

Автономная некоммерческая организация дополнительного  
профессионального образования «Национальный исследовательский  
институт дополнительного  
образования и профессионального обучения»

Факультет дополнительного профессионального образования

Форма обучения заочная

Направление « Клиническая психология с основами психотерапии  
(1080)»

## **ОТЧЕТ**

по «Практикуму по патопсихологической и нейропсихологической  
диагностике»

Слушатель:

Бородина Т.Н.

Преподаватель: к.м.н.

Узлов Н.Д.

Москва 2023 г.

## Содержание

Ответы на задания модуля 1. Патопсихологическое обследование больных.....	3
Задача 1.....	3
Задача 2.....	3
Задача 3.....	4
Задача 4.....	4
Задача 5.....	5
Задача 6.....	5
Задача 7.....	6
Задача 8.....	6
Ответы на задания модуля 1. Нейропсихологическое обследование больных.....	7
Задача 1.....	7
Задача 2.....	7
Задача 3.....	7
Задача 4.....	8
Задача 5.....	8
Задача 6.....	8
Задача 7.....	8
Задача 8.....	9
Ответы на задание модуля 3. Экспертная деятельность клинического психолога.....	9
История 1.....	9
История 2.....	10
История 3.....	12
История 4.....	17

## Модуль 1. Патопсихологическое обследование психически больных

### Задача 1.

1. О расстройствах каких когнитивных функций предположительно свидетельствуют сделанные пациентом ошибки в пробах Крепелина?

**О нарушениях координации внимания и умственной работоспособности**

2. Рассчитайте показатели эффективности работы (ЭР), степени вработываемости (ВР), психической устойчивости (ПУ) больного (пробы Шульте).

$$\text{ЭР} = (T_1 + T_2 + T_3 + T_4 + T_5) / 5 = 394/5=78,8$$

$$\text{ВР} = T_1 / \text{ЭР} = 59/78,8=0,74$$

$$\text{ПУ} = T_4 / \text{ЭР} = 88/78,8=1,12$$

3. Охарактеризуйте в целом в 2-3 предложениях умственную работоспособность больного.

**Умственная работоспособность низкая. Больному тяжело воспринимать информацию.**

### Задача 2.

1. О каком психическом расстройстве может идти речь? Укажите основной психопатологический синдром, который имел место у пациентки в первые дни пребывания в стационаре?

Шизофрения. Патологический синдром в первые дни психомоторное возбуждение и спутанное сознание

2. К какому типу нарушений мышления по классификации Б.В.Зейгарник можно отнести выявленные с помощью методики классификации предметов обобщения?

Нарушения операциональной стороны мышления или способности обобщать, анализировать, синтезировать, выделять главное, сравнивать.

3. Какие другие три методики Вы бы применили, чтобы подтвердить предположение о выявленных у больного расстройствах мышления?

Пятна Роршаха, Иллюзия маски, Метод пиктограмм

### **Задача 3.**

1. Обоснуйте, предположительно какой личностный психотип определяется у Андрея?

Эпилептоидный тип. Человек с данным видом акцентуации склонен к периодам злобно-тоскливого настроения, раздражения с аффективными взрывами, поиску объектов для снятия злости.

2. С какими расстройствами личности по МКБ-10 или психическими заболеваниями Вы стали бы проводить дифференциальную диагностику?

Эмоционально-неустойчивое расстройство личности

3. Какие еще психодиагностические методики Вы бы применили в первую очередь для уточнения диагноза? Укажите 3 из них и приведите обоснование их выбора.

Проективный рисуночный тест «Дом — дерево — человек». Позволит оценить самооценку, тревожность.

Рисованный апперцептивный тест. Позволяет оценить отношение клиента к окружающим

Тест Люшера. Позволит определить настроение, функциональное состояние и наиболее устойчивые черты личности.

Тест Сонди (в модификации Собчик Л.Н. «Метод портретных выборов»).  
Выявление разных сторон и свойств личности.

### **Задача 4.**

1. О каком заболевании может идти речь по систематике МКБ-10?

О биполярном расстройстве личности

2. К какому типу расстройств мышления по классификации Б.В.Зейгарник можно отнести выявленные с помощью методики «классификация предметов» нарушения?

Нарушение динамической стороны мышления, скорость мыслительных операций. Ускорение темпа мышления в маниакальной фазе. Тахифрения. Лабильность мышления – ускорение мышления, быстрая речь, мысль может не успевать закончиться, как уже начинается другая. Такой тип динамики можно наблюдать у больных МДП в маниакальной фазе.

3. Проинтерпретируйте профиль ММРІ пациента. Какой ведущий синдром выявляется на профиле? О чем может свидетельствовать сочетания пиков по 4, 6 и 9 шкалам?

Синдром – смена настроения. Данные показатели свидетельствуют о сложностях социальной адаптации и высоком уровне агрессии, но в то же время о высоком уровне трудолюбия.

### **Задача 5.**

1. Перечислите, какие виды мыслительных и речевых нарушений обнаруживаются у пациента?

Склонность к придумыванию новых языков, не существующих в реальности. Попытки изъясняться.

2. Дайте им определение и приведите примеры из текста.

Особый язык – «геден» (произошедший, по-видимому, от названия венгерской фармакологической фирмы «Геден Рихтер», производящей нейрорептики).

3. Какие патопсихологические методики позволяют их обнаружить (укажите 3 из них, наиболее доступных)?

Вербальный ассоциативный тест, Понимание переносного смысла пословиц и метафор, Пиктограмма.

### **Задача 6.**

1. Оцените результаты психодиагностического исследования и дайте общее предварительное заключение.

Представленные показатели свидетельствуют о высоком уровне тревоги у пациента, связанной со стремлением сделать все лучше всех.

2. В чем, по Вашему мнению, заключаются психологические причины сердечных приступов у подростка? Обоснуйте их, исходя из концепции интрапсихического конфликта В.Н.Мясищева. Причиной может выступать как наследственность, так и избыточные переживания, связанные с риском недостижения поставленных целей.

3. Какие конкретные рекомендации Вы бы дали подростку и родителям?

Родителям оказывать поддержку сыну, транслируя ему свое принятие вне зависимости от его достижений или ошибок. Возможно, мальчик подсознательно расценивает требования, предъявляемые к нему окружающими, как завышенные и нереалистичные. Объяснить, что идеала в реальном мире не существует, но образцы даны для того, чтобы мы к ним стремились.

Уделение внимания отдыху; наличие любимого занятия; проведение совместного отдыха.

### Задача 7.

1. Приведите, как минимум, 3 признака в пиктограмме, специфически свойственные органическому поражению ЦНС.

Низкая дифференцированность изображений. Выраженная дестабилизация графических характеристик. Особо низкая продуктивность запоминания.

2. К какому заболеванию, симптоматика которого присутствует в клинической картине болезни у исследуемого пациента, наиболее близка указанная кривая заучивания 10 слов?

Эпилепсия. Кривая запоминания может указывать на ослабление внимания, выраженную утомленность. Лабильность мнестических процессов.

3. Какой вариант экзогенного органического синдрома, по Вашему мнению, развивается у больного – лабильный, ригидный или мнестический? Обоснуйте свой ответ. Мнестический - снижается как объем, так и концентрация внимания.

### Задача 8.

**Вопросы:** 1. Оцените уровень процессов обобщения испытуемой (конкретный, функциональный, категориальный).

Конкретные признаки (Голова у них у всех есть, конечности!)

Функциональные «Самолет, велосипед, секундомер – это все техника. Их объединяет время: чтобы долететь или доехать куда-то, время потребуется»

Конкретные (ветер – соль). Это солончаки, такие почвы соленые, полупустынные, ну как в пустыне, там ветер гуляет, выдувает эту соль. На них ничего не растет). Пациентка использует разные методы обобщения.

2. Какие расстройства мыслительной деятельности выявляются с помощью методики «классификация предметов»? Обоснуйте свои доводы.

Конкретность мышления может подтверждать наличие органически обусловленных психических расстройств, склонность к излишней детализации - эпилептический характер ассоциативных нарушений, опора мышления на латентные признаки - нарушения мышления шизофренического спектра.

3. Какие расстройства мыслительной деятельности выявляются с помощью методики «сравнение понятий»? Аргументируйте свой ответ.

Для исследования процессов анализа и синтеза мышления.

## **Модуль 2. Нейропсихологическое обследование больных**

### **Задача 1.**

1. Какой вид речевых нарушений имеется у пациента?

Афазия и дизартрия. Нарушение произносительной речи.

2. Что лежит в основе данного вида речевого нарушения?

В основе лежат повреждения определенных областей мозга.

3. Укажите топографическую локализацию очага поражения в коре головного мозга в результате инсульта у данного пациента.

Бассейн левой средней мозговой артерии

### **Задача 2.**

1. Как называется обнаруженные у больного феномены?

Представлен синдром игнорирования, больной игнорирует предметы в правой части.

2. К какому виду расстройств гнозиса и праксиса относятся выявленные нарушения?

Зрительная агнозия

3. Укажите вероятностный очаг поражения в коре головного мозга.

Корковые структуры задних отделов больших полушарий

### **Задача 3.**

1. Какие симптомы «лобной психики» имеются в клинической картине болезни у данной пациентки?

Неадекватное поведение, безразличие к происходящим событиям.

2. Как называется речевое расстройство, обнаруживаемое у больной? Перечислите, как минимум, 3 его признака, основываясь на истории болезни и данных нейропсихологического исследования. О поражении каких корковых зон мозга они свидетельствуют?

Брадилалия.

Изменение темпа речи, повторение слогов; заикание. Поражение зоны лобной доли.

3. Какой вид нарушений представляют данные рисунки? При какой форме апраксий эти нарушения встречаются? Кинетическая апраксия

#### **Задача 4.**

1. Проведите интерпретацию полученных результатов (после инсульта и спустя 9 мес.).

Показатели говорят о наличии когнитивных нарушений, которые постепенно стабилизируются.

2. О чем свидетельствует динамика показателей?

Динамика показателей говорит о положительных изменениях, состояние больного стабилизируется.

3. Имеются ли у больного признаки деменции? Если да, то какому уровню она соответствует?

Да, имеются.

#### **Задача 5.**

1. Назовите нарушение речи у ребенка в дошкольном возрасте.

Дисграфия

2. Как квалифицируются специфические нарушения письма?

Зеркальное написание

3. Консультация каких специалистов требуется?

Невролог, логопед

#### **Задача 6.**

1. О каком заболевании может идти речь?

Исходя из описания можно говорить о деменции

2. Какие расстройства гнозиса, праксиса и речи имеют место у больной?

Сложности с восприятием, в том числе речи, сложности с произношением слов.

3. Оцените степень выраженности деменции.

Деменция имеет достаточно выраженный характер

#### **Задача 7.**

1. Какое гностическое расстройство обнаруживается у больного. Приведите его обоснование из примеров истории болезни и экспериментально-психологического исследования. 2. Какие виды речевых нарушений имеются у больного?

Агнозия. Не способен показать на своей руке палец, который просит экспериментатор, путает левую и правую сторону.

3. Оцените степень выраженности когнитивных нарушений. Нарушения достаточно выражены.

### **Задача 8.**

1. Какой вид речевых нарушений отмечается у больного?

Афферентная моторная афазия. Нарушение произносительной речи.

2. Имеются ли у пациента поражение корковых зон речеслухового анализатора? Обоснуйте ответ.

Ошибки в произношении проявляются в замене звуков. Слово «картина» произносит как «хафтина», «батон» как «ватогн», особенно ярко это проявляется при волнении в повествовательной речи с использованием сонорных звуков (М,Н,Л,Р): «Я..я... тет.. кетя ..зуют Вас..Вафета...Валета («меня зовут Валера»), «Я живу с товитевями» («Я живу с родителями»).

3. К какому специалисту следует обратиться для коррекции вышеуказанных нарушений? Невролог, нейропсихолог

## **Модуль 3. Экспертная деятельность клинического психолога**

### **История 1. Вопросы судебно-психологической экспертизы**

1. Подтверждается влияние отношений с отцом на формирование у испытуемого подсознательного жизненного сценария, где он является жертвой обстоятельств, которую принуждают, заставляют терпеть. “Однажды, когда он все же пытался это сделать, отец его не ударил, но плюнул ему в лицо. Был потрясен, испытал гнев и ненависть в отношении отца, хотелось его убить, но испугался дальнейшей расправы и лишь только заплакал, убежав и запершись в своей комнате. В течение своей жизни так и не научился разрешать возникающие противоречия в свою пользу”. Здесь видны основные компоненты сценария: стимул (факт унижения, принуждения) - реакция (внутри много гнева, агрессии для защиты себя, но подавляет из-за страха быть “побежденным” более сильной особью). Так сформировалась личность, склонная к накоплению агрессии, что влечет состояние аффекта.

2.

1) “он вынужден сидеть в тесной комнате, играть ненавистную музыку! (выражение протеста, гнева, сжимает и разжимает кулаки). Мальчик недоволен, он ощущает насилие родителей, старших, чувствует это. Он

думает, как от этого избавиться”. “Скорее всего, он заявит родителям, что он не хочет больше играть на скрипке, не будет выполнять эти задания. Родители будут его оскорблять, наказывать”. Прослеживается связь с детством испытуемого, его воспоминаниями о пьянстве отца.

- 2) “Чувства и мысли у этого мужчины? После этого аффекта чувства ужасные! (потрясен). Я не мог подумать, что убил этого бомжа. Я и сейчас не понимаю, что это было. Но он-то понимает точно, что убил жену или сожительницу. У него чувство ужаса! Не от того, что он понесет наказание, а от того, что любил ее. Ее больше не будет. У него слезы. Он сейчас зарыдает. Чувство огорченности, глубокое огорчение... Какое будущее у него будет? Это да! Это тяжело (тревога в голосе, страх). Был бы хладнокровный человек, сидел бы и курил сигару. А тут! Ужас!”
- 3) “Потом будет следствие, суд, молодую девушку ждет наказание. Но суд, учитывая ситуацию, смягчит наказание. На следствии подтвердится, что было покушение на ее жизнь, что погибший к ней приставал, принуждал вступить с ним в половую связь. Девушка получит условный срок. У нее хорошие характеристики и ее осудят условно. Что она могла еще сделать?” Испытуемый видит описывая поступок девушки, проецирует свои причины совершенного преступления.

3. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

ПРИКАЗ от 12 января 2017 года N 3н «Об утверждении Порядка проведения судебно-психиатрической экспертизы»

## **История 2. Вопросы медико-социальной экспертизы**

1. Прочитайте внимательно заключение и найдите в нем, как минимум, 3 наиболее значимые и грубые ошибки.

В заключении нет:

характера изменения основных психических процессов (не изменены, изменены по астеническому, органическому, невротическому типу); динамика психической деятельности; личностные изменения (включая внутреннюю картину болезни и мотивационную сферу); трудонаправленность; социально-бытовой статус; психологический реабилитационный потенциал; психологический прогноз.

Не отражена необходимость в консультации другими специалистами.

2. Нормативные документы:

Федеральный закон от 24.11.1995 г. N 181-ФЗ (последняя редакция) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».

Постановление Правительства РФ от 20.02.2006 № 95 (Документ утратил силу с 1 июля 2022 года в связи с изданием Постановления Правительства РФ от 05.04.2022 N 588) «О порядке и условиях признания лица инвалидом».

Приказ Минтруда России от 27.08.2019 N 585н (последняя редакция) "О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы" (Зарегистрировано в Минюсте России 18.11.2019 N 56528).

Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 30.12.2020 г. N 979н «Об утверждении Порядка организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы».

ГОСТ Р 55635-2013 Медико-социальная экспертиза. Требования к персоналу учреждений медико-социальной экспертизы.

ГОСТ Р 53931-2010 Медико-социальная экспертиза. Основные виды услуг медико-социальной экспертизы.

ГОСТ Р 58262-2018 Медико-социальная экспертиза. Контроль качества услуг Медико-социальной экспертизы.

#### Цели и задачи работы психолога в первичном бюро МСЭ:

Реализовать:

- оценку состояния интеллектуально-мнестических функций, в первую очередь высших психических функций( функций памяти,активного внимания, мышления);
- оценку состояния эмоционально-волевой и мотивационной сферы, прежде всего ведущих мотивов, особенностей эмоциональных реакций и состояний,способности к волевым усилиям;
- оценку особенностей личности (оценка системы отношений и направленности личности, ценностных ориентаций,отношения к собственному«я», характерологических черт);
- оценку профессиональных интересов, склонностей и способностей, для разработки рекомендаций по ИПР (индивидуальной программе реабилитации);
- оценку отношения к заболеванию (внутренняя картина болезни);
- оценку психологического аспекта реабилитационного потенциала(реабилитационный потенциал личности).

Из представленных задач следует, что психологическая диагностика, а следовательно и психологическое заключение, должно разносторонне отражать психическое состояние, психологический статус обследуемого, позволять выявить расстройства, нарушения психической деятельности, оценить индивидуальные особенности «сохранных» психических функций, с обязательной оценкой психических свойств патопсихологического и психологического регистра. При этом следует разделять, что оценка свойств патопсихологического регистра важна для реабилитационной и экспертной оценки, оценка психологического регистра важна для планирования индивидуальных реабилитационных мероприятий.

3.

- а) способность к самообслуживанию;
- б) способность к самостоятельному передвижению;
- в) способность к ориентации;
- г) способность к общению;
- д) способность контролировать свое поведение;
- е) способность к обучению;
- ж) способность к трудовой деятельности.

### **История 3. Деятельность психолога в психолого-медико-педагогической комиссии**

1. Рекомендация возможна обоснована, так как у ребенка диагностировано расстройство речи, общее недоразвитие речи III уровня на фоне псевдобульбарной дизартрии, отягощенное зубочелюстной патологией. А школа V вида предназначена для детей, страдающих алалией, афазией, ринолалией, дизартрией, заиканием при нормальном слухе и первично сохранном интеллекте. Успешное формирование речи и усвоение программы обучения и данного контингента детей эффективно лишь в школе специального назначения, где используется особая система коррекционного воздействия. Но в заключении нет общего показателя интеллекта, только вербальный и невербальный. Вербальный 66 б. - очень низкий показатель, невербальный - 87б. - низкая норма. Поэтому необходимо уточнить общий показатель интеллекта для определения типа

образовательного учреждения. Тем более, в анамнезе раннее органическое поражение головного мозга.

2.

Сфера	ЗПР	УО
Память	Объем запоминаемой информации снижен. Ребенок обладает меньшей продуктивностью, обращает внимание только на что-то яркое, лучше воспринимает наглядный материал.	Ученик становится забывчивым, часто не помнит некоторые моменты из жизни. У него в голове откладывается случайно увиденная информация, внешние примеры. Ребенку сложно дается построение логических связей. Практически неразвита смысловая память.
Внимание	Сниженная концентрация и неустойчивое внимание. Ребенок легко отвлекается на посторонние вещи и не может быстро переключиться с одного дела на другое.	Испытывает трудности с распределением своего внимания, медленно переходит с одной задачи на другую. Слабая концентрация внимания.
Мышление	Скачкообразное развитие мыслительной деятельности – неравномерно формируется словесно-логическое и наглядно-действенное мышление. Ребенок имеет хорошие возможности для развития навыков анализа, синтеза, обобщения и абстрагирования, но возникают сложности с причинно-следственными связями.	Мышление на протяжении всей жизни – наглядно-образное. Сниженная активность мыслительных процессов, слабая регуляция мыслей. Не сформированы навыки анализа, обобщения, сравнения и синтеза. Ребенок не может сам оценить выполненную задачу.

		При проведении методик, направленных на выявление показателей умственной деятельности, показывает результаты хуже, чем дети с ЗПР.
Способ выполнения задач	Ребенок действует методом проб и ошибок, не знает верного решения ситуации. Поступает не всегда адекватно.	Нерациональные попытки манипуляции. Ребенок не может переносить дела на потом.
Обучаемость и отношение к помощи	Низкий уровень обучаемости. Без проблем принимает помощь от взрослых во время выполнения заданий. Более быстрый темп усвоения информации, возможность ее применения.	Низкий уровень обучаемости и усвоения информации. Педагогическая запущенность. Испытывает трудности с использованием знаний в жизни. Не принимает помощь взрослых, все задания делает сам.
Познавательная деятельность	Избегает интеллектуальных заданий, обходит напряжение стороной, но при обучении проявляет интерес. Необходимо исключать из воспитания наказания и ругань. Большая возможность дальнейшего развития.	Не проявляет интерес к познанию окружающего мира, имеет о нем искаженное представление. Действует шаблонно, отсутствует тяга к новым занятиям.
Эмоциональность	Ребенок имеет яркую эмоциональность, что позволяет привлекать его к обучению через заинтересованность задачами, например, с помощью игрового процесса. Однако развитие осложнено гиперактивностью или инфантилизмом. Испытывает проблемы с	Эмоциональная сфера не развита, подчиняется инстинктам. Игровой способ обучения отвлекает от выполнения задания. Обладает внушаемостью и слабой уверенностью в собственном мнении.

	адаптацией и планированием своих дел.	Не может контролировать свои эмоции, имеет нестабильное настроение.
Изобразительная деятельность	Обладает данными навыками в разной степени.	Без специальной подготовки уровень навыка выражается в чирканьях. В некоторых случаях при правильном подходе ребенка можно научить изображать формы, рисовать домики или условных людей.
Игры и развлечения	В игре действует активно, проявляет инициативу. В отличие от УО, игровая деятельность детей с ЗПР носит более эмоциональный характер. Они могут правильно подобрать способ достижения цели, однако отсутствует умственная сфера и замысел. Без должного обучения останавливаются на уровне сюжетной игры.	Не проявляет активность, при игре действует так же, как и остальные дети, подражая им. Отсутствует сюжетный замысел, ограничивается предметно-игровой деятельностью.
Речь	Ребенок воспринимает речь взрослых, включая рассказы и сказки. Отсутствуют грубые ошибки в произношении и грамматике. Даже если дети с ЗПР допускают нарушения при письме или чтении, то самостоятельно пытаются понять проблему и исправить ее. Обладают большим запасом слов, чем дети с УО. Способны пересказать услышанный текст.	Речь имеет грубые дефекты. Ребенок не понимает значения многих слов, неправильно произносит фразы, обладает небольшим словарным запасом, испытывает трудности с формулировкой предложений. Также у этих детей неразвиты фонематический слух и звуковой анализ. Они не стремятся понять

		прочитанный текст и использовать речь в достаточном объеме.
Моторика	Движения чаще осознанные и скоординированные. Отличаются ловкостью и целенаправленностью действий.	Ребенок испытывает трудности с координацией, медленно и неловко двигается. Не может быстро переключиться с одного действия на другое.
Обратимость симптоматики	Приведение состояния ребенка в норму возможно при должной коррекционной и воспитательной работе. Можно проследить скачок в развитии. От детей с УО отличаются большей вероятностью обучения. При правильной коррекции дети с ЗП способны поступить и обучаться в ВУЗе, обходиться без посторонней помощи в жизни.	Нарушения необратимы в связи с поражением коры головного мозга. Перечисленные симптомы будут проявляться в течение всей жизни.

3. Федеральный закон от 29.12.2012 №273-ФЗ (последняя редакция) «Об образовании в Российской Федерации».

Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации (Минобрнауки России) от 20 сентября 2013 г. N 1082 г. Москва «Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии».

Положение о психолого-медико-педагогической комиссии (утверждено приказом Минобрнауки РФ от 20 сентября 2013 г. N 1082).

Письмо Министерства образования Российской Федерации от 23.05.2016г. № 1074/07 Письмо Министерства образования Российской Федерации от 27.03.2000г. № 27/901-6 «О совершенствовании деятельности психолого-медико-педагогической комиссии».

#### **История 4. Деятельность психолога в военно-врачебной комиссии**

1. Статья 18 означает о том, что у юноши есть психические нарушения. При этом буква «Б» свидетельствует о периодичности проявления

отклонений. Для того чтобы снять статью 18б призывнику потребуется самостоятельно пройти освидетельствование в уполномоченном психоневрологическом диспансере. Снять статью 18б возможно при наличии следующих обстоятельств:

- Была допущена ошибка в освидетельствовании и постановке диагноза;
- Выявленные нарушения носят временный или случайный характер;
- Молодой человек симулировал симптомы расстройства для получения отсрочки, но потом признался в содеянном.

2. Всего существует 5 основных категорий годности:

«А» - годен к военной службе

«Б» - годен к военной службе с незначительными ограничениями

«В» - ограниченно годен к военной службе

«Г» - временно не годен к военной службе

«Д» - не годен к военной службе

Освидетельствование граждан, страдающих психическими расстройствами, проводится после обследования в амбулаторных или стационарных условиях в специализированной медицинской организации (специализированном отделении медицинской организации).

-«Шизофрения» - категория Д,

-«кратковременные преходящие экзогенные психические расстройства»

(для контрактников) - в) при умеренно или незначительно выраженном, затянувшемся астеническом состоянии КАТЕГОРИЯ Г; г) при легком и кратковременном астеническом состоянии, закончившемся выздоровлением - КАТЕГОРИЯ А.

-«невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства при легких и кратковременных болезненных проявлениях, закончившихся выздоровлением» (для проходящих срочную службу) - КАТЕГОРИЯ Б-4.

3. Постановление Правительства РФ от 04.07.2013 N 565 (вступили в силу изменения, внесенные в документ) «Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе».

Положения о военно-врачебной экспертизе (утверждено Постановлением Правительства Российской Федерации от 4 июля 2013 г. N 565).