин *якісна*, а друга – *кількісна*.

Оцінювати когнітивні порушення означає оцінювати можливість патологічного зниження когнітивної ефективності, порівнюючи отриманий результат з очікуваним. Очікуваний результат зв'язаний, щонайменше, з двома інтегрованими між собою змінними – вік і освітній рівень, який є домінантним. Але у відсутність знань про попередній освітній рівень пацієнта можна спиратись на ці два елементи однаковою мірою.

Методики оцінки психічного статусу та ступеня когнітивного дефіциту. На практиці існують тести, що значною мірою відповідають вищезгаданому регламенту, але складні для пацієнтів літнього віку, особливо з низьким освітнім рівнем. І, навпаки, є тести, з якими легко справляються немолоді пацієнти з низьким освітнім рівнем, але вони недостатньо еталонізовані. Раніше наголошувалось, що мета подібного тестування – виявлення ранніх ознак когнітивної недостатності. Як приклад проаналізуємо два найбільш поширених в сучасній міжнародній практиці психометричних тести-опитувальники – *Mini Mental State Examination of Folstein* (дослівно: мінімальна шкала оцінки ментального стану Фольштейна (1975) – мінімальна в плані об'єму опитувальника, що стисло охоплює всі найбільш важливі когнітивні функції) і *Visual Retention Test of Benton* (дослівно: тест візуальної ретенції (затримки) Бентона – відстрочене відтворення малюнка) [2; 3; 6].

Шкала MMSE. Принципова перевага тесту – можливість оцінки максимально широкого спектру когнітивних порушень: функції, чутливі до порушення (пам'ять, орієнтація, концентрація), а також інструментальні функції, які найбільш часто страждають при хворобах Піка та Альцгеймера (мовна практична, конструктивна, ідеаторна – створення ідей). Тест є адаптованим до любого віку після 60 років і до низького культурного рівня. Проте, він набагато менше адаптований до вищого культурного рівня – відсоток помилок при цьому зростає у бік недооцінки патологічних змін.

Когнітивна сфера в тесті оцінюється за 3-х або 5-бальною шкалою.

1. Орієнтація в часі (5 балів).

Пропонують пацієнту назвати, який сьогодні день? Яке число? Який місяць? Який сезон? Який рік?

2. Орієнтація в просторі (5 балів).

З'ясовують орієнтацію в місці: Де ми знаходимося (назва установи, де проводиться опит)? На якому поверсі? У якому місті? У якій області? У якій країні?

3. Реєстрація даних (3 бали).

Пропонують вимовити 3 наступних слова, наприклад, *лимон, ключ, м'яч*, уточнив, що ці слова пацієнт повинен буде відтворити через 5 хв. Треба бути упевненим, що пацієнт добре почув і зрозумів питання (5 спроб максимум). Тому слова дослідником повинні вимовлятися максимально розбірливо зі швидкістю 1 слово в секунду.

4. Ментальний рахунок (5 балів).

$100 - 7 = ?$ $93 - 7 = ?$ $86 - 7 = ?$ $79 - 7 = ?$ $72 - 7 = ?$

5. Необхідно повторити 3 слова, сказаних вище (5 хв. тому)

6. Мовні функції (3 бали)

а) назвати показане (*ручка, годинник*), б) повторити: “*ніяких або, і або але*”.

7. Розуміння простих команд (3 бали).

Пропонують взяти правою рукою аркуш папіру, зігнути його навпіл і поставити на стіл.

8. Письмова мова і можливості конструктивної практики (3 бали). Необхідно виконати письмовий наказ (написаний крупно і зрозуміло): а) “закрийте очі”, б) “напишіть будь-яку фразу за Вашим вибором”, в) “відтворіть пропонований малюнок”.

За кожну правильну відповідь 8 пункту – 1 бал.

Результат тесту підраховується шляхом сумачі результатів кожного з пунктів. Максимальна кількість балів – 30.

Аналіз тесту MMSE

При проведенні тестування завжди слід диференціювати відповіді частково неправильні, які можна коректувати за допомогою діалогу, ставлячи навідні питання або повністю неправильні, такі, що практично не залишають сумнівів у наявності патологічних змін. Пункти, які характеризують орієнтацію у просторі та часі, є інформацією (поверх, дата, рік, місто, область), яку людина не може знати, тому що це її не цікавить, особливо якщо вона не місцева.

Питання про місяць має більшу кількість можливостей для конструктивного діалогу, і пов'язане з часом року, погодою та ін. Тому слід диференціювати відповіді частково неправильні, які можна коректувати шляхом діалогу, навідних питань, або повністю неправильні, які не залишають сумніву в наявності патологічних змін.

Ключовим питанням пункту, що виявляє здатність орієнтації в просторі, є питання “В якій країні ми знаходимося зараз?” Якщо пацієнт, що завжди проживає в Україні, не може відповісти, в якій країні він знаходиться, навіть після навідних питань типу “Ми зараз у Польщі, Франції, Росії?”, однозначно є глибокі порушення когнітивних функцій, можливо, декількох – зокрема розуміння мовної експресії.

Запам'ятовування 3 слів характеризує негайну пам'ять (переконатися в тому, що слова почуті правильно). Часткова невдача у виконанні цього пункту може бути розцінена як забудькуватість (після 60 років – фізіологічна вікова характеристика), повна, – свідчить про наявність патології. Вдало виконаний тест не виключає наявності вікової забудькуватості, але свідчить про те, що в цілому функція негайної пам'яті збережена. Крім того, слід звертати увагу на вимову завчених слів – вперта неправильна вимова може бути пов'язана з порушенням мовної функції, але при цьому також слід враховувати соціально-культурний рівень пацієнта. Відстрочена відповідь (5-й пункт шкали) трактується ідентично, проте при неможливості відповісти на нього не слід робити висновок про повну втрату семантичної пам'яті (тест характеризує робочу пам'ять); доцільно доповнити цей тест точнішим дослідженням робочої пам'яті.

Здатність рахунку також характеризує збереження семантичної робочої пам'яті, проте вона залежить від віку, статі, соціально-культурного рівня. Невдачі у виконанні цього пункту повинні аналізуватися обережно, обов'язково з урахуванням згаданих чинників. Для тих, хто не в змозі виконати цей пункт тесту внаслідок низького соціально-культурного рівня, слід запропонувати спрощені варіанти: 100-7, 79-7, навіть 20-4; важливо проаналізувати принципове збереження логіко-математичного мислення, яке завжди порушене у літніх людей і кількісно залежить від соціально-культурного рівня.

Назва предмета (пункт 6а) також характеризує семантичну (робочу) пам'ять. У разі невдачі виконання доцільно доповнити тест пунктами, що характеризують мовну функцію (наявність або відсутність дисфазії, парафазії). Фраза на повторення (пункт 6б) повинна бути адаптована до рідної мови пацієнта; механічний переклад нічого не дає, бо призначення цього пункту – виявити можливу дизартрію.

Розуміння простого наказу (пункт 8а) – інтерпретація функції розуміння пацієнта. Йдеться про декілька чинників – негайна пам'ять, ідеаторна праксія (створення ланцюга послідовних жестів, спрямованих на досягнення певної мети). Невдача в розумінні вербальної або письмової команди повинна бути перепереверіена і підтверджена іншими методиками – тестами на розуміння. Справжню апраксію слід диференціювати з фізіологічною забудькуватістю, яка може характеризуватися невиконанням останньої команди (поставити аркуш на стіл – пункт 7). Слід також попросити пацієнта повторити команду, оскільки можлива просто

сповільнена реакція. Якщо пацієнт не в змозі зробити це – швидше за все, ми маємо справу з апраксією.

У разі будь-яких сумнівів в інтерпретації тесту MMSE після його закінчення рекомендується перевірити всі сумнівні пункти, використовуючи більш чутливі тести; як правило, це прерогатива фахівців у галузі нейропсихології. У класичному варіанті результат 24 бали з 30 є межею норми і патології, тобто результат нижче 24 свідчить про наявність патології. Але, за даними різних дослідників, результати шкали оцінки психічного статусу MMSE інтерпретуються таким чином:

- 28-30 балів – немає порушень когнітивних функцій;
- 24-27 балів – помірні когнітивні порушення;
- 20-23 бали – деменція легкого ступеня вираженості;
- 11-19 балів – деменція помірного ступеня вираженості;
- 0-10 балів – тяжка деменція.

Для пацієнтів з низьким культурним рівнем ця цифра порогу патології знижується до 20. Результат 15 балів з 30 безперечно свідчить про наявність глибокої патології когнітивних функцій, менше 10 балів – про тяжку деменцію.

В наших дослідженнях при деменції легкого ступеня сумарний бал MMSE деколи залишався в межах нормального діапазону. Це відмічалось переважно у пацієнтів з ураженням підкіркових структур або при деменціях з переважним ураженням лобових часток півкуль головного мозку, що підтверджує, що чутливість вищенаведеної методики не є абсолютною.

Тест візуальної ретенції Бентона (Visual Retention Test of Benton / Benton visual retention scale) запропонований А.Л.Бентон (1952) для дослідження запам'ятовування малюнків різних форм як доповнення до заходів слухо-мовного зберігання і призначений для оцінки просторового зорового сприйняття, зорових конструктивних здібностей і пам'яті, а також для виявлення органічної мозкової патології. Малюнки, за допомогою яких проводиться тестування Бентона, об'єднані в три форми – С, D, E. Всі ці три форми еквівалентні і кожна складається з 10 карток-зразків. На картці зображено декілька простих геометричних фігур. Час експозиції картки – 10 секунд. Потім обстежуваний повинен відтворити намальовані на картці фігури по пам'яті або вибрати з 4-х одночасно представлених фігур. При цьому оцінка відповіді проводиться за кількісним і якісним показниками. Кількісна оцінка відповіді нескладна, правильна репродукція оцінюється в 1 бал, неправильна – в 0 балів. Порівнюючи співвідношення правильно і неправильно виконаних завдань, ми отримуємо своєрідний

показник розумового збитку. Є також дві додаткові форми F та I, кожна з них містить по 15 карток. На кожній картці – 4 набори фігур. Більш цікавий якісний аналіз отриманих за допомогою тесту Бентона результатів. А. L. Benton складена спеціальна таблиця можливих помилкових репродукцій кожної картинки-зразка. При цьому розрізняються помилки, що спостерігаються у здорових людей, і помилки, типові для органічної церебральної патології.

За даними *Корсакової Н.К.*, *Балашової О.Ю.*, *Роциної І.Ф.*, тест Бентона вельми ефективний для геронтопсихологічних досліджень [2; 3]. На прикладі великої групи обстежених вони виявляли помітне зростання кількості помилок з віком, особливо після 60 років.

У наших дослідженнях ми проводили порівняння результатів, отриманих за допомогою тесту Бентона при обстеженні практично здорових осіб і страждаючих органічною церебральною патологією. Отримані статистично достовірні дані засвідчили, що тест Бентона чітко виявляє органічну патологію. Дослідження цих двох груп у віковому аспекті, показало, що вказана різниця даних з віком значно зменшувалась. Відмічено, що наявність однієї “органічної” помилки можлива і у психічно здорових осіб, що може бути пояснено чинником перевтоми. Наявність двох “органічних” помилок представляло велику рідкість навіть у дуже старих обстежуваних, психічно здорових.

Наприклад, на картинці для дослідження по Бентону намальовані дві головні, великі фігури і одна дрібна. Типові для здорових людей помилки: обстежуваний забув намалювати одну з фігур, але він усвідомлює це і залишив для неї порожнє місце, або він змінив розташування фігур на малюнку, поставивши маленьку фігуру в правий верхній кут. Можуть бути й інші помилки такого роду, при яких переміщуються ті або інші фігури, але всі вони не вважаються патогномонічними для органічного ураження головного мозку.

Приклади “органічних” помилок: хворий розділив (позиція В1) на фрагменти одну з основних фігур (іноді таке розчленовування оригіналу призводить до неможливості впізнання фігури-зразка) або відтворив всі фігури в одній величині (В2). Виділено близько десяти типів помилок такого роду.

Найбільш типові помилки, що зустрічаються у здорових обстежуваних: перестановка головної фігури справа наліво, неправильне переміщення головної фігури по вертикалі, поворот навколо осі малої або великої фігур, свідомий пропуск малої фігури, свідомий пропуск елементів фігури, поворот навколо осі або переміщення елементів фігури.

Приклади “органічних” помилок: повний або частковий пропуск малих фігур, повторення (дублікація) малих фігур,

дублікація основної фігури, розташування периферичної фігури між головними або усередині головної, поворот фігур на малюнку на 90° .

Приклади “важких” помилок, що найчастіше спостерігаються при явній органічній церебральній патології: тенденція до деформації фігур за розмірами, повторення головної фігури в одному і тому ж зразку, повторення елементів фігури в зразку, контамінація (сплав) фігур, тенденція до персеверації фігур, значне спотворення фігур, вставки у фігури, повний пропуск зразка.

Методика дослідження та оцінки психічного стану

Обов’язковою для усіх випадків схеми викладу психічного статусу немає і не може бути. Кожен дослідник розмовляє з клієнтом (хворим) по-своєму. Важливо, щоб опитування не було стандартним. Разом з тим, виклад проводять у визначеній послідовності. Опис психічного стану необхідно починати з найбільш істотних проявів хвороби, що виражають основну тенденцію в її розвитку [1].

Дослідження відчуттів та сприйняття

Для виявлення порушень відчуттів і сприйняття можуть бути використані повідомлення про це як від самого хворого, так і від його родичів та близьких. Питання хворому не слід задавати прямо (“чи чуєте ви голоси?”). Вірніше формулювати питання в опосередкованій та зрозумілій для хворого формі (“чи немає ускладнень або перешкод з боку слуху?”, “чи не буває яких-небудь незвичайних і незрозумілих зорових образів?”, “чи буває, що їжа неприємно пахне?” і т.п.). Однак нерідко хворі неохоче говорять про свої хворобливі переживання, намагаючись їх приховати. У таких випадках для діагностики велике значення набувають об’єктивні ознаки галюцинацій, що виявляються при спостереженні за хворим. До них належать різні заходи, що приймаються хворим на захист себе від випробовуваних ним “впливів” (затикання вух при слухових галюцинаціях, пошуки їхніх джерел, вилучення з кімнати радіоприймачів, відмова від їжі після її обнюхування і т.п.), тривожний погляд, жах на обличчі, спроба від когось схватися, обвинувачення оточуючих у непристойних розмовах про нього і т.д. Зорову галюцинаторну готовність можна виявити натисненням на очні яблука, що викликає галюцинаторний образ (симптом Ліпмана).

Констатація того чи іншого порушення відчуттів та сприйняття повинна включати дані про зміст хворобливого феномена, його належності до визначеного органа почуттів, ставлення самого хворого до виявлених порушень (критичне ставлення збережене, ослаблене, відсутнє).

Для виявлення деяких психосенсорних розладів потрібно задати хворому такі питання:

- чи не відчуваєте Ви, що у Вас змінено тіло чи окремі його частини (зменшені, подовжені, стовщені і т.д.)?
- чи не сприймаєте Ви навколишній світ зміненим – предмети збільшені, зменшені, змінена їхня форма та інш.

Дослідження пам'яті

Дослідження пам'яті проводиться насамперед шляхом опитування хворого. При цьому варто з'ясувати, чи орієнтується хворий у часі (чи правильно називає рік, місяць, число), чи знає, де знаходиться і хто його оточує, чи правильно називає свій вік, дату свого народження. Варто пам'ятати, що амнестичне дезорієнтування, пов'язане з порушенням пам'яті, слід відрізнити від дезорієнтування на тлі порушеної свідомості.

При дослідженні пам'яті на минулі події, крім питань, що стосуються різних періодів життя хворого, їхніх дат (які іноді важко об'єктивно перевірити), варто перевірити збереження у пам'яті загальновідомих історичних дат, більш-менш віддалених у часі, збереження у пам'яті подій недавнього минулого (обставини госпіталізації й ін.), подій, які були до захворювання. Грубі порушення поточного запам'ятовування, а також помилкові спогади (псевдоремінісценції та конфабуляції) виявляються при пред'явленні питань, що стосуються недавніх подій (де ви були вчора чи сьогодні, чим займалися, з ким зустрічалися?). Враховуючи нестійкість змісту помилкових спогадів, через якийсь час бесіди варто повторити ті ж питання. Як правило, при цьому змінюється зміст первісної відповіді.

Велике значення при дослідженні пам'яті мають також деякі методики експериментально-психологічного дослідження. Це безпосереднє запам'ятовування 10 слів, не пов'язаних за змістом – для визначення обсягу короткочасної пам'яті. Опосередковане запам'ятовування можна досліджувати методом піктограми.

Особливості кривих запам'ятовування: при ослабленні активної уваги – коливання продуктивності відтворення у процесі запам'ятовування; при виснаженні уваги – падіння продуктивності відтворення до кінця запам'ятовування. Крива у формі плато – при зниженні загальної психічної активності, у т.ч. здатності до запам'ятовування, крива у формі плато у сполученні з дуже низькою продуктивністю запам'ятовування – при недоумстві.

Відтворення розповідей дозволяє судити про пам'ять, мислення й особливості мови хворих.

Дослідження мислення та інтелекту

В процесі бесіди з хворим варто звертати увагу на темп асоціацій та їхній характер. Для цього потрібно дати можливість хворому

якийсь час вільно говорити, спонтанно розповідати про те, що він бажає. У цих умовах виявляється, що при прискореності асоціацій хворий багатослівний, відволікається від основної теми.

Необхідно мати на увазі, що хворий може приховувати (диссимулювати) маячення, що ускладнює його виявлення та встановлення діагнозу.

Хворі, що диссимулюють маячення, можуть являти загрозу для оточення, якщо маячні ідеї спрямовані проти вигаданих переслідувачів. У цих випадках особливого значення набуває вивчення поведінки хворих (маячна поведінка). Наприклад, хворий з маяченням отруєння відмовляється від їжі, посилаючись на відсутність апетиту. Велике значення при підозрі на диссимуляцію має вивчення манери відповідати на питання, інтонації, міміки, жестів та інш.

При розмові з хворим, що страждає на нав'язливі ідеї, варто звернути увагу на те, що такі хворі шукають контакту з лікарем, нерідко відчувають у результаті бесіди з лікарем полегшення. Їхня інтонація, міміка, жести є підтвердженням критичної оцінки свого стану.

При оцінці інтелекту варто звертати увагу на запас знань, понять, слів (відповідність вікові хворого, його освіти), здатність до узагальнення понять, побудови умозаклучень та лічильних операцій.

При дослідженні мислення та інтелекту може бути застосований ряд експериментально-психологічних досліджень (пояснення сюжетних картин, методика "4-го зайвого", набір прислів'їв і метафоричних виразів, набір понять для порівняння й узагальнення та інш.).

Дослідження емоційної та рухово-вольової сфери

У бесіді з хворим варто звертати увагу не тільки на самооцінку хворим свого емоційного стану, але і на зовнішні прояви емоцій: позу, міміку, колір шкіри, стан серцево-судинної і вегетативної системи (частота, ритм пульсу, артеріальний тиск, особливості вегетативного тону тощо). При наявності ейфорії, маніакального стану хворі охоче вступають у контакт, багатослівні, відволікаються, гіперактивні, нерідко виявляють риси гіперсексуальності. Набагато складніше вступити у бесіду з хворими у стані депресії. Старанне вивчення таких хворих важливе тому, що вони часто не вірять у своє видужання, вважають себе безнадійними, не бачать виходу з ситуації, що створилася, і деколи прагнуть до самогубства. Варто пам'ятати, що депресивні хворі можуть приховувати свій стан (диссимулювати). Тому важливе вивчення додаткових симптомів (вираз очей, міміка, поза, поведінка) під час обстеження.

Так, депресивні хворі часто глибоко зітхають, сидять у згорбленій позі зі страждальницьким виразом на обличчі.

При розмові потрібно виявити виразність та адекватність емоційних реакцій хворого, їх відповідність ситуації, характер ставлення до хвороби, факту госпіталізації та її тривалості, до родичів, близьких, ставлення до роботи. Слід визначити, що є для хворих значущими та хвилюючими подіями, що їм особливо неприємно. Варто оцінити інтенсивність емоційних реакцій на повсякденні подразники, наявність інтересу до навколишнього середовища.

З експериментально-психологічних методик для дослідження емоційної сфери можливе застосування тематичних аперцепційних тестів (розповідь по картинках), методики дослідження самооцінки і рівня домагань, а також методики В. Зунга і Ч. Спілбергера, шкали депресії Бека.

Дослідження рухово-вольової сфери проводиться з урахуванням анамнестичних відомостей про поведінку хворого і результатів безпосереднього клінічного спостереження за його психомоторикою (вчинки, дії, рухи). Фіксується адекватність поведінки, рівень активності, схильність до агресії, безглузких дій.

Дослідження свідомості

При дослідженні свідомості та констатації порушень вивчаються та враховуються чотири групи факторів (ознак).

1. Відчуженість від навколишнього світу, відчуженість від дійсності. Звертається увага на те, чи привертають увагу хворого події і явища, що оточують його, повноту і послідовність того, що відбувається.

2. Дезорієнтування у часі, у ситуації, місці та власній особистості. Уточнюється здатність хворого до визначення року, місяця, числа, часу року, дня тижня, місця перебування, до характеристики ситуації, в якій хворий знаходиться. Для перевірки орієнтування у власній особистості (аутопсихичне орієнтування) задаються питання біографо-анамнестичного характеру.

3. Порушення асоціативних процесів, непослідовність, фрагментарність мислення, інкогерентність (незв'язність) мислення. Для виявлення цих розладів перевіряється здатність хворого аналізувати те, що відбувається, оцінювати зміст того, що відбувається. Звертається увага на вираз обличчя хворих, що відбиває недоосмислення ситуації і розгубленість. Хворі можуть виглядати безпомічними, вираз обличчя здивований, погляд блукаючий, неспокійний, шукаючий. Оцінюється мова хворих. Вона може бути непослідовною, непов'язаною, з питаннями: "що

зі мною трапилось?”, “чому мені нічого не говорять?”, “де я?”, “я нічого не можу зрозуміти”.

4. Розлади запам’ятовування, фіксація поточних подій. Коли минув стан порушеної свідомості, спогади хворих стають непослідовними, обривчастими чи зовсім відсутні.

Для констатації того чи іншого синдрому порушеної свідомості необхідне порушення усіх перерахованих ознак.

Висновки. Шкала MMSE і тест візуальної ретенції Бентона є найбільш ефективними для виявлення максимально широкого спектру когнітивних порушень. Проте вони набагато менш придатні для характеристики кожного з цих порушень, що робить їх менш цінними для використання в практиці лікаря-фахівця, якому ці тести дають лише орієнтири для глибшого дослідження.

Оцінка психічного стану не має бути стандартизована, але повинна проводитись в певній послідовності та включати в себе дослідження відчуттів та сприйняття, пам’яті, мислення та інтелекту, емоційної та рухово-вольової сфери.

Вищевказані методики також є ефективними інструментами для оцінки психічного статусу, прості у виконанні і можуть бути використані практичними лікарями, психологами при первинному консультуванні, а в поєднанні – можуть внести істотний внесок у диференційну нейропсихологію.

Список використаних джерел

1. Загальна психопатологія: навч. посіб. для самопідгот. студ. мед. навч. закл. освіти III-IV рівнів акредитації / В.А.Абрамов (ред.). – Донецьк: Каштан, 2005. – 109 с.
2. Корсакова Н.К. Экспресс-методика оценки когнитивных функций при старении / Н.К.Корсакова, Е.Ю.Балашова, И.Ф.Рощина // Психологические исследования: электрон. науч. журн. – 2009. – №3(5).
3. Корсакова Н.К. Экспресс-методика оценки мнестико-интеллектуальной сферы в позднем возрасте / Н.К.Корсакова, И.Ф.Рощина, Е.Ю.Балашова // Развитие научного наследия А.Р.Лурии в отечественной и мировой психологии: материалы 3-й Международной научно-практической конференции памяти А.Р.Лурии / под ред. В.А.Москвина. – М. – Белгород: РГНФ, 2007. – С. 79-80.
4. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека / А.Р.Лурия. – М.: Питер, 2008. – 621 с.
5. Яхно Н.Н., Захаров В.В. Синдромы нарушения высших психических функций // Болезни нервной системы: Руководство для врачей / Под ред. Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульмана. –

- М.: Медицина, 2001. – Т.1. – С. 170-190.
6. Guerrero-Berroa E., Luo X., Schmeidler J. et al. The MMSE orientation for time domain is strong predictor of subsequent cognitive decline in the elderly // *Int. J. Geriatr. Psychiatry.* – 2009. – 24(12): 1429–1437.
 7. Moriarty J. Recognising and evaluating disordered mental states: a guide for neurologists // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.* – 2005. – Vol. 76. – P.39-44.

In literature it is possible to find pointing about the generous amount of tests, questionnaires and scales which are used for an exposure and estimation of cognitive violations. However for the receipt of base information about mental states in times of more short it is necessary to have a specialist the set of tests is certain in the arsenal. At a necessity in the deep study of cognitive functions it is expedient to execute him jointly with a clinical psychologist or neuropsychologist, applying methods which were well proved itself in international practice. One of such methods which allow to get the necessary and sufficient for clinical practice volume of information about cognitive violations is a scale of MMSE and Visual Retention Test of Benton. The estimation of mental condition must include for itself researches of feelings and perception, memory, thought and intellect, emotional and motive-volitional sphere.

Key words: cognitive violations, psychical status, scale of MMSE, Visual Retention Test of Benton

Отримано: 27.01.2011

УДК 159.922.8

І.А. Гуляс

ЖИТТЄВА ПЕРСПЕКТИВА ОСОБИСТОСТІ ЯК ПРЕДМЕТ ТЕОРЕТИКО–МЕТОДОЛОГІЧНОГО АНАЛІЗУ

Статтю присвячено надзвичайно актуальній і важливій проблемі – життєвій перспективі особистості, під якою розуміють цілісну картину майбутнього, що формується у складному взаємозв'язку очікуваних і планованих подій. Указаний феномен розглянуто в єдності ціннісно-сміслових й організаційно-діяльнісних аспектів, де істотними є активність особистості, усвідомлене та реалістичне ставлення до побудови