

быть свидетельством того, что участники контрольной группы быстрее понимают, каких ответов ожидает экспериментатор, что говорит о более высоком уровне эмпатии, чем у участников экспериментальной группы. Также это может свидетельствовать о том, что здоровые испытуемые более подвержены процессу научения, который заставляет их производить действие уже знакомое им после работы с картинками, содержащими иллюзии. Для выявления истинных причин возникновения этого феномена требуются дополнительные исследования.

Относительно данных, полученных в группе подростков, больных шизофренией, и в группе взрослых, больных шизофренией, можно сказать, что распознавание иллюзий более успешно у подростков.

Изучение зрительного восприятия, а, в частности, изучение восприятия больных шизофренией, будет сопровождаться многими особенностями, так как эта сфера исследований является весьма сложной для изучения и весьма многогранной. Это потребует и создания новых методов исследования.

Некоторые из методик, изобретенных С.Я. Рубинштейн [2], модифицируются и дополняются [3,4], что позволяет расширить возможности их применения при изучении высших психических функций. В данном случае, при изучении зрительного восприятия. Таким образом, классические методики и новые идеи, возникающие в сфере методологии патопсихологического исследования, целесообразно применять совместно, так как они дополняют друг друга и расширяют кругозор исследователя.

Литература

1. Дим Д. «У шизофреников нет иллюзий» /«NeuroImage» (20.07.2009)
2. Рубинштейн С.Я. «Экспериментальные методики патопсихологии» Изд: ЭКСМО-Пресс, 1999
3. Собчик Л.Н. «Исключение предметов» Изд: Речь, 2002
4. Семаго М.М., Семаго Н.Я. «Организация и содержание деятельности психолога специального образования» - М.: АРКТИ, 2005.
5. Tracy Staedter «Schizophrenics Better at Discerning Illusions» / «Scientific American» (26,10,2005)
6. <http://www.psy.msu.ru/illusion/>

Структурно-динамический подход в практике клинического психолога

Трайнина Е.А.

ФГУ МНИИ психиатрии, Москва, Россия

Разработанные Б.В.Зейганик и С.Я.Рубинштейн основы структурно-

динамического подхода в клинической психологии до настоящего времени остаются недооцененными. В практической клинической психологии на данном этапе сформировалась кризисная ситуация, которая характеризуется оторванностью деятельности психологов от реальности клиники, неспособностью к формированию совместных с другими специалистами целей и задач лечебно-реабилитационного процесса, отсутствием единства в собственных теоретических и методических подходах. В психиатрии, по словам Братуся, «устойчиво сложилась практика использования патопсихологических исследований как вспомогательного инструментария (по типу лабораторных анализов) с целью подтверждения или опровержения тех клинических фактов, с которыми работают психиатры. Отсюда и логика взаимоотношений психиатра и патопсихолога: врач направляет больного на патопсихологическое исследование, сам определяя цель и задачи для психолога». С другой стороны, малоэффективной оказывается и участие психологов в лечебно-реабилитационной работе. В отечественной практике отмечается крайнее разнообразие теоретических позиций и методов, несоответствие между теоретическими установками, диагностическими подходами и используемыми психотерапевтическими технологиями, заимствованными из зарубежной практики. Несоответствие теоретических посылов используемым методам приводит к углублению общего кризиса. На решение проблем реабилитации больных направляются усилия многих специалистов разного профиля, но отсутствие единства подходов приводит к невозможности формирования целостной программы реабилитации. Сложившаяся ситуация требует научной парадигмы, определяющей основные методические подходы, а также механизмы взаимодействия со специалистами.

Преодоление указанных противоречий делает особенно актуальным использование разработанных Б.В.Зейгарник и С.Я.Рубинштейн идей и принципов патопсихологического исследования, основанных на культурно-исторической концепции Выготского. Прежде всего - это положения о единстве закономерностей в норме и патологии, о роли опосредствования в формировании патологических психических феноменов, о наличии сложной структуры первичных болезненных симптомов и вторичных культурно обусловленных феноменов, возникающих в процессе аномального развития и жизнедеятельности. Этим идеям четко соответствует и разработанный ими новый вид эксперимента, который позволяет моделировать различные типы ситуаций и взаимоотношений в деятельности. «Патопсихологический эксперимент должен представлять собой известную модель жизненной

ситуации, которая способна актуализировать не только умственные операции больного, но и его отношение, установки, направленность, которая может вызвать определенный мотив к действию» (Б.В.Зейгарник). При этом сам экспериментатор и его система воздействий выступает как основной инструмент активизации сложившейся системы личностного реагирования в деятельности. Главным принципом экспериментального исследования становится качественный анализ деятельности и поведения человека, который предполагает выявление структуры нарушений познавательной деятельности больного, выделение первичных и вторичных механизмов нарушений деятельности и поведения, приводящих к дезадаптации больного. Он также позволяет выявлять потенциальные возможности человека, сохранные звенья, как в когнитивной сфере, так и в структуре личности. Квалификация структуры нарушений деятельности и поведения невозможна без анализа развития человека, исследования его «жизненного пути». Онтогенетический принцип дает возможность выделить и соотнести выявленные нарушения психической деятельности с проявлениями аномального развития, понять, у какого человека возникли данные нарушения, каковы были особенности развития в детстве, почему конкретная ситуация стала для данной личности патогенной и т.п.

Внедрение Б.В.Зейгарник и С.Я.Рубинштейн структурно-динамического качественного анализа в практику клинической психологии выросло из опыта совместной работы с ведущими отечественными психиатрами. Положенные в основу такого подхода принципы качественного анализа психологического явления, рассмотренного в процессе его развития, были тесно связаны с основным клинико-динамическим подходом, принятым в отечественной психиатрии, в том числе с клинико-онтогенетическим методом исследования, разработанным Г.Е.Сухаревой. Важно подчеркнуть, что при всей разности предметов и методов исследования психиатрии и патопсихологии их основными методологическими доминантами являлись структура и динамика изучаемого явления.

Введенные Б.В.Зейгарник и С.Я.Рубинштейн основы структурно-динамического подхода в практику клинической психологии имеют громадное значение, открывая большие перспективы партнерской работы психолога с другими специалистами в рамках общего лечебно-реабилитационного процесса. Они определяют не только структуру патопсихологического исследования, но и пути и механизмы взаимодействия психолога и клинициста. Только такая многоуровневая оценка в единых осях анализа позволяет соотнести между собой психологическую и клиническую структуру, клинико-

патогенетические и психологические механизмы формирования феноменов, наметить на их основе мишени лечебной и психологической коррекции. Однако, возможности, которые дает такой подход, остаются в настоящее время недостаточно реализованными.

Наш опыт работы в рамках школы Б.В.Зейгарник и С.Я.Рубинштейн показывает, что построенное по этим принципам психологическое исследование значительно расширяет границы деятельности психолога - от узко диагностических, которые до сей поры преобладают, до реабилитационных. Во главу угла ставится не только выделение патопсихологического синдрома (что является главным запросом психиатров), но и анализ структуры дезадаптации человека, выделение основных механизмов нарушений, приведших больного в психиатрическую клинику. Это предполагает отношение к больному с психическими расстройствами как к цельной личности, испытывающей проблемы социальной адаптации, причинно связанные как с наличием тех или иных психических расстройств, так и с проблемами социально-психологического уровня. В рамках такого подхода изменяются цели и задачи психолога, который равноправно с другими специалистами участвует в лечебно-реабилитационном процессе - от постановки диагноза, планирования лечебно-коррекционных мероприятий в виде индивидуальной коррекционной программы, через ее реализацию до достижения реабилитационного эффекта. Значение медицинского психолога определяется тем, что он вместе с другими специалистами осуществляет психологическое сопровождение больного на всех этапах реабилитации.

На первом диагностическом этапе задачей клинического психолога является составление структурно-динамического психологического диагноза, который строится на основе данных экспериментально-психологического исследования, а также психологического анамнеза (истории развития и жизнедеятельности человека). Психологический диагноз включает в себя:

1) Структурный анализ нарушенных звеньев психической деятельности с выделением первичных и вторичных нарушений (по Выготскому) для дифференциации медицинских и психолого-педагогических воздействий. На основании этого психолог определяет основные симптом-мишени лечебно-педагогических и психотерапевтических воздействий.

2) Анализ психологического развития пациента с выделением симптомов и типа дизонтогенеза.

3) Анализ обучаемости или возможностей к саморегуляции. На наш взгляд, принцип обучаемости носит более широкий универсальный характер и

может быть применен не только к оценке умственного развития, но и к поведению человека в целом в плане изучения возможностей формирования новых способов поведения. В этом смысле принцип обучаемости может быть чрезвычайно эффективен в психокоррекционной работе. Задачей психолога тогда становится оценка потенциальных возможностей больного к перестройке поведения под влиянием коррекционных воздействий и на основании этой оценки формирование конкретных программ реабилитации.

4) Анализ психологических ресурсов и сохранных положительных звеньев психической деятельности, на которые можно опираться в реабилитационной работе.

Конечным результатом диагностического этапа является составление индивидуальной диагностическо-коррекционной программы, в которой определяется в рамках бригадного участия преобладающая роль различных воздействий (медицинских, психотерапевтических, лечебно-педагогических, социально-реабилитационных) с выделением этапов, на которых приоритетны те или иные формы помощи. Далее на всех этапах реализации индивидуальной программы коррекции психолог проводит динамическое обследование с целью определения эффективности проводимых воздействий. Результаты таких динамических экспериментальных скринингов могут повлечь за собой некоторое уточнение и даже изменение индивидуальной коррекционной программы.

Другим важнейшим этапом работы клинического психолога является психокоррекционная и психообразовательная деятельность, которая охватывает все этапы лечебно-реабилитационного процесса. Психообразовательные мероприятия должны проводиться для всех пациентов и их семей независимо от характера имеющейся психической патологии и этапа заболевания, осуществляться с учетом возраста, интеллектуальных способностей, психического состояния пациента.

Время начала психокоррекционных мероприятий всегда сугубо индивидуально и полностью зависит от структуры выявленных нарушений, их глубины. Основные симптом-мишени, требующие выбора соответствующих техник, выявляются в процессе патопсихологического исследования и обозначаются в индивидуальной коррекционной программе.

Наш опыт показывает, что эффективность работы медицинского психолога при оказании комплексной лечебно-реабилитационной помощи пациентам может быть достигнута только в рамках бригадного взаимодействия на всех этапах реабилитационного процесса с выделением «зон преимущественной

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