

НЕВЕРБАЛЬНАЯ МЕТОДИКА «КОМПЛЕКСНАЯ ФИГУРА» РЕЯ – ОСТЕРРИЕТА И ЕЕ ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ КВАЛИФИКАЦИИ НЕЙРОКОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА

Л.И. Вассерман, Т.В. Чередникова (Санкт-Петербург)

Аннотация. Представлен краткий обзор литературы по методике «Комплексная фигура» Рея – Остерриета, широко известной за рубежом как валидный инструмент психодиагностики различных видов нейрокогнитивного дефицита, его качественной и психометрической оценки как у взрослых, так и у детей, в целях дифференциального диагноза, функционального прогноза, мониторинга динамики и коррекции когнитивных дисфункций в процессе лечения и реабилитации.

Ключевые слова: тест «Комплексная фигура» Рея – Остерриета; нейрокогнитивный дефицит; нейропсихологическая диагностика.

Среди многообразия нейропсихологических методов исследования особое место отводится методике «Комплексная фигура» Рея – Остерриета (КФР-О) [16]. Адекватность ее использования в научно-практических целях подчеркивается в специальной литературе, в том числе и тем, что она входит в международный перечень инструментов для оценки когнитивных дисфункций в неврологии, психиатрии (взрослой и детской) при экспертизе и испытаниях новых лекарственных препаратов: антипсихотиков и антидепрессантов [3]. В связи с этим КФР-О представляет интерес для отечественных специалистов. Их вниманию предлагается краткий обзор материалов по этой многомерной невербальной нейропсихологической методике, адаптация и рестандартизация которой были выполнены авторами статьи на основе международного сотрудничества [1].

Краткое описание теста и его психометрических свойств. В иностранной научной литературе можно встретить самые различные названия этого теста: «Комплексной фигуры тест» (Complex Figure Test – CFT), «Рея фигура» (Rey Figure – RF), «Рея – Остерриета фигура», «Рея – Остерриета комплексная фигура» (ROCF), Бостонская система качественной оценки к тесту «Комплексная фигура Рея – Остерриета» (Boston Qualitative Scoring System for the Rey – Osterreith Complex Figure – BQSS) [26]. В отечественной литературе упоминаются названия «Фигура Рея – Остеррица» или «Тест Рея – Остеррица». Автором этой методики и самой фигуры является А. Рей, который создал тест в 1941 г. для изучения возрастных особенностей зрительного восприятия у детей [22]. Он предлагал сначала скопировать сложную гра-

фическую фигуру с предложенного образца, а затем нарисовать ее по памяти через 3-минутный интервал. Позднее П. Остерриет доработал тест Рея [20]. Он ввел количественные оценки для точности копирования и воспроизведения фигуры по памяти и ранжировал стили копирования фигуры по критерию их возрастного развития, выделив семь его уровней. Впоследствии Э. Тейлор усовершенствовала эту систему оценки [27].

Различия заданий, процедуры, тестовых фигур. В настоящее время существуют различные версии этого теста, которые отличаются не только системами оценивания, но также количеством заданий, процедурами применения и даже тестовыми фигурами. Например, известно *более пяти вариантов самой тестовой фигуры* (фигура Тейлор, четыре фигуры медицинского колледжа Джорджии и др.), которые предназначены для равнозначной замены друг друга при повторных испытаниях во избежание эффектов тренировки [16, 28 и др.]. Однако отмечаются неполная эквивалентность этих версий и более и сложный, невербализуемый характер фигуры Рея, которая по этой причине оказывается более чувствительной к нейрокогнитивному дефициту [11]. *Количество заданий* в разных вариантах теста варьируется от 2 до 4: копирование, немедленное воспроизведение, а также отставленное воспоминание фигуры и узнавание ее частей [8, 18, 26 и др.]. Исследователями подчеркивается, что отставленное воспоминание может быть более чувствительным к различным нарушениям памяти, чем немедленное. Поскольку в норме находят очень мало различий между немедленным и отсроченным воспроизведением, то ухудшение отставленного воспоминания может оказаться клинически значимым [17]. Некоторые авторы вводят еще задание на узнавание [18], которое предъявляется после отсроченного воспоминания с тем, чтобы развести эффекты забывания (действительной потери информации) и трудностей припоминания, вызванных побочными факторами. Кроме того, условие узнавания оказалось чувствительным к мозговой патологии вообще и к латеральным поражениям в частности. Так, успешность узнавания при органической патологии мозга имеет тенденцию быть выше успешности воспоминания фигуры, что не характерно для нормы [16]. В *разных процедурах применения* КФР-О варьируется время отсрочки воспроизведения: до 3 мин для немедленного воспоминания и от 15 до 60 мин – для отставленного, что в указанных диапазонах существенно не влияет на результаты [16, 26]. Другой модификацией процедуры теста является его использование в обучающей парадигме, когда испытуемых предупреждают о необходимости запомнить фигуру и дают для этого несколько ограниченных по времени попыток ее копирования [30].

Системы оценивания. Существует множество *различных систем оценивания* «комплексной фигуры» Рея [6, 8, 12, 18, 26 и др.], среди

них – специально предназначенные только для детской выборки [6]. Во всех системах оценивания предлагаются разные критерии количественной оценки точности копирования и воспоминания, а также организации как проявления фронтальной регуляции нейрокогнитивных функций. Отдельные системы, например Бостонская (BQSS), дополняют эти оценки возможностью измерить и качественные особенности рисунка. Бостонский вариант теста Рея (БСКО) включает 6 суммарных оценок разных когнитивных функций и 17 параметров оценки качественных особенностей рисунка фигуры, являясь наиболее многомерным, детально разработанным и строго стандартизованным среди всех имеющихся систем оценивания к тесту КФР-О [26]. Это и определило выбор Бостонской системы оценивания к тесту Рея для ее адаптации и последующего внедрения в практику психодиагностики в нашей стране [1].

Среди качественных особенностей рисунка различные авторы чаще всего выделяют параметры *стиля* и *уровня организации*. Стиль ранжируется по разным категориям: от детальной ориентации (рисование фигуры по частям, фрагментами) до чисто конфигуративной ориентации (последовательный переход от общего целого к частному при изображении фигуры) [16]. Между этими стилями выделяют смешанные промежуточные стили рисования [6]. Детально разработанные оценки организации предсталены в [12, 26]. Отмечается, что в некоторых случаях мозговой патологии показатель *организации* более чувствителен, чем оценка *точности* изображения. По общему мнению, параметры *стиля* и *организации* являются ценными также в оценке уровня когнитивного развития детей [6, 20, 22, 25].

В литературе имеются данные о разных видах *надежности измерений* по тесту КФР. Большинство исследований показывают высокую интратестовую (для разных оценщиков) и интертестовую (между разными системами) корреляцию оценок в отношении общих количественных показателей [16, 17, 25] и широкий разброс корреляций по отдельным качественным параметрам, что говорит о недостаточной строгости и ясности критериев их оценки [29]. При этом короткие и простые ранние версии оценивания [20, 27] достаточно высоко согласуются с современными и более сложными системами [21, 26]. Ретестовая надежность признана приемлемой в промежутке от полугода до 1 года при повторных измерениях. При более коротких ретестах предпочитают использовать альтернативные версии фигуры Рея [18, 25], надежность измерений по этим версиям тестовой фигуры (например, фигуры Тейлор) определяется высоко как для детей, так и для взрослых [16, 28].

Конструктивная валидность теста. В настоящее время наибольшее применение тест находит в оценивании зрительно-пространственных, зрительно-конструктивных способностей, зрительной памяти, перцептивных, моторных, управляющих функций: страте-

гий решения проблем, планирования, интеграции и др. [6, 181]. Результаты факторных и корреляционных исследований подтверждают конструктивную валидность теста в измерении зрительно-конструктивных функций, организации (в условиях копирования) и памяти (в условиях воспоминания и узнавания) [1, 2, 18]. В исследованиях здоровых детей и взрослых, а также пациентов с неврологической патологией были выявлены значимые положительные корреляции результатов копирования в тесте КФР-О с оценками методик памяти, например со шкалой Памяти Векслера, и зрительно-пространственных тестов (Кубики, сложение фигур и др.) [17, 24, 26].

Учет побочных факторов. Исследователи отмечают необходимость учитывать ряд побочных влияний на результаты нейропсихологической диагностики с помощью теста КФР-О, в частности, со стороны интеллекта, образования, пола, возраста и факторов правшества – левшества и культуры.

1. Интеллект. Так, суммарные показатели точности копирования и воспроизведения фигуры коррелируют с показателями невербального и общего интеллекта взрослых [7, 12]. У детей с низким и высоким интеллектом также наблюдаются значимые различия в выполнении теста Рея, в частности, по количеству правильно воспроизведенных деталей и ошибок, особенно ротаций всей фигуры или ее отдельных элементов при копировании [2].

2. Образование. Влияние образования на результаты теста Рея менее определено. Отдельные исследователи сообщают о снижении оценок у испытуемых с низким уровнем образования [7, 16], однако другие не подтверждают этого в условиях, когда влияние интеллекта уравниво в разных образовательных группах [12].

3. Пол. Противоречивы данные о влиянии пола на результаты выполнения теста взрослыми испытуемыми. Некоторые авторы отмечают, что мужчины лучше женщин выполняют задание [16]. Но остальные сходятся во мнении, что это преимущество незначительно, проявляется избирательно либо вовсе отсутствует [7]. Столь противоречивые данные могут быть обусловлены большой индивидуальной вариабельностью оценок внутри одного пола. Более определенные результаты получены в детской выборке, где в некоторых возрастных подгруппах (в диапазоне от 5,5 до 12,5 лет) девочки копировали фигуру Рея лучше, чем мальчики. Это связывают с возможными различиями между детьми разного пола в темпах созревания полушарий головного мозга, в использовании нейропсихологических стратегий и др. [13].

4. Правшество – левшество. Ряд ученых считают, что помимо гендерного фактора следует учитывать влияние правшества, семейного правшества и академическую спецификацию (по математике/точным наукам или др.) на результаты выполнения теста КФР-О [16, 26]. В зарубежных исследованиях большой группы здоровых детей ($n = 840$) в

возрасте от 5,5 до 12,5 лет было выявлено в разных возрастных срезах лучшее копирование фигуры Рея праворукими детьми по сравнению с леворукими [13].

5. Культуральные факторы. В литературе имеются данные о наличии межкультурных различий по тесту КФР [16, 26]. Так, на большей выборке пожилых людей (старше 56 лет), жителей столицы Колумбии Боготы, были стандартизованы нормативы по трем параметрам теста: точность копирования, время копирования и точность немедленного воспоминания, оцененные по системе Тейлор. Оценки оказались значительно ниже, чем полученные для тех же условий в североамериканской выборке. Исследователи полагают, что это расхождение определяют культурные и образовательные различия, а также социально-экономические, что подтверждается и сравнениями североамериканской выборки с отечественной [1].

Возрастные нормативы. В литературе имеются многочисленные возрастные нормативы для количественных показателей точности выполнения разных вариантов теста КФР-О, которая изменяется с возрастом у детей и взрослых [2, 6]. Обращаясь к нормативным данным, пользователь должен иметь в виду различия тестовых версий, так как нормативы немедленного воспоминания, например, не подходят для интерпретации оценок отставленного воспроизведения [25], а первоначальная проба на немедленное воспоминание улучшает оценки отставленного воспроизведения примерно на 2–6 баллов [17, 18]. Поэтому нормативы для отставленного воспоминания, полученные в исследованиях с двумя условиями воспоминания и копированием, не подходят для использования в условиях только отставленного воспоминания и копирования. Наиболее полные нормативы с указанием границ клинической интерпретации оценок для фигуры Рея и 4 заданий получены на выборке в 601 чел. в возрасте от 18 до 89 лет и представлены в [18]. Нормативы для качественных оценок предлагают пока очень немногие, например, авторы Бостонской системы оценивания [26].

Нейропсихологический потенциал методики КФР-О. Применение теста в нейропсихологической диагностике показало его адекватность для целей определения нейрокогнитивного дефицита при различных психических и неврологических расстройствах, в том числе диффузной, латеральной и локальной мозговой патологии различного генеза у детей, взрослых и, что стоит подчеркнуть, пожилых пациентов.

Латерализованные поражения. Исследователи указывают на возможность различать односторонние поражения мозга по оценкам отдельных параметров рисунка, выполненного в разных тестовых заданиях: копирования, воспоминания и узнавания КФР.

1. Условие копирования. Поэлементная манера копирования может указывать как на правополушарную, так и на левополушарную патологию. При этом правополушарные поражения связаны с большими

искажениями в левой половине рисунка [9] или с меньшей точностью копирования при эффекте игнорирования контрлатеральной стороны поля зрения [21]. Те пациенты с правополушарной патологией, которые игнорируют левую половину зрительного поля в заданиях на вычеркивание букв, демонстрируют также увеличение пропусков элементов слева при копировании фигуры Рея, а также эффект правостороннего предпочтения внимания (начинают рисовать фигуру справа налево) [21].

2. Условия воспоминания. При правополушарной патологии имеется тенденция хуже вспоминать фигуру, чем при левосторонних повреждениях [5], и демонстрировать меньшую точность воспоминания левой половины рисунка [21]. Однако для предсказания стороны поражения тест не является совершенным инструментом [14, 17]. Например, при исследовании право- и левовисочной эпилепсии с помощью индекса глобальных / локальных (правополушарных / левополушарных) ошибок не было выявлено значимых различий в точности воспоминания и копирования разных по «глобальности – локальности» компонентов фигуры [19].

Более обоснованные выводы о стороне поражения позволяет сделать анализ качественных особенностей воспроизведения рисунка по памяти (расстройство общей конфигурации, ошибки расположения элементов) [1, 17]. Если предшествующая попытка копирования выполнена удовлетворительно, то ошибки местоположения и нарушения формы при воспоминании скорее указывают на правополушарный дефицит, чем на левополушарный [25]. При этом количественные показатели асимметрии ошибок с меньшей степенью вероятности позволяют диагностировать правополушарные поражения головного мозга [26], чем совокупность показателей качественных ошибок выполнения теста Рея, определяемых, например, по 11 пунктам специальной системы оценивания [17].

Эффекты латерализованных мозговых поражений выявляются с помощью теста Рея и в детской выборке. Было обнаружено, например, что для детей с право- и левополушарными поражениями, а также со спастической диплегией при ДЦП характерны разные профили нарушений зрительно-пространственных функций [2]. У группы с левополушарными поражениями было особенно выраженным снижение воспроизведения деталей, или обработки зрительно-пространственной информации на локальном уровне. Этого не отмечалось у детей с правополушарными расстройствами, для которых были характерны общие трудности анализа и синтеза зрительно-пространственной информации на глобальном уровне. Все это согласуется с аналогичными фактами, выявленными во взрослой неврологической выборке [26], и говорит об общих закономерностях функциональной специализации коры мозговых полушарий в процессе психического развития.

Доминирует точка зрения, что для предсказания стороны поражения КФР-О не всегда является эффективным инструментом в силу большой гетерогенности теста, которая, однако, обеспечивает его высокую чувствительность к мозговой патологии [10, 14, 15].

Локальные поражения. У взрослых с височной эпилепсией [17], а также с фронтальными поражениями были выявлены специфические нарушения зрительно-пространственной памяти в тесте КФР-О [16]. Исследователи отмечают, что хотя и фигуративные, и пространственные компоненты рисунка зависят от правосторонних медиобазальных поражений височной доли, эффекты этого влияния больше отражаются на пространственных компонентах фигуры, которые менее вербализуемы, чем особенности формы [10]. Поэтому пациенты с теменно-затылочными поражениями мозга имеют большие трудности с пространственной организацией рисунка, в то время как фронтальные повреждения с большей вероятностью вызывают трудности планирования при копировании [16]. В детской выборке (от 7 до 14 лет) при левовисочной эпилепсии было выявлено достоверное снижение зрительно-пространственной памяти не только в сравнении с нормой, но и с группой генерализованной эпилепсии [2]. По данным МРТ мозга установлено также, что уровень атрофии гиппокампа (при умеренно выраженных поражениях у взрослых) отрицательно коррелирует с общими оценками воспоминания в тесте КФР-О [8].

Диффузные мозговые поражения и психические расстройства. Пациенты с диффузной церебральной патологией органического генеза выполняют оба задания на воспоминание (немедленное и отставленное с 3- и 30-минутной отсрочкой) хуже, чем группа с хроническими психиатрическими расстройствами (шизофрения, моно- и биполярное депрессивное расстройство), а последние имеют оценки ниже, чем в группе здоровых испытуемых. Однако по другим показателям (копирование, время копирования и узнавание) норма и психопатология не различаются между собой, однако их различия с неврологической выборкой (черепно-мозговые травмы) оказываются значимыми [18]. Используя качественные оценки (конфигуративных, фрагментированных и пропущенных элементов), Л. Биндер [10] выявил отличия в типе ошибок, которые делают в тесте Рея здоровые испытуемые и пациенты с сосудистыми поражениями головного мозга (последствиями острого нарушения мозгового кровообращения). Кроме того, установлена чувствительность отдельных показателей теста к общемозговой патологии, имевшей место в анамнезе, например, связанной с последствиями черепно-мозговых травм, судорожных припадков, аномалий мозговых сосудов, лекарственной зависимости или злоупотребления кокаином [16]. Например, оценки узнавания могут отличать группы пациентов с последствиями черепно-мозговых травм от групп здоровых людей и психически больных.

Тест Рея оказывается эффективным в диагностике различных клинических особенностей нейрокогнитивного дефицита, который, например, может зависеть от как от тяжести, так и от срока давности черепно-мозговой травмы. Выявлено, что в течение 21 месяца после травмы объем немедленного воспоминания значительно снижается при легких поражениях [15]. Но в более поздний период – через 2–5 лет после травмы – показатели отставленного воспоминания при умеренной тяжести поражения значимо улучшаются в сравнении с тяжелыми травмами, что говорит о действии компенсаторных механизмов и механизмов пластичности головного мозга [16]. Другой пример демонстрируют показатели зрительно-пространственной памяти, которые при алкогольной зависимости достоверно ниже, чем в норме. При этом дефицит памяти после абстиненции менее длительно присутствует и слабее выражен у молодых пациентов, указывая на большую пластичность мозга молодых людей [16].

У детей тест широко применяется для выявления особенностей и степени нейрокогнитивного дефицита при расстройствах обучения, синдроме нарушений внимания и гиперактивности, нарушениях слуха, прижизненных травмах и пренатальных повреждениях мозга, расстройствах интеллектуального развития и психических расстройствах, тяжелых соматических заболеваниях и др. [2, 6, 25 и др.]. Например, дефицит исполнительских функций обнаруживается при синдроме дефицита внимания (СДВ/Г). В частности, девушки-подростки отличались от своих здоровых сверстниц по индексу ошибок при копировании КФР, особенно ошибок персеверации, что указывало на проблемы планирования, т.е. проблемы одной из наиболее важных управляющих функций [23]. При СДВ/Г отмечается не только исполнительский дефицит, но и расстройства зрительно-пространственной памяти в тесте КФР-О [2], что связывают с большой нагрузкой фактора внимания на функции зрительного запоминания при кодировании информации.

Значимое в сравнении с нормой снижение зрительно-пространственного анализа и синтеза фигуры Рея было отмечено в выборке смешанного расстройства психического развития [26]. При специфических расстройствах речи (дизлексии и дизграфии) дети и подростки 7–14 лет были менее точны и, как правило, использовали незрелые (фрагментарные) стратегии при копировании фигуры Рея, а также реже, чем в норме, применяли интегрированную стратегию при воспроизведении фигуры по памяти, что предполагает у них дефицит управляющих функций [4].

Гериаatria. У пожилых с возрастом отмечается некоторое снижение оценок за копирование [12], немедленное и отставленное воспоминание [18], а конфигуративный подход имеет тенденцию встречаться реже [16]. При этом некоторые авторы находят, что такое ухудшение, и то в очень незначительной степени, начинается только после

70 лет [25, 28]. Предположительно ухудшение памяти у пожилых людей, по крайней мере отчасти, зависит от нарушения способности к сохранению информации. У них также наблюдается некоторое снижение организационных способностей, в частности, интеграции отдельных частей в целостную структуру.

С возрастом при воспоминании также ухудшается воспроизведение деталей, особенно тех, что имеют внешнее отношение к главной фигуре [12], а также легко снижаются показатели узнавания [18]. Все это указывает на возрастные биологические изменения мозговых механизмов когнитивной деятельности у пожилых людей.

Отмечается, что тест КФР-О различает по степени и характеру нейрокогнитивного дефицита группы здоровых пожилых людей, лиц с последствиями черепно-мозговых травм и пациентов с болезнями Альцгеймера, Паркинсона и Геттингтона [7, 15, 29]. При этом разные параметры теста могут иметь неравноценную диагностическую значимость в отношении этих неврологических расстройств. Например, оценка зрительно-пространственных функций чувствительна к мозговым поражениям при болезнях Альцгеймера и Паркинсона, а также к недифференцированным мозговым поражениям и к височной патологии при эпилепсии [16]. В то время как оценки зрительно-пространственной памяти имеют значение для диагностики латеральных, особенно правополушарных, поражений головного мозга, последствий черепно-мозговых травм [15], а также болезней Геттингтона [16]. Выявлено, кроме того, что у пациентов с болезнью Альцгеймера воспоминание и копирование хуже, чем при умеренно выраженных мозговых травмах [8]. В то же время пациенты с черепно-мозговыми травмами выполняют немедленное воспоминание так же успешно, как и здоровые испытуемые, но имеют значимое снижение объема воспроизведения при отставленном воспоминании. Для болезни Паркинсона свойственна фрагментированная стратегия копирования, которая значительно снижает успешность запоминания фигуры [16].

Нейропсихология развития. Экспериментальные исследования подтверждают предположения авторов теста о возможности его применения в диагностике различных аспектов развития и его аномалий. Так, было обнаружено, что обычно подростки (от 13 лет) и грамотные взрослые начинают рисовать фигуру слева направо [6, 25]. Кроме того, младшие дети чаще всего копируют фигуру по частям, а с возрастом увеличивается тенденция демонстрировать конфигуративный подход к рисованию. После 9 лет фрагментарная манера рисования встречается крайне редко. В возрасте около 13 лет тенденция начинать рисунок с выделения базового прямоугольника, а затем добавлять к нему остальные детали становится отчетливой. Однако некоторые исследователи замечают, что влияние развития проявляется в двух направлениях: в том, какие по характеру детали выделяют дети разного возраста, а так-

же в том, как они интегрируют их в целое. Было обнаружено, что уже в 6-летнем возрасте дети демонстрируют оба аспекта зрительно-пространственного анализа и синтеза [5], только в младшем возрасте они интегрируют менее масштабные части фигуры.

У старших детей и взрослых ошибки и искажения формы элементов обычно наблюдаются при воспоминании, но редко при копировании. На выборке детей 5- и 8-летнего возраста была обнаружена связь между самим действием копирования и успешностью воспоминания фигуры. Так, дети, которым предлагалось сначала только запомнить рисунок, не копируя его, затем лучше нарисовали фигуру и более конфигуративно, чем те, которые прежде копировали, а потом вспоминали. С другой стороны, дети, которые использовали фрагментарный подход к копированию фигуры, хуже ее воспроизводили. Таким образом, исследователи полагают, что конфигуративный, целостный подход у детей является более продуктивным для запоминания, чем последовательный, поэлементный (от частей к целому) [5, 6].

При мозговой патологии у детей наблюдаются сходные с нормой возрастные тенденции развития зрительно-конструктивных функций в тесте Рея, что указывает на относительную сохранность мозговой пластичности даже при нарушениях психического развития органического генеза [2]. Так, по сравнению с группой детей 7–10 лет, в возрасте 11–14 лет уменьшались количество ошибок при копировании фигуры Рея, улучшалось копирование и воспроизведение ключевых группировок внутренних элементов сложной фигуры, таких как центральная часть (при копировании), а также правая и левая стороны фигуры (при воспоминании) [2].

Аффективные расстройства. Плохое воспоминание фигуры в тесте КФР-О может быть связано не только с органическими поражениями мозга, но и с эмоциональными расстройствами [25]. Так, ветераны войны с посттравматическим расстройством хуже, чем здоровые, выполняют задание при немедленном воспоминании, но не копирование. У больных эпилепсией отмечается связь между самооценкой уровня эмоциональных расстройств (депрессия, паранойя) и снижением воспоминания. У пожилых пациентов при депрессии обнаружено небольшое снижение отставленного воспроизведения по памяти [16]. Исследования в группе здоровых добровольцев обнаружили умеренную корреляцию между показателями депрессии по Шкале Бека и оценками узнавания [18]. По данным других авторов, психологические дистрессы у здоровых (тревога, депрессия) не влияют на показатели теста «Фигура Рея» [16], но установочное поведение испытуемых, снижение мотивации и симуляция могут ухудшать показатели тестирования КФР-О. Так, испытуемые, получившие инструкцию симулировать наличие мозговой травмы, достоверно отличались от неврологических пациентов профилем демонстрируемых. У них отмечалось

снижение уровня точности, скорости выполнения рисунка, ухудшались отсроченное воспроизведение и узнавание [18].

Функциональный прогноз. Следует особо отметить, что оценки узнавания в методике КФР-О коррелируют с общим функциональным уровнем больных. Так, чем лучше узнавание, тем более независимы в своем функционировании индивидуумы. При этом оценки памяти и организации предсказывают успешность восстановления трудоспособности, а дефицит зрительно-конструктивных способностей прямо коррелирует с трудностями адаптации пациентов в бытовой хозяйственной деятельности [7, 16, 26 и др.]. Таким образом, использование теста КФР-О позволяет получить важную информацию не только для дифференциальной нейропсихологической диагностики, но и для разных сторон функционального прогноза.

Таким образом, аналитический обзор литературы показывает, что тест КФР-О весьма эффективен и востребован в клинических исследованиях, лечебной и реабилитационной работе с пациентами психиатрического и неврологического профилей. Использование многомерной и точной количественной оценки разных сторон нейрокогнитивного дефицита позволяет отслеживать эффективность, направленность и динамику его медикаментозной коррекции, а также предсказывать ее влияние на социально-психологическое функционирование пациентов в повседневной жизни и трудовой деятельности [3, 5, 7, 26, 32].

Исследование нейрокогнитивного дефицита, особенно его слабо структурированных проявлений, является актуальной задачей медицинской психодиагностики во многих областях психиатрии, неврологии, наркологии и неврологии, в частности, в различных системах медицинской экспертизы, реабилитации, медицинской педагогики и профотбора. Это обусловлено важным дифференциально-диагностическим значением параметров познавательной деятельности для принятия клинических решений, в особенности в сравнительных (сопоставимых) исследованиях. Следует также подчеркнуть несомненную психодиагностическую ценность теста КФР-О для научных нейропсихологических исследований, целью которых является изучение структурно-функциональных корреляций при различной мозговой патологии, особенно в их соотношении с данными нейровизуализации и других методик, направленных на диагностику взаимосвязей нейрокогнитивных дисфункций с аффективной патологией и расстройствами личности. Такие исследования в настоящее время проводятся сотрудниками Психоневрологического научно-исследовательского института им. В.М. Бехтерева и факультета психологии СПбГУ. Результаты этого исследования – тема следующих публикаций.

Литература

1. *Вассерман Л.И., Чередникова Т.В.* Психологическая диагностика нейрокогнитивного дефицита: рестандартизация и апробация методики «Комплексная фигура» Рея – Остеррига : методические рекомендации. СПб., 2011. 68 с.
2. *Шерешевский Г.* Транскультуральный анализ развития детской нейропсихологической диагностики : автореф. дис. ...канд. психол. наук. СПб., 2007. 25 с.
3. *Янушко М.Г.* Антипсихотическая терапия шизофрении: клинические и когнитивные аспекты : автореф. дис. ...канд. мед. наук. СПб., 2008. 25 с.
4. *Akshoomoff N., Stiles J., Wulfek B.* Perceptual organization and visual immediate memory in children with specific language impairment // *Journal of the International Neuropsychological Society.* 2006. Vol. 12. P. 465–474.
5. *Barr W.B., Chelune G.J., Hermann B.P. et al.* The use of figural reproduction tests as measures of nonverbal memory in epilepsy surgery candidates // *Journal of the International Neuropsychological society.* 1997. Vol. 3. P. 435–443.
6. *Bernstein J.H., Waber D.P.* Developmental scoring system for the Rey-Osterrieth Complex Figure: Professional manual. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources. 1996.
7. *Berry D.T.R., Allen R.S., Schmitt F.A.* Rey-Osterrieth complex figure : Psychometric characteristics in a geriatric sample // *The Clinical Neuropsychologist.* 1991. Vol. 5(2). P. 143–153.
8. *Bigler E.D.* Neuroimaging and the ROCF // *The handbook of Rey-Osterreith Complex Figure usage: Clinical and research applications.* Lutz, FL : Psychological Assessment Resources. 2003.
9. *Binder L.* Constructional strategies on complex figure drawings after unilateral brain damage // *Journal of Clinical Neuropsychology.* 1982. Vol. 4. P. 51–58.
10. *Breier J.I., Plenger P.M., Castillo R. et al.* Effects of temporal lobe epilepsy on special and figural aspects of memory for a complex geometric figure // *Journal of the International Neuropsychological society.* 1996. Vol. 2. P. 535–540.
11. *Casey M.B., Winner E., Hurwitz I.* Does processing stile affect recall of the Rey-Osterrieth or Taylor Complex Figures? // *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology.* 1991. Vol. 13. P. 600–606.
12. *Chervinsky A.B., Mitrushina M., Satz P.* Comparison of four methods of scoring of the Rey-Osterreith Complex Figure Drawing Test on four age groups of normal elderly // *Brain Dysfunction.* 1992. Vol. 5. P. 267–287.
13. *Karapetsas A.B., Vlachos F.M.* Sex and handedness in development of visuomotor skills // *Perceptual and Motor Skills.* 1997. Vol. 85(1). P. 131–140.
14. *Lee J.P., Loring D.W., Thompson J.L.* Construct validity of material-specific memory measures following unilateral temporal lobe ablations // *Psychological Assessment.* 1989. Vol. 1. P. 192–197.
15. *Leininger B.E., Grambling S.E., Farrell A.D. et al.* Neuropsychological deficits in symptomatic minor head injury after concussion and mild concussion // *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry.* 1990. Vol. 53. P. 293–296.
16. *Lezak M.D., Howieson D.B., Loring D.W.* Neuropsychological assessment. 4th ed. N.Y., NY : Oxford University Press, 2004. P. 459–767.
17. *Loring D.W., Martin R.L., Meador K.J., Lee G.P.* Psychometric construction of the Rey-Osterreith complex figure: methodological considerations and interrater reliability // *Arch. Clin. Neuropsychol.* 1990. Vol. 5. P. 1–14.
18. *Meyers J.E., Meyers K.R.* Rey complex figure test under four different administration procedures // *The Clinical Neuropsychologist.* 1995. Vol. 9. P. 63–67.
19. *Mcconley R., Martin R., Baños J., Blanton P., Faught E.* Global / local scoring modifications for the Rey-Osterrieth Complex Figure: Relation to unilateral temporal lobe epilepsy patients // *J. Intern. Neuropsychol. Society.* 2006. Vol. 12. P. 383–390.

20. *Osterrieth P.A.* La test de copie d'une figure complexe // Archives de Psychologie. 1944. Vol. 30. P. 206–356.
21. *Rapport L.J., Farchione T.J., Dutra R.I. et al.* Measures of hemi-inattention on the Rey figure copy for the Lezak-Osterrieth scoring method // The Clinical Neuropsychologist. 1996. Vol. 10. P. 450–453.
22. *Rey A.* L'examen psychologique dans les cas d'encephalopathie traumatique // Archives de Psychologie. 1941. Vol. 28. P. 286–340.
23. *Sami N., Carte E.T., Hinshaw S.P.* Performance of girls with ADHD and comparison girls on the Rey-Osterrieth Complex Figure: Evidence for executive processing deficits // Child Neuropsychology. 2003. Vol. 9(4). P. 237–254.
24. *Shin M.-S., Kim Y.-H., Cho S.-C., Kim B.-N.* Neuropsychologic characteristics of children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), learning disorder, and tic disorder on the Rey-Osterreith Complex Figure // Journal of Child Neurology. 2003. Vol. 18(12). P. 835–844.
25. *Spreen O., Strauss E.* A compendium of neuropsychological tests: Administration, norms, and commentary. 2nd ed. N.Y., NY : Oxford University Press, 1998.
26. *Stern R.A., Javorsky D.J., Singer E.A. et al.* The Boston Qualitative Scoring System for the Rey-Osterreith complex figure: Professional manual. Odessa, FL : Psychological Assessment Resources, 1994.
27. *Taylor E.* Psychological appraisal of children with cerebral deficits. Cambridge, MA : Harvard University Press, 1959.
28. *Tombaugh T.N., Faulkner P., Humbley A.M.* Effects of age on the Rey-Osterrith and Taylor Complex Figures: Test-retest data using an intentional learning paradigm // Journal of Clinical and Experimental Psychology. 1992. Vol. 14. P. 647–661.
29. *Tupler L.A., Welsh K.A., Asare-Aboagye Y., Dawson D.V.* Reliability of the Rey-Osterrith Complex figure in use with memory impaired patients // Journal of Clinical and experimental Neuropsychology. 1995. Vol. 17. P. 566–579.
30. *Veligan D.L., Bow-Thomas C.C., Mahurin R.K.* Do specific neurocognitive deficits predict specific domains of community function in schizophrenia? // Journal of Nerv. Mental Disorders. 2000. Vol. 188. P. 518–524.

THE NON-VERBAL REY-OSTERRIETH «COMPLEX FIGURE» TEST AND ITS PSYCHODIAGNOSTIC SIGNIFICANCE FOR THE NEUROCOGNITIVE DEFICITS QUALIFICATION

Wasserman L.I. (St. Petersburg), Cherednikova T.V. (St. Petersburg)

Summary. The article provides a brief review of the literature on Rey-Osterrieth «Complex Figure» test. It is widely known abroad as a valid psychodiagnostic tool of various neurocognitive deficits, its qualitative and psychometric evaluation of both adults and children, with a view of the differential diagnosis, functional prediction, monitoring of the dynamics and correction of cognitive dysfunctions in the process of treatment and rehabilitation.

Key words: Rey-Osterrieth «Complex Figure» test; neuropsychological deficit; neurocognitive diagnostic.