

(тесты) должны в полной мере удовлетворять базовым психометрическим требованиям, предъявляемым психодиагностическому инструментарию (дискриминативности, надежности, содержательной и прогностической валидности и пр.) [4].

3. Формирование объективного "внешнего критерия" успешности проведения патопсиходиагностической деятельности. Учитывая то обстоятельство, что основной целью оптимизации диагностической деятельности патопсихолога является разработка и внедрение высоконадежных методов психокоррекции, задачу определения оптимальных критериев работы трудно переоценить [1]. Оценка эффективности диагностической деятельности патопсихолога осуществляется на основе анализа повторных психодиагностических данных. Кроме этого могут использоваться метод наблюдения и метод экспертных оценок, если в качестве экспертов, оценивающих уровень профессиональной подготовленности, выступают опытные специалисты, чья квалификация не вызывает сомнений.

4. Обобщение и систематизация полученных в ходе исследования данных, формулировка теоретических выводов и выработка практических рекомендаций по оптимизации патопсиходиагностической деятельности, предполагающих совершенствование методологических принципов, методических средств и организационно-психологических условий этой практики. Задачи заключительного этапа исследования предусматривают использование методов теоретического анализа и математической обработки статистических данных, характеризующих эффективность использования разработанной психотехнологии.

Литература

1. Батаршев А.В. Психодиагностика пограничных расстройств личности и поведения. – М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2004.-С.275
2. Ганнушкин П.Г. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика // Избранные труды по психиатрии. – Ростов-на Дону: Феникс, 1998. – С.269
3. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. – Самара, 2005. –С. 672.
4. Ратанова Т.А., Шляхта Н.Ф. Психодиагностические методы изучения личности. – М.: Флинта, 2005.С.387.
5. Яньшин П.В. Клиническая психодиагностика личности. Изд. 2. – СПб.: Речь, 2007. С. 320

Диагностика нарушения восприятия особых детей с опорой на теорию

построения движений Н.А.Бернштейна

Максимова Е.В.

Научно-методическая группа Социального центра «Развитие» Москва, Россия,

Уровни построения движений, предложенные Н. А. Бернштейном, можно рассматривать, как уровни построения психики человека. [Бернштейн Н.А., 1947; Зинченко В.П., 1997; Гиппенрейтер Ю.Б., 2002; Максимова Е.В., 2008]. Из опыта работы по диагностике и коррекции детей, имеющих нарушения аутистического спектра, мы видим, что особо важно для формирования сознания и психики ребенка: а) сохранность протопатического восприятия, глубокой чувствительности и вестибулярного отолитового восприятия уровня А; б) сохранность центрального зрения уровня пространственного поля С. [Архипов Б.А. с соавт., 2010; Меграбян А.А., 1962, Тхостов А.Ш., 2002; Зинченко В.П., Леви Т.С., 2007; Журавлев И.В., Тхостов А.Ш., 2004]. Мы наблюдаем тесную функциональную зависимость уровня пространственного поля (С) от уровня тонической регуляции (А): афферентный синтез уровня С, составной частью которого является центральное зрение, включается только при достаточной тонической подпитке уровня А (Архипов Б.А. с соавт., 2010).

Протопатическую, глубокую, чувствительность (уровень А) считают основой для восприятия человеком СЕБЯ, поскольку она включена постоянно, то и постоянно информирует человека о состоянии своего тела [Меграбян А.А., 1962, Тхостов А.Ш., 2002]. Эти же авторы отмечают, что явления деперсонализации, как правило, сопровождаются нарушениями восприятия протопатической чувствительности.

При нарушении тонуса мышц глаза – возникают нарушения зрительного восприятия: трудности конвергенции двух глаз на одном объекте, трудности слежения за объектом, нарушаются процессы узнавания объектов. Если конвергенции глаз на одном объекте не происходит, то часто можно наблюдать, что на объекты правой стороны ребенок смотрит правым глазом, на объекты левой стороны – левым глазом. В тяжелом случае, это ведет за собой и разделение сознания. Например, ребенок подходит к зеркалу и смотрит в него то одним, то другим глазом – при этом он разговаривает – с одного глаза высоким детским голосом, с другого – низким спокойным. Другой вариант разделения сознания при нарушении зрительного восприятия мы наблюдали у ребенка, у которого были сохранены 1 и 4 зона зрительного восприятия, и практически выпадали 2 и 4. Здесь мы наблюдали также два сознания – одно совсем детское, на уровне «дай, хочу» + капризы, другое – почти взрослое, даже абстрактное, фантазийное. Работать с ребенком можно было или в

близкой зоне, или в дальней. Работа в средней зоне вызывала множественные страхи, агрессию, самоагрессию.

Коррекционная работа только на уровне А приводит к тому, что у большинства детей с аутизмом исчезают страхи, связанные с неопознанностью СЕБЯ, с неопознанностью объектов пространства. Появляется любопытство к людям и объектам в пространстве, исследовательское поведение. Формируется интонированное звучание, желание общения, в том числе речевого. Исчезает амимия лица. Поведение определяется социальной ссылкой на значимых взрослых. Дальнейшее развитие и социализация ребенка зависят от возраста, в котором была начата коррекция и от социального окружения ребенка.

Поэтому при консультировании детей мы уделяем особое внимание диагностике восприятия уровней А – глубокая чувствительность и тонический ответ тела; и уровня С – в первую очередь, центральное зрение.

Для диагностики нарушений глубокой чувствительности определяется время практически любого двигательного ответа при плотном зажиме пальца ребенка (посмотрел на место зажима, потянул пальчик или т.п.). Для диагностики формирования целостности при построении тонического ответа определяется время целостного двигательного ответа при плотном зажиме пальца ребенка – все тело ребенка напрягается и он вытаскивает пальчик из руки взрослого. Для диагностики формирования опорных позно-тонических ответов тела – также используем описанную выше пробу зажима пальчика ребенка. Но здесь мы смотрим на позу ребенка при формировании общего напряжения – может ли он опираться на стопы, на колени, на таз и т.п. Т.о. мы можем определить, какие опорные поверхности своего тела может использовать ребенок при формировании тонического напряжения всего тела.

Для диагностики формирования шейных позно-тонических рефлексов мы зажимаем сразу два пальчика ребенка и следим, чтобы ребенок вытаскивал у нас сразу два пальчика вместе. Ребенок может вытащить одновременно два пальца только при включении тонической постуральной мускулатуры позвоночника («оси тела»). Со спины ребенка видно, как расслабляется и одновременно протягивается спина в области позвоночника. Для диагностики формирования вестибулярных позно-тонических рефлексов – тело ребенка вертикально, он при этом сидит или стоит; мы неожиданно наклоняем тело ребенка в сторону и смотрим, вызывает ли это изменение положения тела страх, может ли ребенок восстановить прямое положение тела, выровняв себя головой, сколько времени уходит у ребенка на выравнивание головы – приведение головы в обычное вертикальное положение.

Диагностика центрального зрения проводится врачом. Из опыта работы, по результатам выпадений, были выделены зоны зрительного восприятия по удаленности от глаз ребенка: 1 зона – то, что видит ребенок, когда лежа приподнимет голову; 2 зона – то, что видит ребенок, когда лежа приподнимается с опорой на локти; 3 зона – куда можно дотянуться рукой; или то, что видит ребенок, когда сидит; 4 зона – то, что видит ребенок, когда стоит. Внимательно исследуются во всех зонах: возможность конвергенции двух глаз на одной цели, возможность слежения за целью, обращается внимание на целостность движений слежения, возможности зрительно моторной координации - дотронуться пальцем до молоточка, следовать пальцем за молоточком, дотронуться до молоточка двумя пальцами и т.п.

Восстановление эмоционального реагирования определяли по появлению/снижению: тревожности, страхов, социальной улыбки, интонаций звучания, интонаций плача, смеха, любопытства, радости в социальных контактах и др.

При коррекционной работе по целостному восприятию своего тела у детей исчезают страхи, связанные с «отсутствием, не обнаружением себя в пространстве». При коррекционной работе, при построении целостного зрительного восприятия, исчезают признаки расщепления сознания. При коррекционной работе по восстановлению целостного зрительного и слухового восприятия всех зон, сначала уменьшаются, а затем исчезают страхи, связанные с объектами в пространстве.

Литература

1. Архипов А. Б., Максимова Е. В., Семенова Н. Е. . Нарушения восприятия себя, как основная причина формирования искаженного психического развития особых детей. Сборник статей. М.: Диалог-МИФИ, 2011.
2. Бернштейн Н. А. О построении движений. М.: Медгиз, 1947.
3. Гиппенрейтер Ю. Б. Введение в общую психологию. Курс лекций. –
4. М.: «ЧеРо», при участии издательства «Юрайт», 2002.
5. Журавлев И.В., Тхостов А.Ш. Субъективность как граница: топологическая и генетическая модели. Психол. ж., 2004, т.24, №3, 5-12.
6. Зинченко В.П. Послесловие. // Биомеханика и физиология движений. Под ред. В.П.Зинченко. М.: Издательство «Институт практической психологии», Воронеж: НПО «МОДЕК», 1997. – 608 с.
7. В. П. Зинченко, Т. С. Леви Психология телесности между душой и телом. АСТ Москва, 2007 г.
8. Меграбян А. А. Деперсонализация. Ереван: Армянское государственное

издательство, 1962.

9. Тхостов А.Ш. Психология телесности. М.: Смысл, 2002.

**Опыт использования «Поведенческого теста памяти РИВЕРМИД-3»
(«Rivermead Behavioural Memory Test – Third Edition» (RBMT-3)) в
клинике нервно-психических заболеваний**

Малкова Е.Е., Львов Д.В., Савенок Д.Н.

г. Санкт-Петербург, Россия

В клинике нервно-психических расстройств существует широкий спектр заболеваний, при которых в качестве одного из симптомов выступает нарушение памяти. Диагностика памяти является важным аспектом работы клинического психолога, поскольку именно память является одной из основных психических функций человека, при нарушении которой существенно затрудняется адаптация.

На данный момент в нашей стране существует целый ряд методик, направленных на диагностику определенных аспектов мнестической сферы. Выделяют группы экспериментально-инструментальных, патопсихологических и нейропсихологических методов, направленных на диагностику различных характеристик и видов памяти. Однако ни одна из них не дает представления о том, как проявляются нарушения памяти в повседневной жизни человека. Исходя из этого, важной и актуальной задачей отечественной клинической психодиагностики представляется введение в арсенал клинических психологов специализированного теста комплексной оценки различных компонентов мнестической сферы человека, отражающего возможности использования ее свойств в повседневной жизни.

Представляемый в нашем исследовании «Поведенческий тест памяти РИВЕРМИД-3» был создан британским профессором Барбарой Уилсон. Тест относится к группе нейропсихологических методик, направленных на оценку возможностей больных людей в повседневной жизни. Тесты такого рода существенно помогают организации эффективной реабилитации за рубежом. Тест состоит из 19 субтестов, организованных таким образом, что представляет собой не просто набор отдельно взятых методов, направленных на оценку различных аспектов памяти, а метод, целостно оценивающий мнестическую деятельность в совокупности ее элементов, неразрывно связанных между собой. Оригинальная организация заданий позволяет получить представление о том, какой именно аспект повседневной жизни страдает в большей степени,