**Принципы построения патопсихологического исследования**

Зейгарник Б. В.

Проблема метода в науке не проста. С одной стороны, применяемые методы исследования зависят от уровня развития науки, от тех принципиальных положений, теоретических, методологических установок, на которых данная область знаний базируется. С другой стороны, само развитие той или иной области знания зависит в известной мере от применяемых методов исследования. Особенно сложным становится вопрос о выборе методов, когда последние касаются решения практических задач, в том числе и задач клиники. Выбор экспериментальных приемов зависит от той задачи, которую ставит перед ним клиника (дифференциально-диагностическая, психокоррекционная, экспертная и др.).

Патопсихологическое исследование включает в себя ряд компонентов: эксперимент, беседу с больным, наблюдение, анализ истории жизни заболевшего человека (которая представляет собой профессионально написанную врачом историю болезни), сопоставление экспериментальных данных с историей жизни. Чрезвычайно важно (хотя в силу объективных обстоятельств это не всегда возможно) проводить исследование в динамике, т.е. через год—два.

Остановимся на принципах, построения патопсихологического эксперимента.

Долгое время в клиниках господствовал метод количественного измерения психических процессов, который основывался на принципах функциональной психологии. Экспериментальное исследование психических процессов сводилось к установлению лишь его количественной характеристики, точнее, к измерению отдельных психических способностей.

Принцип количественного измерения врожденных способностей был положен в основу психологических методов исследования в психиатрических и неврологических клиниках. Исследование распада какой-нибудь функции состояло в установлении степени количественного отклонения от ее "нормального стандарта".

Метод количественного измерения остается до настоящего времени ведущим в работе многих психологов за рубежом, работающих в области психиатрии. В многочисленных публикациях за последние годы, монографиях и статьях, посвященных экспериментально-психологическому исследованию больных, приводятся методы тестовых исследований вплоть до вычисления IQ.

При исследовании больных методами, направленными на измерение функций, не могут быть учтены ни особенности умственной деятельности, ни качественная сторона нарушения, ни возможности компенсации, анализ которых столь необходим при разрешении клинических задач, особенно психокоррекционных.

Путем измерения выявляются лишь конечные результаты работы, сам же ее процесс, отношение испытуемого к заданию, мотивы, побудившие его избрать тот или иной способ действия, личностные установки, желания — словом, все многообразие качественных особенностей деятельности испытуемого — не могут быть обнаружены.

Поэтому патопсихологический эксперимент направлен не на исследование и измерение отдельных процессов, а на исследование человека, совершающего реальную деятельность. Он направлен на качественный анализ различных форм распада психики, на раскрытие механизмов нарушенной деятельности и на возможности ее восстановления. Если речь идет о нарушении познавательных процессов, то экспериментальные приемы должны показать, как распадаются мыслительные операции больного, сформированные в процессе его жизнедеятельности, в какой форме искажается возможность пользования системой старых, образовавшихся в прежнем опыте связей. Исходя из того что всякий психический процесс обладает известной динамикой и направленностью, следует так построить экспериментальные исследования, чтобы они отражали сохранность или нарушение этих параметров. Результаты эксперимента должны дать не столько количественную, сколько качественную характеристику распада психики.

Разумеется, что экспериментальные данные должны быть надежны, что статистическая обработка материала должна быть использована там, где поставленная задача этого требует и допускает, но количественный анализ не должен ни заменить, ни оттеснить качественную характеристику экспериментальных данных.

Важно не только то, какой трудности или какого объема задание больной осмыслил или выполнил, но и то, как он осмыслял, чем были обусловлены его ошибки и затруднения. Именно анализ ошибок, возникающих у больных в процессе выполнения экспериментальных заданий, представляет собой интересный и показательный материал для оценки того или иного нарушения психической деятельности больных.

Один и тот же патопсихологический симптом может быть обусловлен различными механизмами, он может явиться индикатором различных состояний. Так, например, нарушения опосредованной памяти или нестойкость суждений могут возникнуть вследствие нарушений умственной работоспособности больного (как это имеет место при астениях разного органического генеза), они могут быть обусловлены нарушением целенаправленности (например, при поражении лобных отделов мозга и при некоторых формах и вариантах течения шизофрении), они могут быть проявлением дезавтоматизации действий (при сосудистых заболеваниях мозга, эпилепсии).

Характер нарушений не является патогномоничным, т.е. специфическим, для того или иного заболевания или формы его течения; он является лишь типичным для них и должен быть оценен в комплексе с данными целостного психологического исследования.

Психологическое исследование в клинике может быть приравнено к "функциональной пробе" — методу, широко используемому в медицинской практике и состоящему в испытании деятельности какого-нибудь органа. В ситуации психологического эксперимента роль "функциональной пробы" могут играть те экспериментальные задачи, которые актуализируют умственные операции, которыми пользуется человек в своей жизнедеятельности, его мотивы, побуждающие эту деятельность.

Важно подчеркнуть тот момент, что психологический эксперимент должен актуализировать не только умственные операции больного, но и его личностное отношение. Еще в 1936 г. В.Н. Мя-сищев выдвинул эту проблему в своей статье "Работоспособность и болезни личности". Он указывает, что психологическое явление может быть понято на основе учета отношения человека к работе, его мотивов и целей, отношения к самому себе, требований к себе, к результату работы и т.д. Такой подход к психопатологическим проявлениям требует, как об этом говорит В.Н. Мясищев, знания и изучения психологии личности.

Этот подход диктуется и правильным пониманием детерминации психической деятельности. Говоря о механизмах детерминации психического, С.Л. Рубинштейн подчеркивал, что внешние условия не определяют непосредственно поведение и поступки человека, что причина действует "через внутренние условия". Это означает, что суждения, действия, поступки человека не являются непосредственной реакцией на внешние раздражители, инструкцию, содержание задания, а что они опосредуются его установками, мотивами, потребностями. Эти установки складываются прижизненно под влиянием воспитания и обучения, но, сформировавшись, они сами определяют действия и поступки человека, здорового и больного.

Отношения человека связаны со структурой личности человека, с его потребностями, с эмоциональными и волевыми особенностями. Несмотря на то что последние рассматриваются психологией как процессы, они, по существу, являются включенными в структуру личности. В потребностях человека, материальных и духовных, выражается его связь с окружающим миром, людьми. Оценивая человека, мы прежде всего характеризуем круг его интересов, содержание его потребностей. Мы судим о человеке по мотивам его поступков, по тому, к каким явлениям жизни он равнодушен, по тому, чему он радуется, на что направлены его мысли и желания.

О патологическом изменении личности мы говорим тогда, когда под влиянием болезни у человека скудеют интересы, мельчают потребности, когда у него проявляется равнодушное отношение к тому, что его раньше волновало, когда действия его лишаются целенаправленности, поступки становятся бездумными, когда человек перестает регулировать свое поведение, не в состоянии адекватно оценивать свои возможности, когда меняется его отношение к себе и окружающему. Такое измененное отношение является индикатором измененной личности.

Это измененное отношение приводит не только к ослаблению работоспособности больного, к ухудшению умственной продукции, но и само может участвовать в построении психопатологического синдрома. Так, при исследовании больных артериосклерозом головного мозга отмечено, что чрезмерная фиксация на своих ошибках нередко приводила больных к преувеличенным опосредованным действиям, которые снижали умственную продукцию больных, и к чрезмерным коррекционным приемам, нарушавшим их зрительно-моторную координацию. Иными словами, отношение больного к ситуации, к себе является предметом исследования и должно быть отражено в построении эксперимента.

Патопсихологический эксперимент является, по существу, взаимной деятельностью, взаимным общением экспериментатора и испытуемого. Поэтому его построение не может быть жестким. Как бы жестка ни была инструкция, часто один жест или взгляд экспериментатора, его мимика могут изменить ситуацию эксперимента, отношение больного, а это означает, что и его действия могут измениться неосознаваемо для самого испытуемого. Иными словами, ситуация патопсихологического эксперимента — это отрезок реальной жизни, именно поэтому данные патопсихологического исследования могут быть использованы при решении вопросов реальной конкретной жизни, вопросов, касающихся судьбы реальных людей; это вопросы, правильное решение которых оздоровляет, а иногда и охраняет наше общество (например, участие в психолого-психиатрической, судебной, воинской и трудовой экспертизах).

Особое значение приобретают описанные характеристики патопсихологического эксперимента при рекомендации психокоррекционных мероприятий.

Следует остановиться еще на одной особенности патопсихологического эксперимента. Его строение должно дать возможность обнаружить не только структуру измененных, но и оставшихся сохранными форм психической деятельности больного. Необходимость такого подхода особенно важна при решении вопросов восстановления нарушенных функций.

Для того чтобы психологический эксперимент мог выявить сохранные звенья измененной психической деятельности больного, он должен быть направлен не только на обнаружение результативной стороны деятельности больных, не только на анализ окончательной продукции. Построение экспериментальных приемов должно предоставить возможность учитывать поиски решений больного. Более того, строение психологического эксперимента должно дать возможность экспериментатору вмешаться в "стратегию" эксперимента, чтобы обнаружить, как больной воспринимает "помощь" экспериментатора, может ли он ею воспользоваться.

Необходимо отметить еще раз особенности, которые отличают эксперимент в клинике от эксперимента, направленного на решение вопросов общепсихологического порядка.

Основное отличие заключается в том, что мы не всегда можем предвидеть своеобразие отношения больного к опыту, зависящее от его болезненного состояния. Наличие бредового отношения, возбуждения или заторможенности — все это заставляет экспериментатора иначе строить опыт, иногда менять его на ходу.

При всех индивидуальных различиях здоровые испытуемые стараются выполнить инструкцию, "принимают" задание, между тем как психически больные иногда не только не стараются выполнить задание, но и превратно толкуют опыт или активно противостоят инструкции. Например, если при проведении ассоциативного эксперимента со здоровым человеком экспериментатор предупреждает, что будут названы слова, в произношение которых он должен вслушаться, то здоровый испытуемый активно направляет cвое внимание на произносимые экспериментатором слова. При проведении же этого эксперимента с негативистичным больным часто возникает противоположный эффект: экспериментатор вынужден проводить эксперимент как бы "обходным путем", произнося слова как бы невзначай и регистрируя реакции больного. Нередко приходится экспериментировать с больным, который бредовым образом интерпретирует ситуацию опыта: например, считает, что экспериментатор действует на него "гипнозом", какими-то "лучами". Естественно, что такое отношение больного к эксперименту сказывается в способах выполнения задания: он часто выполняет просьбу экспериментатора умышленно неправильно, отсрочивает ответы и др. В подобных случаях построение эксперимента также должно быть изменено.

Построение экспериментально-психологического исследования в клинике отличается от обычного психологического эксперимента еще одной особенностью: многообразием, большим количеством применяемых методик. Объясняется это следующим. Процесс распада психики не происходит однослойно. Практически не бывает так, чтобы у одного больного нарушались только процессы синтеза и анализа, а у другого — страдала бы исключительно целенаправленность личности. При выполнении любого экспериментального задания можно в известной мере судить о различных формах психических нарушений. Однако, несмотря на это, не каждый методический прием позволяет с одинаковой очевидностью, четкостью и достоверностью судить о той или иной форме или степени нарушения.

Очень часто изменение инструкции, какой-нибудь экспериментальный нюанс меняют характер показаний эксперимента. Например, если в опыте на запоминание и воспроизведение слов экспериментатор подчеркивает значимость своей оценки, то результаты этого эксперимента будут более показательны для оценки процесса запоминания. А так как в ситуации эксперимента с больным человеком все течение опыта по необходимости часто меняется (хотя бы потому, что меняется состояние больного), сопоставление результатов различных вариантов эксперимента становится обязательным. Такое сопоставление необходимо еще и по другим основаниям. Выполняя то или иное задание, больной не только правильно или ошибочно его решает: решение задания часто вызывает осознание своего дефекта, поэтому больные стремятся найти возможность компенсировать его, найти опорные пункты для исправления дефекта. Разные задания представляют различные возможности для этого. Часто бывает так, что больной правильно решает более трудные задания и не в состоянии решить более легкие. Разобраться в природе такого явления возможно только при сопоставлении результатов различных заданий.

Следует отметить, что нарушение психической деятельности больного бывает часто нестойким. При улучшении состояния больного некоторые особенности его мыслительной деятельности исчезают, другие остаются резистентными. При этом характер обнаруживаемых нарушений может изменяться в зависимости от особенностей самого экспериментального приема; сопоставление результатов различных вариантов какого-нибудь метода, при этом многократно применяемого, дает право судить о характере, качестве, динамике нарушений мышления больного. Поэтому тот факт, что при исследовании распада психики часто приходится не ограничиваться одним каким-нибудь методом, а применять комплекс методических приемов, имеет свой смысл и свое обоснование.

Принципы обучающего эксперимента, в котором учитываются реакция больного на подсказки, возможность регламентации подсказок, применимы и при исследовании взрослых психически больных.

Следует учесть еще одну особенность патопсихологического исследования. Дело в том, что само психологическое, да и любое исследование в условиях психоневрологического учреждения неминуемо означает для больного ситуацию некой "экспертизы". Поэтому психологу приходится в своем заключении оперировать системой понятий, характеризующих личность больного в целом (его мотивы, целенаправленность, самооценка и др.). Однако это не исключает отказа от характеристики отдельных процессов. Но эта характеристика углубляется анализом общего состояния больного.

Очень важен вопрос интерпретации полученных данных, в основе которой лежит та или иная теоретическая концепция. Например, больной обнаруживает плохую память: это можно интерпретировать как результат сосудистых заболеваний, но это может быть и проявлением снижения мотивационной активности, как это наблюдается у больных шизофренией. Интерпретация же проводится на основании системного анализа.

Важно, не сколько раз больной ошибался, а как он отнесся к оценке экспериментатора, критически ли оценил поправку, поощрение или порицание экспериментатора. Поэтому нередко анализ оказывается продуктивным для интерпретации состояния больного.

Психологов, работающих с больными, часто упрекают в том, что их методики не всегда стандартизированы, что они субъективны. В связи с этим хочется вспомнить слова Л.С. Выготского: "Чрезмерная боязнь так называемых субъективных моментов в толковании и попытки получить результаты наших исследований чисто механическим, арифметическим путем, как это имеет место в системе Бине, являются ложными. Без субъективной обработки, т.е. без мышления, без интерпретации, расшифровки результатов, обсуждения данных, нет научного исследования".

Сказанное не должно быть понято как отрицание статистической выверенности результатов эксперимента. Для многих вопросов прикладной психологии это необходимо. Речь идет о том, что при решении практических задач клиники, таких, как трудовая или судебная экспертиза, как решение, в какой школе должен учиться данный ребенок с аномальным развитием, исследование психолога должно носить индивидуальный характер.

Резюмируя, можно сказать, что предъявленный испытуемому реальный отрезок деятельности, реплики экспериментатора вызывают столь же реальное переживание, определенное эмоциональное состояние испытуемого. Иными словами, психологическое исследование обнажает реальный пласт жизни больного.

Поэтому программа исследования больного в психиатрической практике не может быть принципиально единообразной, стандартной, она зависит от клинической задачи (научной или практической). Например, при необходимости дифференциально-диагностического отграничения шизофрении от шизофреноподобных картин при органических заболеваниях ЦНС основное внимание будет уделено выявлению особенностей расстройств мышления (методом "классификации предметов", пиктограммы, сравнения понятий), с одной стороны, а также характеристике работоспособности (пробы "на совмещение", "отыскивание чисел" и др.) — с другой.

Совсем другие методы являются адекватными при отграничении сосудистой деменции от деменции при болезнях Пика, Альцгеймера, т.е. атрофических процессах. В этих случаях применяются пробы, выявляющие нарушения навыков письма, счета, праксиса, нейропсихологические методики.

**Беседа психолога с больным.**

Мы уже говорили о том, что психологическое исследование включает и беседу с больным, которую часто называют "направленной", "клинической". Проще ее назвать "беседа с испытуемым", в данном случае — с больным испытуемым.

Беседа состоит из двух частей. Первая часть — это беседа в узком смысле этого слова, когда экспериментатор разговаривает с больным, не проводя еще никаких экспериментов, т.е. беседа осуществляется до экспериментальной работы с больным и после эксперимента.

Вторая часть беседы — это беседа во время эксперимента. Эксперимент, как мы отмечали, всегда предполагает общение с больным. Оно может быть вербальным, т.е. экспериментатор что-то говорит испытуемому, указывает, подсказывает, хвалит или, наоборот, порицает. Но эта "беседа" может быть и в невербальном плане: своей мимикой экспериментатор показывает больному, хорошо или плохо он делает. Экспериментатор может пожать плечами или нахмурить брови, удивленно посмотреть, улыбнуться, т.е. в зависимости от обстоятельств (это тоже вид общения).

Остановимся на тех вопросах, которые касаются беседы в более узком плане. Прежде всего, беседа не может быть проведена "вообще". Она всегда зависит от поставленной задачи. Задача ставится большей частью лечащим врачом. Врач просит посмотреть экспериментально такого-то больного, ему не ясен диагноз. Или, наоборот, этот больной находится в стационаре для прохождения экспертизы: трудовой, воинской, судебной. Или врач хочет знать, каково влияние психофармакологических средств, которые принимает данный больной? В этих случаях он ставит перед психологом определенную практическую задачу. Соответственно этой задаче проводится эксперимент, т.е. психолог выбирает стратегию своих действий и беседы в зависимости от поставленной задачи. Это первое. Но нередки случаи, когда врач (если это еще не опытный врач) не ставит перед психологом конкретную задачу. Порой врач просит психолога посмотреть именно этого "очень сложного больного". Задача не поставлена, и психологу в этом случае следует особенно тщательно изучить историю болезни, чтобы понять, какая перед ним стоит задача. Но для этого надо уметь читать историю болезни, иметь необходимые знания в области клиники. Поэтому студентам, которые специализируются по медицинской психологии, читают курсы лекций по психиатрии, неврологии, клинической психотерапии.

Прочтя историю болезни, психолог решает, для чего нужно "проводить эксперимент", "узкую беседу". Следует подчеркнуть, что прежде всего в ней не должны повторяться вопросы врача, т.е. не следует задавать такие вопросы, которые ставил врач и которые уже отражены в истории болезни. Психолог не должен собирать анамнез, он есть в истории болезни. Если же в данной истории болезни этого нет, то следует вместе с лечащим врачом собрать анамнез.

Не следует начинать свою беседу с больным с вопросов: бывает ли у него бред, есть ли галлюцинации? Если во время беседы он сам заговорит об этом, то тогда следует об этом с ним поговорить.

Второе. Необходимо очень тонко подойти к вопросу о его состоянии. Если больной депрессивен, и это известно из истории болезни, тоже не следует начинать разговор о его депрессии, надо начинать разговор издалека, например спросить: как он себя сегодня чувствует? Не трудно ли будет ему сегодня поработать, потому что вы хотите проверить его память?

И если больной или больная отвечают: "Мне всегда плохо, мне не до того, мне не хочется этого делать, мне вообще ничего не хочется", тогда можно спросить, как бы продолжая их мысль: "А что, вы всегда ничего не делаете? А как вы проводите время? Что вы делаете?" И тогда больной понемногу начнет раскрываться перед вами. Не следует спрашивать его, когда у него худшее настроение: утром или вечером? Это обязан спрашивать врач. Психолог должен это делать только "окольным" путем. Но самое главное, надо знать и всегда помнить, для чего послан к психологу данный больной-испытуемый. Это касается не только больного человека, это касается и бесед, которые психолог проводит с нормальным, здоровым человеком для исследования, например, логических способностей.

Далее, всегда в своей беседе психолог должен учитывать отношение больного к ситуации эксперимента, к экспериментатору. Необходимо знать преморбидные особенности больного, т.е. те особенности, которые были свойственны данному человеку до его заболевания (сведения опять-таки из истории болезни, а не от больного). Другое дело, когда перед психологом стоит какая-нибудь научная задача и он должен в рамках этой научной проблематики беседовать с родителями больного, сослуживцами, когда это возможно. Но это уже другой вопрос, сейчас речь идет о беседе в условиях практической работы психологов. Очень часто больной понимает, что то исследование, которое будет проводиться, имеет отношение к постановке диагноза, к смене лекарств, к вопросу о выписке. И конечно, больному обязательно надо постараться внушить, что проводимая с ним работа — это очень серьезное и важное дело. Нужно объяснить больному, что это один из частных моментов его пребывания в клинике, что ему это не повредит, т.е. всячески показать в беседе, что то, о чем будет идти речь, важно для его судьбы.

Иногда больной приходит к психологу очень хмурый, недовольный. И тогда надо спросить примерно так: "Как вы себя сегодня чувствуете? Что-то вы бледны немного, не болит ли у вас голова?" И больной может вам в ответ рассказать, что дело не в том, что болит голова, а в том, что у него плохое настроение. Здесь-то и может произойти завязка разговора. Такая беседа очень важна для анализа самооценки больного, его самоконтроля, для понимания его критичности.

Например, из истории болезни выяснилось, что этот больной занимал в прошлом высокое положение, руководил другими людьми или был известным актером, а сейчас общается (это отмечено в истории болезни) только со слабоумными алкоголиками, другими слабоумными больными. И тогда не следует его спрашивать:

"Почему вы общаетесь с этими алкоголиками?" А следует спросить совсем иначе: "Вас не тяготит пребывание в больнице? Как вы себя чувствуете в отделении? Много ли людей в вашей палате? Они вас не беспокоят?" Здесь интересен ответ. Иногда больной отвечает:

"Нет, что вы. Наоборот, вот здесь-то я и нашел своих лучших друзей" (и называет вам имена слабоумных алкоголиков). И вы не удивляетесь: "Ну, а почему вам именно с ними интересно общаться?" В зависимости от его ответа, должен быть поставлен и ваш вопрос. Иногда вы можете спросить у него: "Скажите, пожалуйста (и назовите определенного больного), мне кажется, он интересный человек? Вы с ним никогда не разговаривали?" И вы увидите, что он ответит. В этом ответе явно выступит критичность по отношению к больным, которая в определенной степени характеризует состояние этого больного в данном аспекте.

У больного надо спросить: читает ли он, что читает, приносят ли ему из дома книги, какие? Здесь можно завязать разговор о том, почему он любит такого-то автора? Или можно завязать с ним разговор о театре. Здесь выяснится, сниженным ли стало его представление. Или, наоборот, в профессиональном плане он остался на высоте, хотя в отделении общался только с больными-алкоголиками и сам болен хроническим алкоголизмом.

Иногда из истории болезни можно видеть очень непонятную даже для врача картину. Приведу в пример одного больного. Этот больной был высококультурным человеком с гуманитарным образованием, с ним можно было прекрасно поговорить об искусстве, живописи. Но в то же время его поведение отличалось отсутствием самоконтроля, что выражалось в аморальных поступках. И тогда именно беседа навела на мысль о том, что поставленный диагноз не верен. Предполагалось, что это прогрессивный паралитик, так как нарушены критичность и самоконтроль. Но беседа психолога позволила врачу предположить, что в данном случае — диагноз "шизофрения", что впоследствии и подтвердилось данными исследования его познавательной деятельности. Результаты эксперимента выявили и чрезвычайную скудость его эмоций, обеднение смыслообразующих мотивов.

Но самое главное, и беседа, и эксперимент должны содержать элементы деонтологии. Например, если больной плохо решает задачи (допустим, что беседа происходит в конце эксперимента), то вы должны с ним побеседовать и ободрить, сказав, что "вы сделали такие-то и такие-то ошибки. Но в общем их у вас было не очень много", или что больной "плохо решал задачу, но все-таки довел ее до конца, использовав подсказку, и это естественно. Так бывает и у здоровых людей". Элементы психотерапевтического отношения всегда должны присутствовать. Но это не сеанс истинной психотерапии, где существуют особые приемы, и это не должно превратиться в соболезнование.

Когда проводить беседу с больным: в начале лечения ли в конце? Нет рецептов. С соматическими больными легче разговаривать после операции. А вот с психически больными и do и после лечения. Если психологу необходимо помочь врачу установить диагноз, тогда лучше проводить ее до эксперимента; если же больной послан с целью экспертизы, то надо проводить беседу и до и после, потому что очень часто этот момент экспертизы исчезает во время эксперимента, и вы можете потом в беседе учесть это.

Случается, что больной старается получить перевод на инвалидность, и здесь проявляется момент диссимуляции. Так, не решив задачу, говорит: "Вот видите, видите, я все-таки не решил, я все-таки не смог этого сделать". Здесь вы как экспериментатор сохраняете молчание, не уговариваете продолжать решение и потом, как бы невзначай, предлагаете ему очень интересную задачу. Больной вдруг увлекается и прекрасно ее решает. Тогда в самом конце эксперимента вы проводите беседу и говорите примерно так: "Вот видите, было действительно трудно, это правильно, у вас немного снижен объем памяти, но это не так уж плохо. Ведь сложную задачу, которую большинство плохо решало, вы решили, значит, вы молодец. Вам, вероятно, надо собраться, немножко полечиться, и, конечно, врачи помогут вам в этом". Такая беседа тоже носит в данном случае не психотерапевтический, а коррекционный характер, она изменяет установку больного.

В беседе — и это главное — необходимо убедить больного в том, что дело не только во враче и не только в лекарствах, но и в нем самом: своим поведением, своим отношением, выполнением того, что от него требуется, он содействует своему излечению.

Перейдем ко второй части беседы — беседы во время эксперимента, или общению с больным во время эксперимента.

Эксперимент всегда является до некоторой степени "экспертизой", и не только для больного человека. Даже если здоровый человек участвует в качестве испытуемого в ситуации, где исследуются восприятие, скорость реакции, нюанс "экспертизы" существует. Здоровый человек тоже не знает, какие цели у экспериментатора. Справился он с задачей или не справился? Вот этот момент очень важно учесть. Экспериментатор всегда беседует с больным, если, например, решается задача Выготского—Сахарова или Дункера и больной открыл вам неправильную фигурку, можно ему сказать: "Нет, это не совсем так. Сравните открытую фигурку с образцом". И вы должны записать (это касается и здорового человека), что ответил больной на ваше замечание, на вашу подсказку. Бывает, что испытуемый не обращает внимания на то, что вы ему говорите. Тогда его можно остановить: "Видите, я вам подсказал, почему вы не обратили на это никакого внимания? Ведь я об этом не зря сказал, это очень интересно!" И здесь очень важен ответ больного — один скажет: "простите, я был невнимателен", а другой ответит: "а я хочу по-своему решать", и все это необходимо зафиксировать. Но бывают больные с большим самомнением, которые хотят показать себя особенно ярко. Если экспериментатор подсказывает, испытуемый должен вслушиваться в то, что ему говорят. Это тоже есть момент исследования, момент общения с больным. Иногда наблюдаются больные-психопаты, которые очень бурно реагируют на то, что вы в эксперименте подаете ему игрушки: "Что за кубики вы мне даете? Это все ерунда! Разве это может что-нибудь показать?" Вы отвечаете: "Нет, это не игрушки". И здесь психолог должен дать убедительный ответ о серьезности и важности задач, решаемых с помощью данного инструментария, и т.д. Иногда необходимо снизить чрезмерную самоуверенность больного. Это можно сделать с помощью мимики, жестов. Поведение экспериментатора зависит от поведения испытуемого и от конкретной дифференциально-диагностической задачи относительно данного испытуемого. Здесь возможны варианты: и подбадривание, и похвала, и, наоборот, критика

Реакция больного на подсказки экспериментатора, на его мимику — все должно быть отражено в протоколе исследования. Затем все это сопоставляется, если речь идет о больном человеке, с теми данными, которые уже есть в истории болезни, и с теми данными, которые получены с помощью эксперимента. Именно комплексный характер исследования поможет изменить или установить правильный диагноз и назначить правильное лечение.

Наблюдение. Выше мы говорили, что экспериментальное пато-психологическое исследование включает и наблюдение за больным, его поведением, мимикой. Наблюдение при этом не должно носить навязчивого характера. Следует обратить внимание на то, как больной реагирует на замечания экспериментатора, на неудачное или удачное выполнение задания, доволен ли он своим успехом или относится к нему равнодушно. Особенно важно отметить, критически ли он относится к допускаемым ошибкам, контролирует ли он свои действия.

Наблюдение в патопсихологическом исследовании является не отдельным, а дополняющим экспериментальным приемом; оно включено в структуру самого эксперимента. Экспериментатор и испытуемый являются связанными общением в ситуации эксперимента как реального пласта жизни. Поэтому и наблюдение, и беседа включены в эту реальную структуру.