

ответственности» каждого специалиста. Равноправное или бригадное участие специалистов в оказании помощи позволяет объединять усилия отдельных профессионалов, определять приоритетность проблем, обсуждать целесообразность использования различных подходов, их последовательность и сочетаемость. При таком подходе психолог выступает не просто как еще один лабораторный исследователь, «возвращающий клинике лишь по-иному обозначенные факты», а как соавтор научно-исследовательской и лечебно-реабилитационной работы.

Идеи и подходы БВЗ и СЯ содержат огромный теоретический и методический потенциал. Их внедрение в клиническую практику открывает большие возможности в лечебно-реабилитационном процессе и позволяет значительно увеличить эффективность работы психолога в рамках комплексных психосоциальных мероприятий.

Литература

1. С.Я.Рубинштейн «Экспериментальные методы патопсихологии». М.1970г.
2. Б.В.Зейгарник «Патопсихология». М.1986г.
3. Б.В.Зейгарник, Б.С.Братусь «Очерки по психологии аномального развития личности». М.1980г.
4. Б.С.Братусь, И.Я.Розовский, В.Н.Цапкин «Психологические проблемы изучения и коррекции аномалий личности». М.1988г.

Структура мышления у подростков с генетическими синдромами и мышечной дистрофией

Троицкая Л.А.

МГППУ, Москва, Россия

Актуальность работы. В современном мире появляется всё больше детей с различными нарушениями в развитии. Немалую часть их составляют дети с генетической патологией. Формирование психики ребенка обусловлено метаболическими расстройствами, недостаточностью структур головного мозга, влиянием биологических, психологических, и социальных факторов. Как результат, высшие психические функции данной группы детей развиваются в специфических условиях и имеют свои особенности.

Интерес исследования заключается в анализе структуры мышления детей с генетическими синдромами (на примере соединительно-тканной патологии, рахитоподобного заболевания) и мышечной дистрофии. Оценка особенностей мышления детей этих групп и проведение адекватной психологической

коррекции необходимы для обеспечения оптимального процесса их образования, для улучшения адаптации и интеграции в обществе. Тем более, что психодиагностика и психолого-педагогическая коррекция детей с наследственными заболеваниями в настоящее время развита недостаточно.

Цель исследования. Изучение особенностей мышления у подростков с генетическими синдромами (соединительно-тканной патологией, рахитоподобными заболеваниями) и мышечной дистрофией.

Объект исследования. Структура мышления подростков с генетическими синдромами: соединительной ткани, рахитоподобными заболеваниями и мышечной дистрофией.

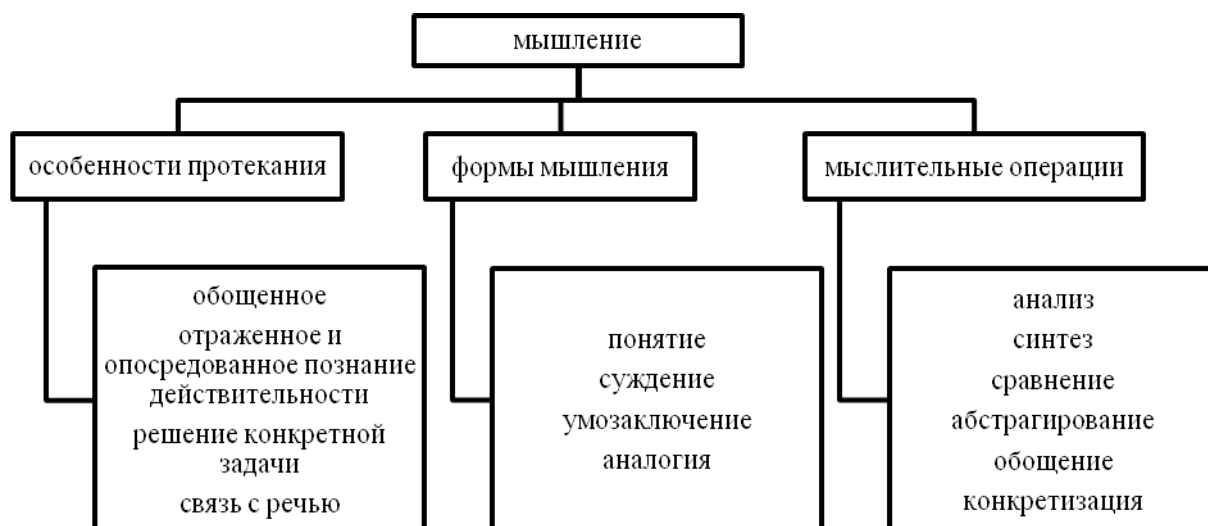
Предмет исследования. Особенности операциональной, динамической и личностной сторон мышления подростков с генетическими синдромами (соединительно-тканной патологией, рахитоподобными заболеваниями) и мышечной дистрофией.

Задачи исследования

- 1) Подбор методик, направленных на изучение структуры мышления у подростков с соединительно-тканной патологией, рахитоподобными заболеваниями и мышечной дистрофией.
- 2) Исследование операционального, динамического и личностного компонента мышления в группе подростков с соединительно-тканной патологией, рахитоподобными заболеваниями и мышечной дистрофией.
- 3) Сравнительный анализ структуры мышления трёх групп подростков с наследственными синдромами

Мышление является познавательным высшим психическим процессом. Суть мыслительного процесса состоит в порождении нового знания с опорой на творческое отражение и преобразование человеком действительности.

Мышление как особый психический процесс имеет ряд специфических характеристик. Первая из них – это обобщённый характер представления окружающей действительности. Это объясняется тем, что мышление отражает общие характеристики предметов и явлений реального мира, обобщения применяются к единичным предметам и явлениям.



Вторая характеристика мышления – это *опосредованный характер* познания объективной реальности. Суть опосредованного познания выражается в том, что человек может выносить суждения о свойствах предметов и явлений без непосредственного контакта с ними, а путем анализа косвенной информации. Эта информация представлена в психике человека в виде обобщённых существенных признаков понятий и явлений.

Следует отметить, что опосредованное мышление не искажает окружающую действительность, а, наоборот, позволяет познать ее глубже, точнее и полнее. Обобщение позволяет, выявить не только существенные свойства, окружающих предметов и вещей, но и основные закономерные взаимосвязи предметов и явлений. Кроме этого, опосредованный характер мышления дает нам возможность не только углубить, имеющуюся у нас информацию, но и расширить ее, поскольку область, мышления шире, чем область того, что мы, воспринимаем. Например, опираясь, на чувственное восприятие и при этом, выходя за его пределы, человек способен познать такие вещи, как прошлое Земли, развитие биологического разнообразия, эволюцию жизни на Земле, и другие вещи, с которыми человек не соприкасается непосредственно. Благодаря мышлению, люди могут с определенной степенью достоверности предсказать, даже будущее Земли. Таким образом, в процессе мышления мы познаем то, что вообще недоступно, непосредственному восприятию и представлению.

Следующей важнейшей и характеристикой мышления является его связь с решением какой-либо *задачи*, возникшей в процессе познания или в практической деятельности. Процесс мышления задействуется тогда, когда присутствует проблемная ситуация, которую необходимо решить. Мышление всегда начинается с вопроса. Ответ на него и является целью нашего

мышления. Ответ невозможно найти сразу, это всегда процесс, осуществляемый при помощи определенных умственных операций, которые видоизменяют и преобразуют имеющуюся информацию.

Исследование проводилось в МНИИ педиатрии и детской хирургии РОСМЕДТЕХНОЛОГИИ в отделениях врожденных и наследственных нарушениях ЦНС у детей и в психоневрологии

Таблица 1. Характеристика исследуемых групп.

№ группы	Нозология	Возраст, лет	Пол испытуемых		Количество испытуемых в группе
			М	Ж	
1	Соединительно-тканная патология	14-17	6	8	14
2	Рахитоподобные заболевания	14-17	3	9	12
3	Мышечная дистрофия	14-17	5	4	9

Методы исследования

Для выявления особенностей мышления были взяты следующие методики:

Пиктограммы

- 1) Сложные аналогии
- 2) Выявление ригидности мышления
- 3) Предметная классификация
- 4) Пересказ рассказа
- 5) «Пропущенные слова» по Эббингаузу

Методы статистической обработки данных. Для оценки полученных результатов использовался статистический критерий Хи-квадрат Пирсона. Это непараметрический критерий. Он направлен на: а) сопоставление эмпирического распределения признака с его теоретическим распределением; б) сопоставление нескольких эмпирических распределений одного и того же признака.

Для того чтобы выявить возможные корреляции между разными показателями в каждой группе, использовался метод **ранговой корреляции Спирмена**. Этот метод позволяет определить тесноту (силу) и направление корреляционной связи между двумя признаками или двумя профилями (иерархиями) признаков.

Статистическая обработка данных была проведена с помощью компьютерных программ «Excel» и «SPSS».

Анализ полученных данных показал, что группа подростков с **соединительно-тканной патологией и мышечной дистрофией** характеризуется следующими особенностями: ригидностью, расплывчатостью мышления, непоследовательностью суждений, конкретностью образов, трудностями счётных операций, бедностью речевой продукции.

Расплывчатость мышления и непоследовательность суждений относятся преимущественно к динамической стороне мышления. Возможно, проявление этих особенностей вызвано снижением концентрации внимания, истощаемостью. Конкретность мышления и трудности со счётными операциями могут косвенно говорить о снижении абстрактного мышления. Таким детям может быть трудно решать сложные задачи с абстрактными понятиями.

В группе подростков с **рахитоподобными заболеваниями** преобладают следующие особенности мышления: высокая конкретность мышления, ригидность, расплывчатость мышления и непоследовательность суждений, снижение продуктивности ассоциаций, однотипность образов, нарушение понимания причинно-следственных связей, нарушение счётных операций, снижение мыслительной критичности и бедность речевой продукции.

Следующие характеристики: конкретно-ситуационные суждения и образы, нарушение причинно-следственных связей, счётных операций - относятся к операциональной стороне мышления. Уровень развития абстрактно-логического мышления подростков данной группы снижен.

Выводы.

1. Структура мышления у подростков с генетическими заболеваниями имеет характерные особенности. Общими для всех групп являются: снижение уровня обобщения, ригидность мышления и снижение речевой функции мышления. Выявляются качественные различия операциональной, динамической и личностной сторон мышления у подростков с разным типом заболевания.

3. В группе подростков с соединительно-тканной патологией и мышечной дистрофией преобладает недостаточность **динамической стороны мышления** (расплывчатость, непоследовательность суждений, ригидность, бедность речевой продукции). Выявляется тенденция к снижению уровня обобщения.

4. В группе подростков с рахитоподобными заболеваниями выражена недостаточность **операциональной стороны мышления** в виде снижения уровня обобщения, имеется недостаточность динамической (ригидность, расплывчатость, непоследовательность суждений) и личностной (снижение

критичности) сторон мышления. Уровень абстрактно-логического мышления также снижен у подростков с рахитоподобными заболеваниями.

Об актуальности выявления особенностей психического развития детей, перенесших в анамнезе судорожные пароксизмальные состояния.

Туровская Н.Г.

каф. общей и клинической психологии ВолГМУ, медицинский психолог ГУЗ ВОДКПБ «Центр психического здоровья детей и подростков», Волгоград, Россия

Актуальность выявления особенностей психического развития детей, перенесших в анамнезе или хронически страдающих судорожными пароксизмальными состояниями определяется, в первую очередь, широкой распространенностью в детской популяции данной нервно-психической патологии. Распространённость судорог у детей составляет 17-20 случаев на 1000 детского населения. Около половины всех судорожных припадков приходится на возраст до 15 лет, из них наибольшее количество судорог отмечают в возрасте от 1 до 9 лет [А.А.Баранов, 2002].

Частое развитие судорог в детском возрасте объясняют как незрелостью нервной системы ребёнка, так и многообразием причин, их вызывающих. Причинами судорог в детском возрасте могут быть различные острые и хронические заболевания и повреждения головного мозга, генетические и хромосомные заболевания, токсические повреждения мозга, эндокринные и электролитные нарушения, психологический стресс и другие. Отдельную группу составляют судороги при эпилепсии, распространённость которой составляет 0,5-1% в общей популяции [А.А.Баранов А.А., 2002].

Снижение качества психосоматического функционирования больных эпилепсией вызвано как наличием самих пароксизмально возникающих состояний, так и их последствиями. В.А.Карлов в качестве факторов, вызывающих нарушения психической деятельности при эпилепсии, выделяет органические поражения головного мозга, лежащие в основе заболевания и сочетающиеся с припадками; нейронные эпилептические разряды, которые значительно нарушают нормальную активность в поражённой области мозга; сам факт наличия эпилептических припадков, нередко являющийся серьёзным психическим стрессом для больного; противоэпилептическую терапию и другие [В.А.Карлов, 1990].

Как указывает данный автор, эпилепсия имеет специфический патофизиологический паттерн на уровне нейрона – пароксизмальный