

Филиал ГБОУ ВПО "Ставропольский государственный педагогический институт" в г. Буденновске

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

детей и подростков





**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ
СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ**

**Филиал государственного бюджетного образовательного учреждения
высшего профессионального образования
«СТАВРОПОЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ
ИНСТИТУТ»
в г. Будённовске**

**КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ
детей и подростков**

Учебно-методическое пособие для студентов

Буденновск 2014 г.

УДК 159.9(075.8)

Учебное пособие рекомендовано к изданию кафедрой специальной педагогики и психологии.

Автор-составитель: к.пс.н. М.А. Аكوпова

Рецензент: к. пед наук. Салахутдинова Е.С.

Клиническая психология детей и подростков: Учебно-методическое пособие. — Буденновск, 2000. - 210 с.

Учебно-методическое пособие разработано для студентов психолого-педагогического факультета, обучающихся по специальности 050400.62 Психолого-педагогическое образование. Пособие включает в себя разработки, рекомендации и материалы, способствующие успешной подготовке студентов очного и заочного отделения к занятиям по дисциплине «Клиническая психология детей и подростков».

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	5
Содержание разделов и тем дисциплины.....	8
Методические рекомендации при работе с лекционным материалом.....	10
Лекция 1.....	11
Лекция 2.....	23
Лекция 3.....	38
Лекция 4.....	46
Лекция 5.....	54
Лекция 6.....	76
Лекция 7.....	105
Лекция 8.....	133
Методические рекомендации студентам по самостоятельной работе при подготовке к семинарским занятиям.....	148
Методические разработки практических занятий.....	152
Методические рекомендации студентам по изучению рекомендованной литературы.....	157
Список рекомендованной литературы.....	157
Методические рекомендации по подготовке рефератов для студентов очной формы обучения.....	159
Примерная тематика рефератов.....	160
Методические разъяснения студенту по содержанию текущего и промежуточного контроля.....	161
Образцы тестовых заданий.....	162
Примерный перечень вопросов к зачёту.....	169
Глоссарий.....	171

ПРИЛОЖЕНИЕ

Введение

Клиническая психология является одной из ведущих областей современной психологии, которая характеризуется тесной связью развития фундаментальных теоретических основ с их прикладным внедрением и активным практическим использованием в решении широкого круга задач охраны и укрепления здоровья населения. Клиническая психология детей и подростков представляет собой часть клинической психологии и является междисциплинарной областью знаний и практической деятельности. Область научно-практической деятельности «Клиническая психология детей и подростков» в настоящее время является интенсивно разрабатываемой и востребованной в системе образования, здравоохранения и социальной защиты.

Учебный курс «Клиническая психология детей и подростков», входит в базовую часть профессионального цикла подготовки бакалавров по направлению 050400 — Психолого-педагогическое образование, ориентирован на изучение психических факторов, влияющих на развитие болезней, их профилактику и лечение у детей и подростков; изучение влияния тех или иных болезней на психику детей и подростков; изучение психических проявлений различных болезней в их динамике у детей и подростков; изучение нарушений развития психики; изучение характера отношений детей и подростков с персоналом и окружающей средой у детей и подростков; разработка принципов и методов психологического исследования в клинике; создание и изучение психологических методов воздействия на психику детей и подростков в лечебных и профилактических целях. Преподавание и изучение учебной дисциплины осуществляется в виде лекций, практических занятий и самостоятельной работы студентов. При этом особое внимание уделяется рассмотрению сложных и узловых вопросов курса, стимулированию активной познавательной деятельности и

формированию творческого мышления студентов. В лекциях раскрываются методологические и теоретические основы курса.

Цели учебной дисциплины:

- формирование основных представлений о клинических нарушениях психического здоровья у детей и подростков;
- освоение клинико-психологических методов диагностики этих расстройств;
- обеспечение участия специалиста в психолого-педагогическом сопровождении детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья в коррекционном и инклюзивном образовании;
- осуществление психологического просвещения педагогов и родителей по вопросам психического здоровья детей и подростков.

Учебные **задачи** дисциплины «Клиническая психология детей и подростков»:

- формирование представлений о фундаментальном, прикладном и междисциплинарном характере клинической психологии детей и подростков, ее вкладе в разработку теоретических проблем общей психологии, теорию и практику медицины и здравоохранения;
- ознакомление с основными разделами клинической психологии; формирование базовых представлений о теоретических и практических задачах клинической психологии; понимание соотношения клинической психологии со смежными психологическими и медико-биологическими дисциплинами;
- ознакомление с основными направлениями деятельности детского клинического психолога; ознакомление с основными методами клинической психологии;
- формирование представлений о нарушениях психической деятельности при различных психических, поведенческих и соматических заболеваниях

- формирование знаний о различных видах психологического вмешательства (психологическое консультирование, психотерапия, психосоциальная реабилитация) при работе с различными контингентами детей.

Учебно-методическое пособие дисциплины «Клиническая психология детей и подростков» разработано для студентов психолого-педагогического факультета, обучающихся по специальности 050400.62 Психолого-педагогическое образование и определяется Федеральным государственным образовательным стандартом высшего профессионального образования.

Содержание разделов и тем дисциплины

№ п/п	Наименование разделов и тем дисциплины	Содержание разделов и тем дисциплины
1.	Раздел 1. Общие вопросы клинической психологии детского возраста	
1.1.	Общие представления о клинической психологии	История клинической психологии как науки. Объект, предмет и задачи клинической психологии. Основные разделы клинической психологии
1.2.	Предмет и задачи клинической психологии детского и подросткового возраста	История, основные разделы, предмет и содержание клинической психологии детей и подростков.
1.3.	Методы клинической психологии	Принципы диагностической работы клинического психолога. Методы патопсихологического обследования. Методы нейропсихологического обследования
2.	Раздел 2. Патопсихология детского возраста	
2.1.	Виды нарушенного психического развития	Типы классификаций психического дизонтогенеза. Классификация типов дизонтогенеза по В.В. Лебединскому. ОПН. ЗПР. Поврежденное психическое развитие. Дефицитарное психическое развитие. Искаженное психическое развитие. Дисгармоническое психическое развитие.
2.2.	Возрастная специфика проявления расстройств психического здоровья	Уровни возрастного реагирования на воздействие негативных факторов, этиология и патогенез дизонтогенеза Возрастная специфика в патопсихологии. Закономерности психического развития в норме и патологии
3.	Раздел 3. Детская нейропсихология.	
3.1.	Нейропсихология детского возраста: основные закономерности и принципы	Принципы нейропсихологии детского возраста. Формирование межполушарных взаимодействий в онтогенезе
3.2.	Нейропсихологическая синдромология отклоняющегося развития	Функциональная несформированность отделов головного мозга. Функциональная дефицитарность отделов головного мозга
4.	Раздел 4. Детская психосоматика	

4.1	Особенности психосоматических расстройств у детей и подростков	Проблемы психосоматики. Общая характеристика психосоматических расстройств у детей и подростков. Частные проявления психосоматических расстройств у детей и подростков.
5.	Раздел 5. Психотерапия и психологическая коррекция при нарушенном развитии	
5.1.	Базовые задачи, принципы и средства психологической коррекции детей и подростков в клинической психологии.	Определение психотерапии и психологической коррекции. Принципы психологической коррекции. Классификация видов психологической коррекции. Теоретические модели психологической коррекции.

Методические рекомендации при работе над конспектом лекций во время проведения лекции

В ходе лекционных занятий необходимо вести конспектирование учебного материала. Обращать внимание на категории, формулировки, раскрывающие содержание тех или иных явлений и процессов, научные выводы и практические рекомендации, положительный опыт в ораторском искусстве. Желательно оставить в рабочих конспектах поля, на которых делать пометки из рекомендованной литературы, дополняющие материал прослушанной лекции, а также подчеркивающие особую важность тех или иных теоретических положений. Задавать преподавателю уточняющие вопросы с целью уяснения теоретических положений, разрешения спорных ситуаций.

В ходе подготовки к семинарам изучить основную литературу, ознакомиться с дополнительной литературой, новыми публикациями в периодических изданиях: журналах, газетах и т.д. При этом учесть рекомендации преподавателя и требования учебной программы. Дорабатывать свой конспект лекции, делая в нем соответствующие записи из литературы, рекомендованной преподавателем и предусмотренной учебной программой. Подготовить тезисы для выступлений по всем учебным вопросам, выносимым на семинар. Составить план-конспект своего выступления. Продумать примеры с целью обеспечения тесной связи изучаемой теории с реальной жизнью. Своевременное и качественное выполнение самостоятельной работы базируется на соблюдении настоящих рекомендаций и изучении рекомендованной литературы. Студент может дополнить список использованной литературы современными источниками, не представленными в списке рекомендованной литературы, и в дальнейшем использовать собственные подготовленные учебные материалы при написании курсовых и дипломных работ.

Лекция 1. Общие представления о клинической психологии (2 ч.)

1. История зарождения и становления клинической психологии.
2. Предмет, объект и структура клинической психологии.
3. Сфера приложения клинической психологии.

1. История зарождения и становления клинической психологии.

В истории зарождения и становления клинической психологии принято выделять следующие предпосылки:

- 1- психологические исследования французских и русских психиатров на модели «эксперимента, поставленного природой» (Рибо) конца 19 века;
- 2- возникновение психологии как экспериментальной науки (лаборатория В.Вундта и открытие в России психологических лабораторий);
- 3- развитие пато- и нейропсихологических исследований в нашей стране.

Психологические исследования французских и русских психиатров конца 19 века.

Во второй половине XIXв. - до появления психологических лабораторий и какое-то время наряду с ними - эмпирические исследования психологической тематики проводились врачами-психиатрами. Аномальное состояние психики, вызванное болезнью, гипнозом или наркотическими веществами, рассматривалось как своего рода “природный эксперимент”. Основоположниками подобных исследований были французские психиатры и психологи; ее идеологию разработали Т. Рибо и И. Тэн. Эмпирическими исследованиями в этом духе занимались парижский невропатолог *Ж.-М. Шарко* (1825 - 1893) и его последователи - А. Бине, П. Жане, Ш. Рише и другие. На своих лекциях в Сальпетриере, собиравших самую разнообразную публику, от студентов до бомонда, Ж.-М. Шарко демонстрировал потрясающие опыты с пациентками, больными истерией.

В то время казалось, что исследования не только гипноза, но и медиумических феноменов - телепатии, ясновидения и проч., будучи обставлены научно, могут пролить свет на механизмы психики. Размежевываясь со спиритизмом и оккультизмом, в которых феномены

объяснялись на основе мистических, сверхъестественных сил, многие ученые с мировым именем занимались медиумическими опытами, пытаясь дать им естественнонаучную интерпретацию: так, членами-корреспондентами английского Общества психических исследований (основано в 1882 г.) были Т. Рибо, И. Тэн, П. Жане, В. Джемс, Ш. Рише и другие. Исследованием “исключительных случаев” - таких, например, как уникальные способности, - занимался *А. Бине*.

Таким образом, самое большое доверие психологов-естествоиспытателей вызывал “эксперимент, поставленный природой”

Во второй половине XIX в. научные методы стали привычным инструментом в исследованиях психических явлений, особенно в 70-х - 80-х гг. В 1879 г. в Лейпциге *Вундтом* была организована первая в мире экспериментально-психологическая лаборатория. Вундт стал основоположником психологии как формальной академической дисциплины. В Германии *Крепелин* внедрил в психиатрическую клинику психологический эксперимент уже в начале 90-х гг. XIX в. Ассоциативный эксперимент в диагностических целях широко использовал швейцарский психиатр *Блейлер*, внимательно следивший за успехами экспериментальной психологии, теоретическими взглядами на происхождение неврозов *Фрейда*.

В первой трети XX в. в психологии произошел разрыв между развивающимися эмпирическими и прикладными исследованиями в психологии и теоретико-методологическими основаниями психологической науки, особенно субъективно-идеалистического представления о психике. Период открытого кризиса в психологии продолжался до середины 30-х гг. XX в.

Естественно, что первыми в России клиническую психологию взяли на вооружение психиатры. Патопсихологические исследования вели С.С. Корсаков, И.А. Сикорский, В.М. Бехтерев, В.Ф. Чиж и другие психиатры.

Экспериментально-психологические лаборатории по примеру лейпцигской лаборатории В. Вундта распространились по Европе и Америке

(в 1894 г. их насчитывалось уже 32). Волна лабораторного строительства быстро докатилась до России, подготовленная соответствующими публикациями: переводами, обзорами и оригинальными исследованиями в этой области русских авторов.

В.М.Бехтерев (1857 – 1927) являлся основоположником патопсихологического направления в России. Первая психологическая лаборатория в нашей стране была основана им в 1885 г. при психиатрической клинике Казанского университета. Видную роль в отечественной экспериментальной психологии сыграл ученик В.М.Бехтерева *А.Ф.Лазурский*, заведующий психологической лабораторией в основанном В.М.Бехтеревым

С.С. Корсаков (1854 - 1900), один из основоположников московской школы психиатрии, придерживался того мнения, что знание основ психологической науки дает возможность правильного понимания распада психической деятельности душевнобольного человека. Он начинал чтение курса психиатрии с изложения основ психологии.

Итак, связи психологии с медициной в нашей стране стали оформляться около 100 лет назад. Первые в России психологические лаборатории были устроены в психиатрических клиниках. Там проводились как клинические, так и для лабораторные (в вундтовском смысле слова) исследования. Курс экспериментальной психологии впервые стал читаться также преподавателями кафедр нервных и душевных болезней.

Первые нейропсихологические исследования в нашей стране начали проводиться в 20-х гг. *Л. С. Выготским*.

В периоде открытого кризиса в Советской России силами ведущих ученых закладывалась новая методология психологии на основе марксизма

В 30-40-е гг. XX в. в результате методологических, теоретических, экспериментальных и прикладных исследований, в тяжелых условиях строжайшего политического контроля, возникли первые исходные и очень разные варианты теории деятельности, разработанные Рубинштейном,

Леонтьевым, Тепловым, Ананьевым. Мясищев начинает разработку одной из приоритетных в отечественной психологии концепций - психологию отношений.

Начиная с середины 60-х гг. XX в. после создания в 1965 г. в МГУ Факультета психологии и кафедры пато- и нейропсихологии, а в 1966 г. в ЛГУ Факультета психологии и специализации по медицинской психологии и введения курса медицинской психологии в медицинских вузах нашей страны, интерес к этой области знаний неуклонно возрастал.

Первым заведующим кафедрой нейро- и патопсихологии МГУ был профессор *Александр Романович Лурия* (1902 - 1977) - основоположник нейропсихологии в СССР. С историей становления кафедры нейро- и патопсихологии неразрывно связано имя профессора *Блюмы Вульфовны Зейгарник* (1900-1988). Вокруг дисциплины, возникшей на границах психологии и медицины, начались острые дискуссии. Они касались предмета, содержания, объема деятельности медицинского психолога, а также организации, подготовки кадров, взаимоотношения врача и психолога, в особенности психолога и врача-психотерапевта в диагностическом и лечебном процессе.

Сегодня клиническая психология является самой популярной из прикладных отраслей психологической науки.

2. Предмет, объект и структура клинической психологии.

Клиническая психология – одно из ведущих и наиболее интенсивно развивающихся направлений современной психологии. Вместе с тем, клиническая психология является не только фундаментальной наукой, но и областью профессиональной деятельности психологов, направленной на повышение психических ресурсов человека и его адаптационных возможностей, на гармонизацию психического развития, охрану здоровья, преодоление недугов и психологическую реабилитацию.

Термин «клиническая психология» предполагает связь психологии с клинической практикой, с медициной.

Существует ряд родственных терминов, по поводу которых в литературе ведутся дискуссии.

Так, в обширном литературном обзоре, представленном Р. Конечным и М. Боухалом (1983), разграничиваются многие термины и понятия, определяющие связи психологии и медицины. Они пишут о том, что психология здравоохранения (психология в здравоохранении) является более широким «высокостоящим понятием», основной, структурной частью которого является клиническая психология. Клиническая психология при этом понимается, как «теоретическая и практическая аппликация психологических сведений и методов в области клинической медицины». При этом отмечается, что если медицинскую психологию понимать, как психологию в медицине, во врачебном деле, и если медицину понимать во всей ее широте, то можно, в сущности, идентифицировать медицинскую психологию (психологию в медицине) с клинической психологией. Но психологию врача отождествлять с психологией в медицине не следует, т. к. она является отраслью психологии труда.

Поляков в статье «Здравоохранение и задачи психологии» (1984) определяет эту область как теоретически разработанную область психологической науки, внедрившуюся в практику и служащую решению широкого круга задач здравоохранения. Б. Д. Карвасарский (2002) говорит о том, что клиническая психология в Российской Федерации получила значительное развитие как самостоятельная немедицинская область в рамках системы здравоохранения, специальность «клиническая психология» (022700) утверждена министерством образования в 2000 г. (приказ № 686). Ссылаясь на государственный образовательный стандарт, Карвасарский определяет клиническую психологию, как «специальность широкого профиля, имеющая межотраслевой характер и участвующая в решении комплекса задач в системе здравоохранения, народного образования и социальной помощи населению».

Следует отметить, что в России долгое время был принят термин «медицинская психология», определяющий ту же сферу деятельности и только в 1990-е года, был он был заменен на «клиническая психология». Это вызвано необходимостью терминологического единства на уровне международного профессионального сотрудничества. В западных странах медицинской психологией называют весь контекст общепсихологических знаний, необходимых врачу и составляющих значительную часть в содержании учебных программ подготовки специалистов в области медицины. В отличие от этого сфера научной и практической деятельности психолога в системе здравоохранения обозначается за рубежом как клиническая психология. Данная ситуация переходного периода смены наименований характеризуется употреблением в отечественной литературе и нормативных документах понятий «медицинская» и «клиническая» психология как синонимов.

В целом, образом, как отмечает Ю. Ф. Поляков (1996) клиническая психология как междисциплинарная область, участвуя в решении научных и практических задач охраны здоровья населения, вносит серьезный вклад и в решение фундаментальных общепсихологических проблем.

Можно говорить о двух гранях предмета клинической психологии, в зависимости от выбранной сферы приложения. Но в целом, предметом клинической психологии можно назвать многообразные особенности психики человека в их отношении к здоровью и болезни.

Кроме того, следует отметить такое понимание предмета этой дисциплины. Клиническая психология изучает закономерности деятельности человека на моделях различных форм патологии, в условиях, затрудняющих нормальное протекание психических процессов. Предметом анализа являются психические факторы происхождения и течения болезненных расстройств, различные формы стрессовых и конфликтных ситуаций, особые варианты личностного развития, нарушающие адаптацию человека, а также психологические аспекты профилактических и лечебных воздействий.

Рассматривая *объект* клинической психологии, Ю. Ф. Поляков отмечает, что в центре внимания клинической психологии – человек с душевными «болями» и проблемами, с трудностями адаптации и самореализации, связанными с состояниями его здоровья. Связи эти носят двусторонний характер: особенности психики обуславливают трудности адаптации человека, приводящие к повышению риска возникновения болезненных состояний; болезни и их последствия могут влиять на изменение психического склада человека, что приводит к дезадаптации, требуя психологической помощи в преодолении болезней и восстановления адаптационных способностей.

Понимание объекта клинической психологии связано с социальной значимостью этой отрасли науки. Социальная значимость состоит в следующем.

Если влияние «психического» фактора на возникновение, течение и лечение болезней учитывалось всегда только лучшими представителями медицинской науки, то в современном мире значение психологии в охране здоровья резко возрастает в связи с изменением природного и социального окружения человека. Возрастание неопределенности в перспективах общественной и индивидуальной судьбы, ослабление социальной поддержки больших слоев населения, возрастание тревожности и чувства дискомфорта обуславливают резкое усиление воздействия психоэмоциональных стрессовых факторов на здоровье человека, повышая значение и роль психологической помощи в охране здоровья и жизни.

Социальная значимость клинической психологии, ее социальная ниша в виде охраны здоровья населения, накопления векового опыта связи медицины с «душевными» факторами, так же как и компетентность клинических психологов, «охватывающая» всю популяцию независимо от социальной, профессиональной, возрастной принадлежности человека, обусловили масштабность и приоритетность этой психологической дисциплины. Неслучайно, в Психологических ассоциациях различных стран

мира около 60% составляют клинические психологи. Признание значимости клинической психологии в нашей стране ознаменовано официальным государственным утверждением этой (пока единственной) области психологии в качестве отдельной самостоятельной специальности.

В соответствии со своей фундаментальной и специальной подготовкой клинические психологи могут выполнять самые различные функции: диагностические, коррекционные, экспертно-консультативные, профилактические, реабилитационные, научно-исследовательские, учебно-педагогические и др.

Будучи фундаментальной и теоретически разработанной дисциплиной, клиническая психология является одной из наиболее внедренных в практику среди других областей психологии, внедренной методологически, методически, организационно и кадрово. Изначально деятельность клинических психологов была необходимо связана с оказанием практической помощи конкретным больным людям. Такая «заземленность», активное прикладное развитие клинической психологии обусловлены не только личностными особенностями тех, кто стоял у ее истоков, но и рядом объективных характеристик самой деятельности клинических психологов. И прежде всего необходимо отметить, что по сути своей медицинская психология (в отличие от ряда других областей психологии) не может носить только популяционный характер, а с неизбежностью требует индивидуализации, ориентации психологов-практиков и исследователей на конкретную личность, на отдельного человека. Лечат не болезни, а больного! И эта медицинская необходимость перехода от общего к особенному и индивидуальному надежно гарантирует клиническую психологию от ослабления связи с живой практикой, с реальной работой с больными людьми.

Таким образом, выделяют следующие ведущие разделы клинической психологии:

- *Патопсихология* – область психологии, изучающая закономерности распада психической деятельности и свойств личности в сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме, закономерности искажений отражательной деятельности мозга (Зейгарник Б. В., 2005);

- *Нейропсихология* – научная дисциплина, возникшая на стыке психологии, нейрофизиологии и медицины, изучающая закономерности мозговой организации психической деятельности человека, о ее нарушениях при локальных поражениях мозга; о принципах работы мозга как субстрата психических процессов, которые основаны на общепсихологических представлениях о психике человека (Е. Д. Хомская, 2005);

- *Психосоматика* – область междисциплинарных исследований (философии, физиологии, медицины, психологии др. наук), направленных на изучение проблемы соотношения психики и сомы, – души и тела, т. е. психосоматической проблемы. *Психология телесности* – новое, интегративное направление психологии, предметом которой (с позиции некоторых исследователей) являются закономерности развития телесности, (которая понимается как о культурно-детерминированное и психологически опосредствованное явление человека на разных этапах онтогенеза), а также ее структура и психологические механизмы функционирования в качестве человеческого, т. е. культурно детерминированного феномена в норме и патологии; условия и факторы, влияющие на формирование нормальных и патологических явлений телесности (В. В. Николаева, Г. А. Арина, 1996);

- *Психология аномального онтогенеза* – область психологии (патопсихологии) изучающая закономерности аномалии развития психики (Лебединский В. В., 2004);

- Психокоррекция, консультирование, психологическая «терапия»;

- *Психология здоровья* – это наука о психологических причинах здоровья, о методах и средствах его сохранения, укрепления и развития (Г. С. Никифоров, 2000).

Дефиниции, отражающие разные аспекты клинической психологии.

Область профессиональной деятельности психологов.

Клиническая психология направлена на охрану и укрепление здоровья населения (преодоление болезней, восстановление здоровья и социально-трудовой адаптации больных). Предметом клинической психологии как области профессиональной деятельности психологов являются многообразные особенности психики человека в их отношении к здоровью и болезни. Клиническая психология участвует в решении прикладных проблем, связанных с предупреждением и возникновением заболеваний, диагностикой болезней и патологических состояний, психокоррекционными формами влияния, участвует в решении различных экспертных вопросов, в социальной и трудовой реабилитации больных людей. Таким образом, как отмечает Ю. Ф. Поляков (1996) в практическом плане клиническую психологию можно определить как область профессиональной деятельности психологов в целях охраны и укрепления здоровья населения, направленной на профилактику заболеваний, преодоление болезней, на успешную социально-трудовую адаптацию и реабилитацию, т. е. область психологии, значение которой определяется потребностями клиники – психиатрической, неврологической и соматической.

Область психологической науки.

По замечанию Ю. Ф. Полякова это область, изучающая общие и частные закономерности изменений и восстановления психической деятельности при различных патологических состояниях и аномалиях развития, роль психических факторов в возникновении и преодолении различных недугов, в укреплении здоровья.

Из статьи Ю. Ф. Полякова (1996) и Госстандарта (2000) следует, что предметом профессиональной деятельности клинического психолога являются психические процессы и состояния, индивидуальные и межличностные особенности, социально-психологические феномены, проявляющиеся в различных областях психической деятельности.

3. Сфера приложения клинической психологии.

Практическое значение клинической психологии базируется на солидном научно-теоретическом фундаменте, оригинальность и прочность которого признаны во всем мире. Сфера деятельности клинических психологов и круг их функций интенсивно расширяется. Выйдя за стены психиатрических больниц (с них начиналась практическая работа клинических психологов во всех странах), в настоящее время психологи включились в работу всех медицинских клиник, функционируя в рамках стационаров, диспансеров и консультаций, в наркологических кабинетах, в поликлиниках и ведущих медицинских научных центрах страны. Выделяют три основные сферы деятельности клинических психологов: сфера здравоохранения, народного образования и службы социальной помощи населению.

В области здравоохранения клинические психологи участвуют в решении широкого круга задач, работая во всех типах лечебно-профилактических учреждений, начиная с онкологической, кардиологической, хирургической клиник, вплоть до стоматологических учреждений, где требуется участие психолога в связи с «устрашающим» эффектом врачебного кабинета. Формы связи психологии и медицины имеют разнообразный характер: они касаются диагностических, коррекционных, экспертных, профилактических областей. Психологические знания прочно внедрены в неврологическую и психиатрическую клинику, используются в соматической клинике и клинике пограничных состояниях. Речь идет обо всех психиатрических и наркологических стационарах страны, о восстановительных стационарах общесоматического профиля, о восстановительных отделениях городских поликлиник общего профиля.

Клинические психологи активно включаются в решение круга задач охраны психического здоровья подрастающего поколения, работая *в системе народного образования*: в детских дошкольных заведениях, в школах, в детских санаториях-профилакториях, в интернатах для детей с задержкой и

недоразвитием психики, в Центрах коррекционной и лечебной педагогики, в службах семьи и детства и др.

Основные аспекты деятельности клинического психолога в воспитательных и образовательных учреждениях - диагностический, коррекционный и профилактический. Диагностический аспект деятельности заключается в уточнении роли психологических и психосоциальных факторов в возникновении проблемного поведения ребенка в самых разнообразных сферах: в обучении, в межличностных отношениях и т. д. Клинико-психологическое обследование помогает определить актуальные причины проблем, скрытые признаки нарушения развития, определить структуру этих нарушений и их взаимосвязь. В клинико-психологическое обследование (по содержанию шире, чем патопсихологическое) включены не только экспериментальная диагностика (тестирование) психических функций, но и самостоятельное обследование структуры и специфики системы отношений личности проблемного ребенка опросными методами (самоотчеты, клиническое интервью, экспертные оценки и т. п.), а также анализ поведения проблемного ребенка в естественных условиях и его интерпретация, основывающаяся на понимании внутренних мотивов и побуждений, а не только нормативных требований.

Знание основ клинической психологии позволяет также и педагогу, и школьному психологу в первом приближении дифференцировать отклонения в развитии и поведении ребенка, возникшие под влиянием социальной ситуации развития, от внешних проявлений болезненных нарушений психической деятельности и выбрать адекватную стратегию взаимодействия и помощи проблемному ребенку.

Все более активно клинические психологи привлекаются для работы в *службах социальной защиты населения*. Сегодня их можно встретить в центрах занятости, службах по подбору кадров, учреждениях социальной помощи населению, службах планирования семьи, центрах психологической

помощи жертвам насилия, социальных, стихийных и природных катастроф, в службах кризисных состояний и многих других.

Лекция 2. Предмет и задачи клинической психологии детского и подросткового возраста (2 ч.)

1. История детской клинической психологии
2. Структура детской клинической психологии и ее место в ряду психологических, медицинских, педагогических наук
3. Краткая характеристика основных разделов клинической психологии детей и подростков
4. Предмет и содержание клинической психологии детского и подросткового возраста, базовые понятия

1. История детской клинической психологии

Клиническая психология детей и подростков представляет собой часть клинической психологии и является междисциплинарной областью знаний и практической деятельности. Дети с аномальным развитием рождались во все времена. Уровень их адаптации и сама возможность жить были связаны с конкретными историческими условиями, а также с уровнем гуманности общества и его экономическим развитием. Возможность выживания таких детей стала более вероятной в начале XIX в., что связано с развитием медицины, и в частности психиатрии. Термин «детская клиническая психология» появился относительно недавно, ближе к середине XX в. Развитие этой области тесно связано с формированием детской психиатрии и дефектологии.

В конце XVIII в. были выделены нарушения развития в связи с сенсорной патологией (слепота, глухота), а к началу XIX в. единственной формой психической патологии у детей считалась умственная отсталость. Автором одного из первых научных трудов об умственной отсталости (1839) был известный французский психиатр Ж. Э. Д. Эскироль (Jean-Etienne Dominique

Esquirol, 1772—1840). В основу классификации умственной отсталости он положил уровень развития речи. Клиническая оценка детей была недостаточной для их дальнейшего развития и обучения.

Требовались особые условия воспитания и образования. Среди специалистов, обеспечивших средства диагностики и развития, следует выделить Ж.Итара (Jean-Marc-Gaspard Itar, 1775—1838) и Э.Сегена (Edward Seguin, 1812—1881), чьи разработки используются в работе психологов и дефектологов с аномальными детьми и в настоящее время. На следующем этапе больших успехов в диагностике количественных отклонений развития и обучении добились А. Бине (Alfred Binet, 1857—1911) и М.Монтессори (Maria Montessori, 1870—1952). Шкала Стенфорд—Бине была рассчитана на детей в возрасте от 2,5 до 18 лет. Она состояла из заданий разной трудности, сгруппированных по возрастным критериям.

Развитие нозологического подхода в психиатрии, связанное с именем Э.Крепелина (Emil Kraepelin, 1856—1926), поставило вопрос о возможности существования у детей таких же психических болезней, как у взрослых: шизофрении, эпилепсии, маниакально-депрессивного психоза, неврозов, психопатий. Подтверждение требовало специальных исследований. Развитие анатомии и неврологии высветило проблемы органического поражения центральной нервной системы и их последствий для развития ребенка. Интерес к детству как источнику психического неблагополучия взрослых возник с работами З.Фрейда (Sigmund Freud, 1856—1939). Примерно в это же время отечественный ученый В.М.Бехтерев (1857—1927) писал о значении морфофункциональных нарушений и, как сейчас бы назвали, нарушений социально-психологических параметров для нормального развития младенца.

Детский психоанализ также внес свою лепту в становление детской клинической психологии (А.Фрейд, 1895—1982; М.Кляйн (Melanie Klein), 1882—1960). Развитие психологии, в первую очередь детской психологии, поставило вопрос о законах развития в норме и при разных вариантах патологии. Эта проблема рассматривалась такими учеными, как С.Холл

(Stanley Hall, 1844—1924), В.Штерн (Willia Stern, 1871—1938), Г. Я.Трошин (1874—1939), Н.И.Озерецкий (1893—1955), Ж.Пиаже (Jean Piaget, 1896—1980), Л.С.Выготский (1896—1934), Ш. Бюлер (Charlotte Bühler, 1893—1974) и др.

Детская психология и педология как науки о ребенке внесли большой вклад в решение основных задач изучения разных вариантов аномального развития. Педология дала инструмент для количественной оценки психомоторного и интеллектуального развития ребенка при решении вопроса об образовательной стратегии: шкала Бине—Симона (Theodore Simon, 1873—1961), шкала Озерецкого (1926) и др.

Задачи специалистов на ранних этапах становления клинической психологии детей и подростков — диагностика нарушений и количественная оценка степени их выраженности. Наряду с этим стояли вопросы воспитания, обучения, курирования и лечения аномальных детей и подростков. Кроме того, большое значение придавалось изучению этиологии нарушений развития, а также общим закономерностям нарушенного развития. Интересно проследить развитие детской клинической психологии в России. В 1906 г. Г.Я.Трошин создал первую в России школу-лечебницу для детей с отклонениями в развитии, разрабатывал систему воспитания детей с аномальным развитием.

Г.Я.Трошин — автор подхода к анализу психического развития аномального ребенка с опорой на сопоставление психического развития нормально развивающихся детей и детей с отклонениями. Сопоставление закономерностей психического развития детей в норме и патологии позволило Г.Я.Трошину утверждать, что патологическое развитие не является полностью специфическим, а представляет собой отклонение от нормы, следовательно, в медико-педагогической помощи детям с отклонениями следует ориентироваться на компенсаторные возможности ребенка, а не на дефект, стараться довести психическое развитие ребенка до уровня нормы.

Сторонники естественно-научного направления в развитии отечественной психологии (А.П.Нечаев, Н.Е.Румянцев, Г.И.Россолимо и др.) способствовали распространению идей тестирования, следуя своим западным коллегам и нередко возлагая на тесты большие надежды. Работы по психологическому тестированию в России до 1917 г. были связаны более всего с именами выдающихся психиатров и психологов Г.И. Россолимо (1908 — шкала «Психологические профили Г.И.Россолимо») и Ф.Е.Рыбакова (1910 — «Атлас для экспериментально-психологического исследования личности»). Г.И.Россолимо (1860—1928), конструируя тест, шел не эмпирическим путем, а разработал систему теоретических представлений о структуре личности и интеллекта. Ф.Е.Рыбаков (1868—1920) является одним из основателей отечественной экспериментальной клинической психологии.

В отечественной психологии в отношении работы с аномальными детьми возникли большие трудности после известного постановления «О педологических извращениях в системе Наркомпроса» (1936). Все количественные методы оценки развития оказались под запретом, также были уничтожены наработки по воспитанию и обучению аномальных детей. Отбор детей в специализированные школы стал проводиться психиатрами, а не педологами или психологами. Такое положение дел определило развитие психологии аномального ребенка в сторону углубленной разработки методов качественного анализа нарушенного онтогенеза. Однако уже в послевоенное время активно развивается дефектология, изучается умственная отсталость, немного позже начинают изучать генетические и наследственные формы психической патологии и умственной отсталости. В 1950-е гг. опять начинает формироваться системный подход к работе с аномальным ребенком, изучаются, прежде всего, различные формы умственной отсталости, а также другие варианты нарушенного развития (С.Я.Рубинштейн, М.С.Певзнер, Г.Е.Сухарева и др.).

В 1930—1940-е гг. за рубежом были хорошо разработаны методы для совместной работы психологов, дефектологов, психиатров и неврологов при

проведении оценки психического состояния и прогноза развития и обучения аномальных детей и подростков. Это касалось умственной отсталости, психической патологии, невротических расстройств (В.Штерн, Ш.Бюлер, Ж.Пиаже и др.). В это же время большой интерес вызвали нарушения развития детей и подростков в условиях депривации (от З.Фрейда и Р.Спица к Дж.Боулби). Новый всплеск интереса к аномальному развитию можно отметить в 1950—1970-е гг. На первый план вышли другие нарушения развития, вызванные появлением новых форм патологии в связи с цивилизационными изменениями (рост городского населения, улучшение медицинского обслуживания, новый уровень технического прогресса). Кроме того, выхаживание младенцев с различной врожденной патологией (недоношенность, врожденные пороки развития, состояния после патологически протекающей беременности и родов) также способствовало возникновению значительного количества мало встречающихся ранее или новых видов патологии развития. Это привело к новым требованиям к диспансеризации и диагностике, к необходимости отдельного и специализированного обучения нормальных и аномальных детей.

В 1960-е гг. и позднее были выделены новые формы нарушенного развития в виде минимальных мозговых дисфункций (ММД) (год появления термина VVL — 1962), а позже — синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (год появления термина СДВГ — 1987). Задержанное развитие стало рассматриваться более дифференцированно, так же как и другие формы отклонений (недоразвитие, аутизм, психопатии, невропатии, нарушения аффективного развития, психосоматические расстройства и т.п.). Серьезное внимание уделяется влиянию семейных взаимоотношений на развитие патологических черт, изучается динамика функционирования семьи, имеющей больного ребенка.

Одновременно на психологию аномального развития оказывало влияние развитие генетики и нейронаук. Появились новые направления диагностики — верификация генетической патологии, применение нейрофизиологических

и нейропсихологических методов. Возникает вопрос о взаимодействии болезни и продолжающегося развития, возможные варианты такого взаимодействия могут выступать в виде дефицита, дефекта и дизонтогенеза. Значение приобретают установление структуры дефекта, выделение типов дизонтогенеза и факторов его определяющих. Внимание специалистов привлекают проблемы возможностей компенсации дефекта, коррекции нарушенного развития и реабилитации (К.С.Лебединская, М.С.Певзнер, Л.С.Цветкова, Т.В.Ахутина, Д.Н.Исаев, И.И.Мамайчук, И.Ю.Левченко и др.).

В 1980—1990-е гг. встал со всей остротой вопрос о социализации аномальных детей и подростков. Введение МКБ-10 внесло свои коррективы в диагностику и последующее курирование аномальных детей и подростков. Введена шкала нарушений развития (первазивных расстройств), изменены параметры оценки основных нозологических форм для детского и подросткового возраста.

Улучшение аппаратной диагностики нарушений, развитие генетики, нейронаук и психологии привели к выделению большего количества патологических вариантов развития, связанных с разными этиологическими факторами. Гуманизация общества, развитие социальной педагогики потребовали новых форм сопровождения аномальных детей. В связи с этим актуальными стали вопросы инклюзивного (интегративного) образования.

В настоящее время глобализация, усиление роли средств массовой информации, развитие дистанционных форм обучения и средств коммуникации, уменьшение реального общения детей с родителями и детей между собой привели к созданию новой социальной ситуации развития и изменению традиционного психического развития ребенка. Современное общество предъявляет к ребенку новые требования по усвоению и переработке информации (когнитивной и социальной), в том числе и в «облегченном» или, напротив, «усложненном» варианте. Это приводит к существенному изменению нагрузки на когнитивную сферу. Как показывает клинический опыт, адаптация к этим условиям может быть различной, в том

числе и патологической. Неуспешность когнитивной адаптации (в том числе трудности обучения) может приводить к усилению уже имеющейся патологии психики или способствовать возникновению новых форм нарушенного развития, например, усиление развития познавательной сферы с одновременной инфантилизацией, или, напротив, снижение возможностей работы в наглядно-действенном плане (отдельно — изменение символической функции).

Дополнительно к социокультурным факторам, меняющим картину заболевания, с 1950-х гг. активно действует фактор психофармакологический, применяются новые способы лечения нервно-психической патологии с использованием психофармакологических лекарственных средств, что ведет к изменению клинических форм психических заболеваний. Вместе с другими социокультурными факторами этот фактор приводит к еще большему разнообразию проявлений симптомов и синдромов нарушенного развития.

Анализируя историю развития клинической психологии детей и подростков, следует отметить, что ее значение в последние годы усиливается, что выражается во введении данной дисциплины в образование психологов уже на первом уровне (бакалавриат) и в расширении спектра научной и практической деятельности специалистов.

2. Структура детской клинической психологии и ее место в ряду психологических, медицинских, педагогических наук

Наиболее тесно клиническая психология детей и подростков связана с психологией аномального развития и специальной психологией. Будучи отраслью клинической (медицинской) психологии детская клиническая психология имеет следующую структуру:

- учение об общих закономерностях нарушенного развития (дизонтогенеза);

- детская нейропсихология (изучение органического повреждения мозга в детском возрасте, дифференциальная детская нейропсихология);
- детская патопсихология (изучение вариантов аномального развития, вызванного психической патологией);
- психосоматика детей и подростков (изучение психологии детей и подростков с тяжелыми соматическими заболеваниями, изучение специфики психосоматических расстройств в детском и подростковом возрасте);
- психотерапия и психологическая коррекция при нарушенном развитии.

Детская клиническая психология тесно связана с психологией девиантного поведения детей и подростков, психологией образования (трудности школьного обучения), семейной психологией и т.п. Клиническая психология детей и подростков базируется на знаниях из области общей, клинической и детской (возрастной) психологии, психологии образования, дефектологии, она также тесно связана с медициной (психиатрией, неврологией), биологией (анатомия, физиология ЦНС, генетика), социологией, юриспруденцией и другими областями гуманитарного и естественнонаучного знания.

Детская клиническая психология (клиническая психология детей и подростков) имеет тесные связи со следующими научно-практическими областями:

Биология (генетика, анатомия, физиология) — представляет естественнонаучную базу для клинической психологии детей и подростков.

Медицина и ее отрасли (психиатрия, неврология, соматическая медицина, педиатрия, наркология, профилактика) — основные «партнеры» по научно-практической работе. Они отражают совместное изучение отдельных видов болезней (нервно-психических, соматических, наследственных), дают анализ клинических проявлений, этиологии и динамики заболеваний, расширяют представление об аномальном развитии в связи с болезнью.

Психология (общая, возрастная, социальная, специальная, клиническая, психология здоровья, юридическая) — дает представление об общих законах

психической деятельности и психического развития и их нарушениях. Взаимно обогащаются терминология, средства диагностики, методы работы.

Психология образования — подготовка квалифицированных специалистов для работы в области образования с учетом особых образовательных потребностей у детей с нарушенным развитием, вопросы инклюзивного образования.

Педагогика (коррекционная и лечебная педагогика, дефектология, логопедия) — разработка совместных программ психолого-педагогического сопровождения детей с нарушенным развитием и с особыми образовательными потребностями, совместная практическая работа в психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК).

Социология — ориентация на законы общества по отношению к детям с особым развитием, возможность преодоления стигматизации, гуманизация общества, совершенствование форм социальной поддержки и социальной защиты.

Юриспруденция — законы о соблюдении прав ребенка с нормальным и аномальным развитием, вопросы ювенальной юстиции.

Клиническая психология детей и подростков занимает смежное положение с психологией и медициной, а также имеет тесные связи с другими областями знаний. Очевидно, что комплексный подход разных специалистов к проблемам ребенка и подростка с нарушенным развитием, особым состоянием здоровья, дает максимально эффективное разрешение многих вопросов. Следует отметить, что и сама клиническая психология детей и подростков как современный раздел клинической психологии имеет свою структуру.

3. Краткая характеристика основных разделов клинической психологии детей и подростков

Теоретическим основанием клинической психологии детей и подростков является учение об общих закономерностях нарушенного развития.

Патопсихология детского и подросткового возраста представляет собой часть общей патопсихологии, в отечественной практике неразрывно связана с именами Б.В.Зейгарник и С.Я.Рубинштейна, В.В.Лебединского. Предметом детской патопсихологии являются закономерности нарушенного психического развития у детей в связи с наличием душевных заболеваний, патологии мозга и особых условий развития. Теоретические проблемы патопсихологии детского возраста связаны с вопросами соотношения биологического и социального в психике человека, нормы и патологии, развития и распада психики и др. Практическими задачами детской патопсихологии являются диагностика уровня развития, квалификация видов дизонтогенеза, решение экспертных вопросов, в частности, в связи с проблемой школьного обучения, профилактика нарушений в детском возрасте, работа с семьей и психологическая коррекция, абилитация и реабилитация детей и подростков с нарушенным развитием. В детской патопсихологии особое внимание уделяется изучению возрастнo-специфических видов отклонений развития, психологическим характеристикам отдельных форм психических расстройств в детском возрасте, методам работы и областям применения патопсихологической диагностики и коррекции в детском и подростковом возрасте. Разрабатываются подходы к анализу патологических факторов ситуации развития ребенка (по данным истории болезни или другим анамнестическим источникам).

Детская нейропсихология представляет собой часть нейропсихологии, изучающей мозговые механизмы высших психических функций и эмоционально-личностной сферы. Теоретическую основу нейропсихологии составляет представление о том, что все психические процессы имеют сложное многокомпонентное строение и опираются на работу многих мозговых структур, каждая из которых вносит свой специфический вклад в их протекание. В детской нейропсихологии при изучении взаимосвязи формирования высших психических функций и созревания нервной системы

опорными являются те же основные принципы, разработанные в школе Л.С.Выготского—А.Р.Лурия, что и в нейропсихологии вообще. Базовым является представление о высших психических функциях и их системной динамической локализации. Существенное отличие детской нейропсихологии от взрослой связано с тем, что высшие психические функции (прижизненно формирующиеся) находятся в развитии на основе созревания ЦНС. Детский мозг отличается высокой пластичностью, позволяющей преодолевать и компенсировать разнообразные отклонения в его работе. Детские нейропсихологи изучают мозговую локализацию высших психических функций в возрастном аспекте, специфику расстройств при органических повреждениях и других нарушениях работы мозга в детском возрасте. Нейропсихологический подход позволяет изучать индивидуальные варианты развития в детском возрасте в связи со спецификой созревания мозга и особенностями его структурно-функциональной организации. Метод синдромного анализа является одним из наиболее успешных при решении задач диагностики и коррекции детей с отклонениями в развитии и позволяет наиболее эффективно оценить уровень актуального развития ребенка. Использование любого метода, направленного на диагностику отклонений в развитии, требует знания особенностей выполнения проб здоровыми детьми того же возраста. Понимание закономерностей нормального нейроонтогенеза также позволяет не только количественно, но и качественно проанализировать особенности нейропсихологического статуса детей с нарушениями развития. Знание особенностей нейро психологического статуса детей с разными вариантами текущей и резидуально-органической патологии обеспечивает возможность оптимального выбора коррекционных и психотерапевтических техник.

Детская психосоматика возникла как область клинической психологии и общей психосоматики относительно недавно. Она дает представление о работе психолога в соматической клинике.

Основные задачи детской психосоматики: диагностика психологических особенностей больного ребенка, влияние болезни на развитие психики ребенка. В рамках детской психосоматики освещаются и развиваются следующие проблемы: развитие телесности в онтогенезе, роль социальных факторов в генезе детских психосоматических заболеваний, формирование понятий «внутренняя картина болезни» и «внутренняя картина здоровья» на различных возрастных этапах, влияние детско-родительских отношений на течение заболевания, феномен госпитализма и пути его преодоления.

В детской психосоматике можно условно выделить направления диагностической, коррекционной и реабилитационной работы в педиатрическом, хирургическом и онкологическом и других стационарах. Рассматриваются общие закономерности и частные случаи психологической работы в соматической и психосоматической детской больнице. Намечаются пути реабилитационной и коррекционной работы с соматически больными детьми. Значимым направлением работы является оказание психологической помощи семьям больных детей.

Психологическая коррекция и психотерапия в течение многих лет обращена в сторону семьи, в том числе семьи, имеющей ребенка с особыми характеристиками. В рамках детской клинической психологии применяется значительное число современных психокоррекционных технологий и психотерапевтических подходов.

4. Предмет и содержание клинической психологии детского и подросткового возраста, базовые понятия

Предметом клинической психологии детей и подростков являются закономерности нарушенного развития (дизонтогенеза), вызванного органической патологией (центральной нервной системы и соматической), психическими расстройствами, заболеваниями, нарушениями условий созревания и воспитания.

Патологическое развитие сопоставляется с нормативным, считается, что основные законы развития в норме и при патологии являются сходными, но имеют своеобразие (Г.Я.Трошин, Л.С.Выготский и др.).

Основное содержание работы специалистов детской клинической психологии связано с диагностикой отклоняющегося развития, психологической квалификацией, участием в комплексной постановке клинического диагноза, оказанием помощи в лечебных мероприятиях (разработка вариантов психолого-педагогического сопровождения, коррекционных и реабилитационных мероприятий) и в динамической диагностике состояния. Значительный объем работы связан с диагностикой уровня психического развития ребенка и его оценкой в соответствии с нормой развития.

Самостоятельная часть работы связана с установлением возможностей обучения ребенка (определение программ, форм и условий обучения). Отдельный пласт деятельности составляет оценка и коррекция детско-родительских и родительско-детских отношений, а также комплексная работа с семьей по преодолению стресса, связанного с болезнью ребенка, с сохранением качества жизни всех членов семьи и т.п. Очевидно, что потребность в помощи специалистов-психологов является устойчиво высокой. Если обратиться к показателям инвалидизации детей и подростков в России за последнее десятилетие (Макушкин, 2011), то картина та же, количество инвалидов не уменьшается и, соответственно, число специалистов, работающих с ними, устойчиво высокое.

Анализируя показатели инвалидизации детей и подростков с 2000 по 2010 г., следует отметить устойчивую тенденцию увеличения числа инвалидов среди детей и подростков в возрасте от 0 до 17 лет. Практически все эти дети нуждаются в клинико-психолого-педагогическом сопровождении, а также других видах помощи, осуществляемой клиническими психологами. Клинические психологи, работающие с детьми и подростками с нарушенным развитием, ограниченными возможностями здоровья и пограничными

состояниями, должны осуществлять следующие виды практической деятельности: диагностическую, коррекционную, экспертную, психотерапевтическую, а также восстановительное обучение. Все виды деятельности имеют неодинаковое значение (удельный вес, процент в работе клинического психолога).

Кратко раскроем основные виды практической деятельности (типы задач), которые осуществляет специалист в области клинической психологии детей и подростков:

- клинико-диагностическая — это выявление и описание структуры дефекта; конкретные формы зависят от использования диагностических методик;

- коррекционная — это система мер психологической помощи, направленная на улучшение протекания отдельных психических функций или их структурных элементов, обеспечивающих поведение (например, обучение определенным социальным навыкам и т.д.) и обучение детей и подростков с проблемами (концентрация внимания, объем памяти и т.п.);

- экспертная — это оценка уровня развития ребенка с помощью качественного и количественного анализа и с применением соответствующих методик (клинических, проективных, психометрических и т.п.);

- консультативная — это консультирование детей и их родителей по проблемам развития ребенка, коррекции выявленных нарушений и психотерапевтической поддержки, поддержка и консультирование семьи;

- психотерапевтическая — это участие в психотерапевтических сеансах, кратковременных и долговременных, с детьми и подростками и их семьей и окружением;

- деятельность сопровождения — психолого-педагогическое сопровождение детей с нарушенным развитием, ограниченными возможностями здоровья и детей с особыми образовательными потребностями.

Для каждого вида деятельности существуют свои методы работы. При выполнении профессиональных обязанностей клинические психологи должны соблюдать ряд этических и профессиональных правил: правило «не навреди!», конфиденциальность, индивидуальный подход, работа специалистов в бригаде, принципы клинико-психологической диагностики, опора на семью, учет социальной ситуации развития и т.п. Более подробно они будут раскрыты в главах 3 и 6.

В клинической психологии детей и подростков применяется психологический понятийный аппарат. Рассмотрим некоторые базовые для детской клинической психологии понятия.

Онтогенез — развитие в течение жизни, дизонтогенез — нарушенное развитие, которое может иметь очерченные рамки, а может продолжаться в течение всей жизни.

Понятие «аномальное развитие» (от греч. *anomalos* — неправильный) может употребляться в широком и узком смыслах. В широком смысле это любое отклоняющееся от нормативного развитие, т.е. все варианты отклоняющегося развития (в том числе и с ретардацией и с акселерацией). В узком смысле это болезненное по происхождению (генетическая патология, органическая патология и т.д.), ведущее к дезадаптации отклонение в развитии. В целом к аномальным относятся дети, у которых физические или психические отклонения приводят к нарушению общего развития, в том числе и психического.

Дефект (лат. *defectus* — недостаток) с точки зрения психологии — это нарушение одной или нескольких функций или части одной функции, которое изменяет нормальное развитие ребенка (только при определенных обстоятельствах). Наличие того или иного дефекта еще не предопределяет аномального развития. Потеря слуха одним ухом или зрения одним глазом не обязательно ведет к дефекту развития, поскольку в этих случаях сохраняется возможность воспринимать звуковые и зрительные сигналы. Дефекты такого рода не нарушают общения с окружающими, не мешают овладению учебным

материалом и об учению в массовой школе. Дети с такими нарушениями развития обычно изучаются и курируются в специальной психологии.

Лекция 3. Виды нарушенного психического развития (2 ч.)

1. Психиатрические классификации дизонтогенеза
2. Классификация типов дизонтогенеза по В.В.Лебединскому

Само понятие «дизонтогенез» было введено Й. Швальбе в 1927 г. [188] и касалось очень узкого, специального отклонения в развитии, относящегося к периоду внутриутробного или раннего постнатального периода. Отечественный клиницист А. В. Муратов выделил два уровня психического дизонтогенеза: внутриутробный и охватывающий первые годы жизни ребенка.

К концу XX в. содержание термина было расширено. В этом была заслуга и психиатров, и психологов. Свои представления о дизонтогенезе как нарушении психического развития у детей с разнообразными типами отклоняющегося развития сформулировали отечественные психиатры: М.О. Гуревич, Т.П.Симеон, С.С. Мнухин, Г. Е.Сухарева, Г. К.Ушаков, В. В. Ковалев, М. Ш. Вроно, О. П. Юрьева, Г. В. Козловская

1. Психиатрические классификации дизонтогенеза

Опираясь на представления Г. Е. Сухаревой о специфике детского развития, В. В. Ковалев использует термин «психический дизонтогенез», соотнося его с нарушениями психического развития индивида, возникшими в постнатальный период. По его представлениям, понятие «психический дизонтогенез» аналогично понятию «дизонтогенез высшей нервной деятельности», но отражает иной уровень нарушения. *Психический дизонтогенез* — но нарушение психического развития в детском и подростковом возрасте в результате расстройства созревания структур и функций головного мозга. Причинами могут служить биологические (генегические, экзогенно-органические и др.), а также средовые воздействия

(неблагоприятные микросоциальные психологические средовые воздействия), а также сочетания средовых и биологических факторов. В. В. Ковалев, вслед за Э. Кречмером, считает, что основные варианты дизонтогенеза — ретардация и асинхрония. В дополнение к этим двум типам дизонтогенеза В. В. Ковалев предлагает свой третий тип, связанный с механизмами высвобождения и фиксации более ранних форм реагирования. Для него характерны переходящая физиологическая незрелость, а также временный возврат к незрелым формам нервно-психического реагирования, которые могут закрепляться и, таким образом, сохранять онтогенетически более ранние формы. В классификации психического дизонтогенеза, по В. В. Ковалеву, имеются: ретардация, асинхрония и смешанный тип.

Термин психический дизонтогенез в психиатрии и дефектологии применялся к разным формам отклонения. В дефектологии и специальной психологии очень подробно проанализированы виды отклоняющегося развития: недоразвитие (олигофрения); задержанное развитие (по классификации М. С. Певзнер и К. С. Лебединской); всевозможные варианты дефицитарного развития (отсутствие или грубое снижение слуха, зрения, моторных возможностей); поврежденное развитие и сложный дефект (А. Р. Лурия, Т. А. Власова, М.С. Певзнер, К.С.Лебединская, В. И. Лубовский, Т. А. Баилова, В.А. Лоница).

Следует заметить, что термин «задержка психического развития» по-разному понимается специалистами — психиатрами, педагогами, психологами. Психиатры рассматривают задержку прежде всего как симптом отставания в развитии, педагоги — как характеристику индивидуального развития, не обязательно связанную с заболеванием, психологи — как своеобразный тип отклоняющегося развития с типичным временным (т.е. имеющим определенные временные рамки, непостоянным) отставанием определенных параметров целостного психического развития.

Интерес представляют попытки психиатров проанализировать нарушение психического развития детей при шизофрении с позиций дизонтогенеза.

М.Ш.Вроно обращал внимание на то, что при детской шизофрении наблюдается сочетание, сплав симптомов болезни с нарушениями индивидуального развития, возникающими под влиянием шизофренического процесса. В ряде случаев, полагал М. Ш. Вроно, клиническая картина заболевания, манифестирующего в раннем возрасте, может исчерпываться явлениями дизонтогенеза.

Классификация типов дизонтогенеза при шизофрении была предложена О. П. Юрьевой. Основу составили представления о том, что для шизофрении в детском возрасте характерны следующие виды расстройств: дефицит психической активности (ослабление инстинктивной деятельности, нарушение сна, ограниченность моторной, речевой и игровой деятельности); нарушение межперсональных связей (пассивность в общении, отсутствие привязанностей, эмоциональная холодность); диссоциированный характер психического развития (дисгармония развития моторики и интеллекта).

На основании анализа различных видов расстройств психической деятельности и развития при шизофрении в детском возрасте О. П. Юрьева выделяет два типа дизонтогенеза:

1) *искаженный* (больному свойственна неравномерность, дисгармония психического развития и нерезко выраженный дефицит активности);

2) *задержанный* (основным является дефицит психической активности с элементами различной ретардации всего психического развития).

Шизотипический диатез как особый вид отклоняющегося развития детей из группы высокого риска по заболеванию шизофренией (потомство от больных родителей) исследовался в работах Н.В. Римашевской и Г.В.Козловской. Они выделили три типа дизонтогенеза у потомства больных шизофренией родителей, а именно:

1) *регрессиентный*

2) *стабильный* (без патологической симптоматики, с патологическими реакциями, со спонтанными «фазами»);

3) *прогрессиентный*.

Общая характеристика психического диатеза при шизофрении разрабатывается в отечественной психиатрии С. Ю. Циркиным, Д. В. Горюновой, Г. В. Козловской. Диатез — не болезнь, а нарушение адаптации организма к внешней среде. Феномен шизотипического диатеза относится к психическому дизонтогенезу и может быть определен как дисгармония психофизического развития. Проявлениями шизотипического диатеза могут служить и задержка темпов созревания (примерно четверть случаев), и акселерация (около 9 %). Наиболее часто встречается вариант дисрегуляторности развития. Последняя характеризуется отсутствием плавности перехода от одной стадии развития к другой, существующей в виде кратковременных остановок, скачков или «псевдозадержек».

Диссоциация развития в таких случаях определяется тремя феноменами: 1) переслаивание (сосуществование) в общем психофизическом состоянии ребенка разных по степени развития функций и систем; 2) парадоксальность в виде одновременно существующих сверхчувствительности (психической и вегетативной) и «бесчувственности» к внешним раздражителям (более всего заметно на примере тактильной сферы); 3) амбивалентность всех психических проявлений.

Помимо этого отмечается общая дефицитарность психической организации в целом, которая проявляется в нивелировке большинства психических реакций (эмоционально-волевые, коммуникативные) и наличии психоневрологических расстройств, патология начинается в раннем детстве.

2. Классификация типов дизонтогенеза по В. В. Лебединскому

В. В. Лебединский, говоря о типах дизонтогенетического развития, имеет в виду особенности развития ребенка от момента рождения до достижения им возраста взрослости, обусловленные особыми условиями развития, воздействием различных видов «вредности» в сензитивные периоды, наличием заболевания, которое существенно изменяет развитие ребенка. В. В. Лебединский творчески переосмыслил представления психиатров, таких

как Т. П. Симеон, Н. И. Озерецкий, Г. Е. Сухарева, В. В. Ковалев и других, о типах нарушенного развития. На этой основе он предложил свою классификацию типов отклоняющегося развития (типов психического дизонтогенеза), которые были сгруппированы по принципу ведущего механизма нарушения развития и основных проявлений. Его классификация содержит шесть типов дизонтогенеза, в последней работе эти типы объединены в зависимости от причины основного нарушения (аномалии).

Классификация типов дизонтогенеза (по В. В. Лебединскому, 2003)

Аномалия (тип дизонтогенеза)	Причина
1. Недоразвитие	Отставание в развитии
2. Задержанное развитие	
3. Поврежденное развитие	Поломка в развитии
4. Дефицитарное развитие	
5. Искаженное развитие	Асинхрония развития
6. Дисгармоническое развитие	

Кратко рассмотрим каждый из видов.

Недоразвитие. Данный тип аномалии характеризует первичность и тотальность недоразвития мозговых систем, экстенсивность поражения, что вызывает общее стойкое недоразвитие психики вследствие очень раннего поражения, т.е. вредность, болезнь, органическое неблагополучие попадают на незрелые мозговые системы как в анатомическом, так и в психологическом плане. В качестве причин выступают генетические параметры развития, диффузные повреждения мозга при внутриутробном развитии, в родах, в раннем постнатальном периоде.

Для недоразвития типичны: инертность психических процессов, затруднения формирования иерархических связей, преобладание в асинхронии признаков ретардации. Наиболее выражена недостаточность ВПФ, а наименее — базальных функций. Степень выраженности

недоразвития уменьшается в такой последовательности: интеллект, речь, восприятие, память, моторика и элементарные эмоции.

Примерами могут служить разнообразные варианты олигофрении (различные степени умственной отсталости).

Задержанное развитие. Этот тип выражается в замедлении темпа всего психического развития вследствие слабого органического повреждения коры головного мозга или резидуально-органических его проявлений. То есть причины могут быть генетические, соматогенные, психогенные, органические.

Основные признаки: замедление темпа формирования познавательной и эмоциональной сфер с их временной фиксацией на более ранних возрастных этапах. Характерна мозаичность поражения — сочетание сохранных и дефицитарных функций. Типичной является инертная фиксация элементарных связей в базальных звеньях (задержка инволюции более ранних форм). Явления асинхронии связаны с первичной дефицитарностью базальных форм и вторичной — высших звеньев психических процессов.

В зависимости от этиологии проявляются задержки развития эмоциональной сферы по разным типам инфантилизма (конституциональный, соматогенный, психогенный, церебрально-органический). Этиология влияет на особенности задержки познавательного развития: астенические расстройства (повышенная истощаемость) — при соматической этиологии; микросоциальная и педагогическая запущенность — при психогенной этиологии; для органической этиологии более широкий набор расстройств — нейродинамические (церебрастенические) и энцефалопатические (психопатоподобные и эпилептиформные) и/или первичная недостаточность отдельных корково-подкорковых функций, праксиса, гнозиса, речи, памяти.

В клинике ему соответствуют многочисленные ЗПР (задержка психического развития) в связи с соматическими, психогенными, органическими причинами. Парциальность расстройств и поражения

определяет лучший, чем при недоразвитии, прогноз динамики развития ребенка и коррекции нарушений.

Поврежденное развитие. Этот тип отклонения характеризуется сочетанием грубого повреждения ряда сформированных психических функций с недоразвитием онтогенетически более молодых образований. Основные признаки: более позднее (после 2 — 3 лет) патологическое воздействие на мозг; страдают преимущественно лобно-подкорковые взаимоотношения. Типичны расстройства эмоциональной сферы (в том числе расторможение влечений, нарушения целенаправленности деятельности и личности). В зависимости от типа повреждения возможны явления изоляции отдельных систем и распада сложных иерархических связей, грубый регресс интеллекта и поведения.

В клинике ему соответствуют органические деменции, возникшие по разным причинам после периода нормального развития (в раннем возрасте). Этот тип аномального развития присутствует как компонент в других видах, например как осложняющий фактор при недоразвитии (осложненные олигофрении) или как пусковой механизм (в случае замедления темпа развития).

Дефицитарное развитие. Это недоразвитие или повреждение отдельных анализаторных систем (зрение, слух, мышечно-кинестетическая, или опорно-двигательная, система).

Основные признаки: наличие первичного дефекта (слепота, глухота, нарушения движения), который влечет за собой вторичные дефекты, в первую очередь касающиеся интеллектуальной и коммуникативной сфер. Этот тип дизонтогенеза, как и недоразвитие, наиболее интенсивно изучается в специальной психологии, а не в патопсихологии.

Искаженное развитие. В этом типе представлены варианты сложных сочетаний недоразвития, задержанного, ускоренного и поврежденного развития.

Основным является асинхронность развития, неравномерность интеллектуального развития, диссоциация моторики и интеллекта, аффекта и интеллекта, своеобразие речи, особенности контактов со взрослыми и детьми, нарушения игровой деятельности (длительный период манипуляции с предметами, отсутствие ролевых игр и т.д.). Типичным примером искаженного психического развития является ранний детский аутизм (разные синдромы) и шизофрения, начавшаяся в детском возрасте.

Более подробно проявления дизонтогенеза искаженного типа, характерные для детей, больных шизофренией, и детей с РДА (ранним детским аутизмом) процессуального генеза можно описать так: 1) задержка предметного восприятия, грубое недоразвитие предметных действий, трудности планомерного сличения объектов по нескольким параметрам; 2) особое развитие речи, с характерным самостоятельным или гипертрофированным развитием ее акустической стороны при недостаточной предметной отнесенности; 3) полноценное или гипертрофированное развитие понятий и недостаточное их влияние на перцептивную деятельность, перцептивные обобщения; 4) диссоциация развития интеллектуальной и аффективной сфер.

Последняя наиболее ярко выражена в игровой деятельности и проявляется в недостаточной направленности на функциональные свойства игрушек, недоучете их коммуникативной функции, неравномерности этих нарушений в спонтанной игре по заданному сюжету.

Дисгармоническое развитие. Это последний из выделенных В. В. Лебединским типов дизонтогенеза, характеризующийся нарушенным, своеобразным, особым личностным развитием ребенка, более всего проявляющийся в формировании особой эмоционально-волевой сферы. Чаще всего наблюдается у детей с формирующимися психопатиями или выраженными личностными аномалиями, причинами дизонтогенеза могут выступать наряду с врожденными, генетическими, формами неблагоприятные условия воспитания.

Кроме классификации, предложенной В. В. Лебединским, в психологии аномального развития имеется классификация отклоняющегося, аномального развития, разрабатываемая Н.Я.Семаго и М.М.Семаго. Эти авторы, квалифицируя отклоняющееся, проблемное развитие, предлагают следующую типологию дизонтогенеза (отклоняющегося развития): 1) группа недостаточного развития (включает в себя тотальное недоразвитие, задержанное психическое развитие и парциальную несформированность высших психических функций); 2) группа асинхронного развития (дисгармоничное развитие, искаженный дизонтогенез); 3) группа побежденного и 4) группа дефицитарного развития.

Лекция 4. Возрастная специфика проявления расстройств психического здоровья (2 ч.)

1. Уровни возрастного реагирования на воздействие «вредности»
2. Возрастная специфика в патопсихологии

Психиатрами В. В. Ковалевым, В.М.Башиной, М.Ш.Вроно, Д. М. Исаевым, Н.М.Иовчук, И. А. Козловой, Г. Е.Сухаревой отмечается специфика психопатологических проявлений в детском возрасте.

Основные проявления заболеваний — симптомы и синдромы — имеют довольно узкий диапазон в младшем детском возрасте: это невропатии, РДА, гиперактивность, патологические страхи, а также тотальное и парциальное психическое недоразвитие. Общие психопатологические синдромы — аффективные, бредовые, галлюцинаторные и другие, как правило, не обнаруживаются до школьного возраста ввиду незрелости психики или представлены стертыми, незавершенными формами. Наиболее поздно выявляются бредовые синдромы, синдром Кандинского— Клерамбо, дереализации — деперсонализации, требующие определенного уровня развития самосознания.

Негативные симптомы и синдромы более специфичны для той или иной нозологической формы и больше отражают деструктивные нарушения. Продуктивные расстройства нозологически менее специфичны, образуемые ими синдромы отражают уровень поражения психической деятельности, указывают на глубину или тяжесть нарушения мозговых функций.

1. Уровни возрастного реагирования на воздействие «вредности»

На основе анализа нервно-психического и физиологического развития в психиатрии были выделены уровни преимущественного нервно-психического реагирования у детей и подростков на неблагоприятные воздействия или проявления заболевания. В.В.Ковалев описал четыре уровня.

Сомато-вегетативный (0—3 года) — различные варианты невропатического синдрома, повышенная общая и вегетативная возбудимость, склонность к расстройствам пищеварения, сна, нарушениям питания, навыков опрятности и т.д. Проявления возможны у детей раннего (иногда предшкольного) возраста в клинике невротических расстройств, резидуально-органических и нервно-психических расстройств (шизофрения и т.д.).

Психомоторный (4— 7лет) — нарушения развития движения. Характерен для детей дошкольного и младшего школьного возраста и проявляется в таких синдромах, как гиперактивность, системные, невротические и невротоподобные расстройства — тики, заикание, мутизм и т.д.

Аффективный (5— 10лет) — синдромы страха, повышенной аффективной возбудимости, уходы из дома и бродяжничество.

Эмоционально-идеаторный (11— 17лет) — типичен для препубертатного и пубертатного периода, может включать сверхценные образования, склонность к которым возникает в юношеском возрасте. К этому уровню нервно-психического реагирования относятся все патологические реакции пубертатного возраста (по Сухаревой): психогенные

ситуационные реакции (протест, эмансипация); сверхценный ипохондрический синдром, синдром нервной анорексии, синдромы сверхценного влечения и интересов, в том числе синдром философической интоксикации.

Анализируя классификацию уровней нервно-психического реагирования, предложенную В. В. Ковалевым, В. В. Лебединский замечает, что в ней недостаточно учитывается возможность сосуществования различных уровней нервно-психического реагирования в разные возрастные периоды. Например, в подростковом возрасте наряду с эмоционально-идеаторными нарушениями существенным является повышение, растормаживание влечений, связанное с функционированием эндокринной системы, и т.д. Поэтому В. В. Лебединский предлагает ориентироваться на группировку возрастных симптомов по эмпирическим данным, накопленным в клинических исследованиях.

Опираясь на материалы таблицы, удобно работать с историей болезни, вычлняя возрастные симптомы в анамнестических описаниях.

Возрастные симптомы (по В. В. Лебединскому)

Возраст	Возрастные симптомы
0 — 3 года	Судорожные припадки. Возникают в результате повышенной судорожной готовности детского мозга. Нарушения сознания (чаще всего в виде оглушенности, снижения ориентировки в окружающем, тревог и страхов). Сомато-вегетативные нарушения (сна, аппетита, работы кишечника и т.д.). Страхи. Универсальная защитная реакция. Негативизм, агрессия (кризис 2 — 3 лет). Депрессия. Преимущественно в условиях сепарации с матерью. Недоразвитие отдельных психических функций: локомо- рики, речи, навыков опрятности и т.д.
1 — 6 лет	Двигательные расстройства: заикание, тики, навязчивые движения, гиперкинезы. (Имеются данные, что на этот возрастной период приходится пик созревания лобно-моторных систем.) Гипердинамический синдром, двигательное беспокойство, расторможенность, недостаточная целенаправленность, импульсивность.

Младший школьный возраст	У мальчиков — явления возбудимости, двигательной расторможенности, агрессия.
	У девочек — астенические проявления: снижение настроения, плаксивость.
	Страхи (особенно часто связаны со школьной дезадаптацией).

2. Возрастная специфика в патопсихологии

В психологии подчеркивается значимость фактора развития для оценки уровня психического функционирования субъекта. Различные варианты возрастной периодизации предложены специалистами-психологами Д. Б.Элькониным, Д. И.Фельдштейном, Л.Ф.Обуховой и другими.

Возрастная специфика учитывается и при проведении клинического обследования, организации его методического и процедурного обеспечения. Варианты интерпретации, как правило, связаны с представлением о возрастной норме реагирования или возрастной норме развития (функционирования) психических процессов и проявления особенностей личности. Разные задачи выступают на первый план при работе с пациентами разных возрастных групп. Например, одна и та же задача дифференциальной нозологической и психологической диагностики по-разному преломляется в разные возрастные периоды. Кроме того, есть возрастные симптомы, с помощью которых индивид реагирует на различные виды вредности, стрессовые воздействия.

Обнаруживается такая закономерность: чем моложе человек, тем меньше специфичность реагирования на различные стрессовые или другие патогенные воздействия. Специфичность реагирования в младенческом возрасте минимальна по сравнению с другими возрастными группами. Так, плач, нарушения аппетита, режима сна и бодрствования — виды реагирования на разные воздействия, но таким образом могут проявляться и психические расстройства (связанные, например, с материнской депривацией, проявлениями эндогенного заболевания и т.д.). Квалифицировать эти симптомы как проявления болезни возможно только

при наличии дополнительных данных. В значительной части случаев оценка особенностей развития как патологических возможна только ретроспективно.

Очевидно, что психологическая диагностика в раннем возрасте направлена прежде всего на оценку соответствия темпов и характера психомоторного развития ребенка, особенностей его эмоционального реагирования и общения нормативным показателям. Аналогичным образом для каждого периода детства и юношества можно выделить наиболее значимые задачи и приемы работы, вычленив реабилитационные параметры.

Возрастная специфика в патопсихологии

Задачи	Методические и процедурные особенности деятельности патопсихолога	Возможности реабилитации
РАННИЙ ВОЗРАСТ		
<p>1. Дифференциация возрастных симптомов реагирования на отрицательное воздействие (расстройства сна, пищеварения, плач, нарушение режима и т.д.) от проявлений начинающегося психического заболевания или реакции на стресс.</p> <p>2. Оценка соответствия психического, моторного и эмоционального развития нормативному</p>	<p>Преимущественно ретроспективный анализ и оценка истории жизни пациента.</p> <p>Методы наблюдения — в естественной или регламентированной ситуации — включают в себя: оценку реакции ребенка на нового человека и предъявляемые стимулы (игрушки и т.д.).</p> <p>Необходима кратковременность взаимодействия с пациентом (до 15 мин).</p> <p>Факторы риска: ареактивность или гиперреактивность ребенка</p>	<p>Большие возможности реабилитации связаны с пластичностью детского мозга. Чем раньше началась реабилитация, тем успешнее будет ее результат.</p> <p>Необходимы врачебная помощь, организованный образовательный процесс по психолого-педагогическому сопровождению отклоняющегося развития</p>
ДОШКОЛЬНЫЙ ВОЗРАСТ		

<p>1. Дифференциация возрастных симптомов реагирования на «вредность» от проявления болезни (страхи нормальные и патологические, дидактогения при поступлении в детское дошкольное учреждение и психическая болезнь).</p> <p>2. Оценка нормативного-отклоняющегося психоэмоционального развития.</p> <p>3. Оптимизация детско-родительских отношений.</p> <p>4. Определение обучаемости ребенка с отклонениями и профиля дальнейшего обучения</p>	<p>Ретроспективная и непосредственная оценка раннего развития.</p> <p>Ограничение по времени работы непосредственно над заданиями — 15 — 20 мин. Можно работать с перерывом, сочетая метод интенсивной работы и отдыха.</p> <p>Форма работы должна совпадать с естественными формами деятельности ребенка (игра, рисование, танцы, лепка). Для старших детей дошкольного возраста допускается аналог ситуации урока («академическая» форма обследования).</p> <p>Спектр применяемых методик — специализированные для</p>	<p>Высокие возможности адаптации. Использование интегративных образовательных учреждений для воспитания и обучения аномальных детей.</p> <p>Применение специальных психокоррекционных технологий индивидуально и в группе применительно к ребенку и родителям.</p> <p>Внимание должно уделяться типологии переживаемого кризисного периода</p>
<p>МЛАДШИЙ ШКОЛЬНЫЙ ВОЗРАСТ</p>		
<p>1. Разграничение возрастных проявлений реакции на сложные обстоятельства (например, поход в школу) от заболевания.</p> <p>2. Оценка соответствия интеллектуального и психического развития нормативному для возраста.</p> <p>3. Оценка обучаемости и определение формы обучения.</p> <p>4. Оптимизация детско-родительских отношений.</p> <p>5. Забота о соблюдении социальных прав</p>	<p>Форма проведения непосредственного обследования — сочетание игровых видов и академических форм психологической диагностики. Индивидуальная и групповая формы работы.</p> <p>Время работы — до 1 ч над заданиями, возможно динамическое обследование в несколько приемов. Методики патопсихологии, которые прошли апробацию на данной возрастной группе. Специальные методики из возрастной и общей психологии: ТАТ (САТ), детский вариант Розенцвейга, методика Рене—Жиля (особенности адаптации, социальная ситуация развития), детский вариант Кеттелла (6—12 лет), детский вариант</p>	<p>Специализированное организованное обучение детей в случае необходимости улучшает последующую адаптацию. Необходима оптимизация детско-родительских отношений и отношений со сверстниками. Может быть недооценка/переоценка степени тяжести болезни.</p> <p>В коррекционной работе можно опираться на личность пациента, использовать соревновательную мотивацию.</p> <p>Эффективны индивидуальные, групповые и семейные формы работы</p>

ПОДРОСТКОВЫЙ ВОЗРАСТ		
1. Дифференциация проявлений пубертатного криза от симптомов заболевания. 2. Дифференциация проявлений пубертатного криза от возрастнo-специфической патологии психической деятельности (криз протекает патологически, сдвинут во времени, является триггером заболевания).	Форма проведения обследования — академическая или близкая к игровой (соревнование), возможно компьютерное тестирование. Время проведения определяется состоянием (возможно до 1,5—2 ч непрерывной работы). Индивидуальная форма предпочтительнее, по возможности использовать	На первом плане — сотрудничество с личностью, попытка включить мотивационные механизмы. Адекватный подбор учебного учреждения (школы, техникума) и формы обучения.
3. Дисторфофобия, нервная анорексия, метафизическая интоксикация требуют возрастной дифференциальной диагностики. 4. Профилактика суицидального поведения. 5. Задача психологической поддержки больных и организации проф-ориентации	Групповая (фронтальная) форма работы дает дополнительную информацию. Методики — патопсихологии, возрастной, общей и социальной психологии: опросник Личко, опросники и тесты, специализированные для подростков. Большое значение имеют личные	Совместный поиск «экологической ниши» и расширение социальных сетей способствуют лучшей адаптации
ЮНОШЕСКИЙ ВОЗРАСТ		
1. Дифференцировка возрастных способов реагирования на жизненные обстоятельства от начала заболевания. (Например, отличие обычной астении от проявления депрессии, юношеской астенической несостоятельности и т.д.) 2. Профориентация и профреализация. 3. Профилактика суицидального поведения. 4. Оптимизация межличностных отношений	Время исследования определяется состоянием пациента (до 2 ч, обычно 1—1,5 ч). Методики патопсихологии, общей и возрастной психологии, оценка по нормативам и качественно. Процедура обследования — индивидуально или в группе, возможно на компьютере. Технология работы должна быть адаптирована к возрасту (возможно обращение на Вы и т.д.)	Опора на саму личность в ходе реабилитации, включение сохранных интересов личности при реабилитации. Молодой возраст дает основания для перспективного прогноза

В предлагаемой таблице даны некоторые общие характеристики работы психолога в разные возрастные периоды пациента: обозначаются основные задачи диагностики и работы; даются методические рекомендации по

процедурным вопросам и возможностям реабилитации в определенный возрастной период.

Как всякая схематизация, приводимые данные могут быть в чем-то неполными, неточными, повторяться, однако они, безусловно, полезны для обучения и практической работы психологов.

В своей работе патопсихолог должен учитывать также выделяемые клиницистами уровни нервно-психического реагирования и возрастные симптомы, с помощью которых индивид реагирует на различные виды вредности, стрессовые воздействия. Заболевания, расстройства, отклонения развития, связанные с возрастом, также требуют дифференциальной диагностики чрезмерно выраженного возрастного реагирования от заболевания.

Следует отметить, что периоды возрастных кризов могут протекать у аномальных индивидов с изменениями. Время прохождения кризисного периода смещается как в сторону опережения хронологического возраста, так и в сторону ретардации по сравнению с ним. Возможны пропуски каких-то кризисных периодов или сглаживание протекания одних кризисов и утрирование — других. К сожалению, данный вопрос относительно мало изучен клинически и эмпирически.

3. Возрастно-специфические заболевания, связанные с нарушением психического здоровья

В данном параграфе рассматриваются основные отклонения в психическом здоровье, связанные с возрастом их начала и/или проявления, а также отдельные виды возрастно-специфических заболеваний. Описаны ранний детский аутизм и его разновидности, нервная анорексия, синдром дефицита внимания с гиперактивностью, освещена проблема суицидального поведения у детей и юношества.

Лекция 5. Нейропсихология детского возраста: основные закономерности и принципы (2 ч.)

1. Принципы нейропсихологии детского возраста
2. Формирование межполушарных взаимодействий в онтогенезе

Нейропсихология детского возраста — наука о формировании мозговой организации психических процессов человека. В качестве базового в нейропсихологии детского возраста изначально выступало представление о том, что *психогенез человека обусловлен двумя обстоятельствами: изменением, системно-динамическими перестройками как мозговой организации, так и психологической структуры ВПФ и их констелляций.* Современные исследования позволяют расширить понимание этой драматургии: очевидно, что существуют определенные (связанные с интимными механизмами генетики мозга) требования к нормальному протеканию этих процессов.

По этому сценарию поэтапно обеспечивается мозговая организация адаптации ребенка к тем канонам, которые предъявляются ему в процессе психического развития. Стимуляция от социума и внешнего мира вообще превращает потенциальные ресурсы его мозга в актуальные и детерминирует характер цереброгенеза. Одновременно имеет место обратный процесс, особо ярко обнаруживающий себя на ранних этапах онтогенеза (в эмбриогенезе): состояние мозга ребенка координирует и модулирует взаимодействие как с лавиной внешней информации (начиная с организма матери), так и с самим собой.

Нейробиологическая зрелость определенных субкортикальных, комиссуральных и гемисферных комплексов, их межсистемных динамических констелляций обеспечивает возможность *адаптации ребенка к тем требованиям, которые предъявляются ему в процессе его развития.* Но подчеркнем: в первую очередь — социального развития, поскольку в условиях депривации общения ребенка с внешним миром в целом и прежде всего с другими людьми эти *церебральные механизмы модифицируются,*

искажаются и нарушаются вплоть до полной деградации (сначала функциональной, а затем и нейробиологической вообще).

Самыми уязвимыми оказываются в таких случаях именно наиболее *филогенетически молодые* мозговые системы: межполушарные взаимодействия транскаллозального (мозолистое тело) уровня и лобно-височные отделы левого полушария. Это, как правило, закономерно сочетается с *гиперфункцией* (то есть тоже своего рода искажением и нарушением), *высвобождением, растормаживанием более фило- и онтогенетически старых* функциональных систем, обеспечиваемых правым полушарием и особенно субкортикальными отделами мозга. Эта феноменология еще раз на материале нейропсихологии детского возраста подтверждает абсолютную неопровержимость эволюционных законов, сформулированных в нейробиологии, медицине и психологии (Джексон, 1885; Бехтерев, 1905; Юнг, 1912; Выготский, 1932; Орбели, 1949; Шмарьян, 1949; Селье, 1958, и др.).

В нейропсихологии детского возраста сформулированы определенные законы, описывающие драматургию, согласно которой происходит наращивание, накопление и обогащение этих адаптивных механизмов. Остановимся лишь на тех, которые имеют прямое отношение к рассматриваемым в данной книге темам. Знание о существовании этих объективных законов, возможно, позволит многое из *«непонятного»* перевести в ранг вполне доступного пониманию, объяснению и преодолению.

Гены и признаки не соотносятся один к одному. *Ген ответственен за несколько признаков, за «синдром», за группу признаков.* Генотип определяет не фиксированный набор признаков, а *норму реакции*, то есть репертуар возможных ответов индивида на действие среды.

Правильно понимаемая наследственность — не игральные кости судьбы. Она скорее — *множество потенциалов.* Какая их часть будет реализована, определяется факторами среды, биографией индивида. Жизнь каждого

человека предлагает множество вариантов, из которых только часть, вероятно, ничтожная часть, реализуется фактически.

Итак, та или иная психическая функция (движение, восприятие, речь, память, эмоции, мышление, воображение и т.д.), психическая деятельность в целом, стиль поведения ребенка даны ему изначально *только как потенциал*. Это положение и его конкретизация подробно рассматривались в предыдущей главе. Как известно, они широко обсуждаются в классических теориях общей и возрастной психологии. *Но что же это за потенциал?* Для нахождения ответа на этот вопрос остановимся на некоторых позициях системно-эволюционного учения.

В самом тезисном перечислении, согласно современным научным представлениям в *рамках системно-эволюционной парадигмы*, врожденными являются:

1. Детерминация поведения человека универсальными механизмами психологической организации, развивающимися в фило- и онтогенезе. Они существуют в форме таких паттернов, как *рефлекс, доминирующая мотивация, функциональная система, фактор* и т.д. Перечисленные суть законы пространственно-временной самоактуализации человека.

По-видимому, эта констатация является наиболее фундаментальной, в явном или неявном виде присутствующей во всех науках системно-эволюционной парадигмы.

2. Базовое свойство фило- и онтогенеза как непрерывного процесса — транслировать себя, манифестировать через дискретные (частные или генерализованные) новообразования, отражающие возникновение новых форм поведения. Эта характеристика на психологическом (то есть, по сути, нейропсихосоматическом) уровне реализует глобальный, универсальный «кванто-волновой» способ существования материи. Собственно онтогенез, равно как и филогенез, существует объективно в виде смены (кризисов) форм поведения, в ходе которой каждый последующий уровень (в ответ на

увеличивающиеся запросы адаптации к внешнему миру и внутренним состояниям) вырастает из недр предыдущего и ассимилирует его.

3. Наличие двух принципиальных источников возникновения новых форм поведения, обуславливающих магистральные линии фило- и онтогенеза: *вариативности поведения* (увеличение и разнообразие способов взаимодействия с внешней и внутренней средой, а также систем, последовательностей и цепей этих взаимодействий) и *поведения, отклоняющегося от нормы.*

4.Ряд инстинктивных форм поведения, потребностей и рефлексов, доставшихся нам «по наследству» из филогенеза, то есть от наших эволюционных предков. Относиться к этому филогенетическому богатству следует с большим пиететом, поскольку это базис, без которого дальнейшее развитие, да и само существование человека попросту невозможны (ведь это, например, пищевое, имитационное, игровое и территориальное поведение, инстинкты самосохранения, эмоционального сопереживания и стремления к получению новой информации, архетипическая память и т.д.). Но ведь это и коммуникативное поведение, которое у человека опосредуется в первую очередь речью.

5.Организация внешней и внутренней «схемы тела» человека со всеми соответствующими анатомическими и функциональными системами и уровнями поддержания гомеостаза организма в целом. Здесь же необходимо упомянуть груз «родовых» талантов и заболеваний (психических и соматических), *зон наибольших достижений или, напротив, риска,* наследуемых каждым человеком по обеим родительским линиям.

6.Отдельные специальные способности (например, темперамент, подвижность и скорость психических процессов, музыкальный слух, различение звуков человеческой речи, восприятие окружающего пространства, манипулятивная активность речевого аппарата, ног, рук и т.д.) и *соответствующие этим способностям «врожденные модели поведения»,* актуализируемые нейросоматической системой.

7. Способность к предвосхищению, или антиципации, то есть к некоторому опережающему реально наличествующую информацию предвидению результатов собственного поведения. **Способность к обучению,** которое начинается с импринтинга — мгновенного запечатления жестко определенных для каждого возрастного периода образов или моделей поведения. Но обучение в принципе возможно только в результате постоянного, изо дня в день повторяющегося контакта с окружающим миром, в первую очередь с другими людьми. Наконец, врожденным является **экстраполяционное поведение,** фундаментальный источник развития и адаптации вообще, качественно (в том числе и по мозговой организации) отличный от процессов обучения*

Обращаясь к проблеме *мозгового обеспечения единого онтогенетического процесса,* отметим еще раз, что мозг — это не только известные всем правое и левое полушария, мозолистое тело, их связывающее, подкорковые (субкортикальные) образования и т.д. Это и периферическая нервная система, обеспечивающая непрерывный диалог головного мозга со всем телом, и различные нейрофизиологические, нейрохимические, нейроэндокринные системы, каждая из которых вносит свой специфический вклад в актуализацию любой психической функции.

А созревают они тоже неодновременно (гетерохронно) и асинхронно. Одни практически готовы к включению в активную деятельность к моменту рождения ребенка. Более того — определяют его внутриутробное развитие, сам процесс рождения и адаптации к новым (земным) условиям существования. Другие полноценны морфофункционально лишь к 8—9 годам, а то и позже.

Отметим, что подкорковые структуры мозга созревают по преимуществу еще внутриутробно и завершают свое развитие (то есть Достигают принципиально «взрослого» состояния) в течение первого года жизни ребенка. А корковые (особенно префронтальные, лобные) — лишь к 12—15 годам. Правое полушарие демонстрирует свою морфофункциональную

зрелость уже к 5 годам, а левое (в частности, его речевые зоны) — только к 8—12.

1. Принципы нейропсихологии детского возраста

I. Центральная догма нейропсихологии детского возраста — психогенез человека обеспечен двумя взаимообуславливающими процессами, линиями: 1) системно-динамическими перестройками мозговой организации и 2) изменением структуры, строения каждой Психической функции, их взаимодействий и всего поведения в целом.

Организм человека (ребенка — тем более) и особенно его нервная система от природы наделены огромным числом степеней защит, *феноменальной пластичностью*. Эти ресурсы компенсации поистине неисчерпаемы. Даже в самых тяжелых случаях этот «адаптационный буфер» достаточно велик, что и доказывает практика нейропсихологической коррекции. Просто *нужно знать и понимать основополагающие закономерности этой драматургии и действовать строго в соответствии с ними*, так же как мы, не задумываясь, пользуемся таблицей умножения.

Современные исследования позволяют расширить понимание этого захватывающего сюжета — неразделимых в своем единстве взаимоотношений между формирующимся мозгом (и шире — организмом) ребенка и его психическим развитием. Очевидно, что имеют место определенные (связанные с интимными механизмами генетики мозга человека как социального существа) ***требования к нормальному протеканию совокупности этих процессов.***

Итак, нейробиологическая зрелость определенных зон, комплексов и систем мозга (подкорковых и корковых, правого и левого полушарий, связей — спаек, или комиссур — между ними) обеспечивает возможность *адаптации ребенка к тем требованиям, которые предъявляются ему в процессе его развития*. Но в условиях депривации общения ребенка с внешним миром в целом и прежде всего с другими людьми все эти

церебральные (мозговые) механизмы модифицируются, искажаются и нарушаются вплоть до полной деградации.

II. Базовой в нейропсихологии детского возраста аксиомой выступает представление о *взаимообуславливающем единстве мозговых, психических и соматических (телесных, организмических) составляющих человека, существующего в природном и социокультурном окружении*. Психическое развитие (и в детстве, и в зрелом возрасте, и в старости) является *динамическим, иерархически организованным, системным энергоинформационным процессом*.

Центральным «административным узлом» этих многогранных, интимных контактов является мозг. Еще в 30-х гг. XX в. были получены данные, позволившие неопровержимо постулировать вывод о постоянном «забегании вперед» структуры перед функцией. То есть о том, что уже процесс раннего эмбриогенеза всегда опережает наличную функцию, как бы «заготавливая впрок» те структуры, которые будут востребованы, необходимы только в будущем поведении, после рождения, впоследствии.

В процессе своего еще *внутриутробного развития и дальше*, после рождения, ребенок развивался как *единая, саморегулирующаяся система, функционирующая по программе, веками отработанной эволюцией*. Самой эволюцией, которая старше, мудрее и дальновиднее любого из нас.

Поэтому не станем изобретать велосипедов, а воспользуемся ее советами. Если уж мозг и тело ребенка один раз (еще внутриутробно) воспроизвели драматургию «буксира», почему бы нам не использовать этот алгоритм еще раз? Собственно, эта идея и лежит в основе нейропсихологического метода «замещающего онтогенеза», краткое описание которого завершает данную книгу.

III. *Церебральная репрезентация любого фактора инвариантна* (к 2 годам она стагнируется окончательно и неизменно), что является фундаментальной психобиологической характеристикой человека как вида. *Подвижной, гибкой является мозговая организация функции*

(межфункциональных связей и т.д.), которая и является *системно-динамической совокупностью факторов*.

Ведь в протекании одной и той же функции, например, речи, у данного человека в разных условиях (у разных людей, у китайца и европейца, ребенка и взрослого) меняется удельный вес того или иного фактора. Вследствие вариативности таких межфакторных констелляций и формируется (перестраивается) функциональная активность всех мозговых зон, обеспечивающих целостную психическую деятельность. Предельно четко это сформулировано А.Р. Лурия еще в 50-х гг. прошлого века:

IV. Принципиальной для нейропсихологии детского возраста является **«взрослоцентрическая» модель** рассмотрения онтогенетических перестроек **и первичная точка отсчета от момента зачатия ребенка** (включающая весь «багаж» его наследования по обеим линиям). Взрослостремительный вектор обусловлен тем, что в реальности имеет место только один, *равноудаленный от всех возрастов, периодов и вариантов онтогенеза* (то есть объектов, которые мы сравниваем в ходе анализа) *критерий* — *среднестатистическая для взрослого человека средних лет норма реакции* данного фактора, функции, состояния или поведенческого феномена. Любой иной тип их сопоставления будет некорректным.

Иными словами, обсуждая тот или иной феномен в определенном возрасте (в норме или патологии), мы с неизбежностью должны поставить перед собой вопросы: «К чему, к какому результату стремится данный возрастной нейропсихологический альянс? Для достижения какой (подчас — весьма отдаленной) цели, зачем он сформировался или, напротив, регрессировал?» Естественно, что такой *перспективный анализ однозначно требует противовеса в виде ретроспекции*: «Когда, почему и как в онтогенезе сформировались (или нарушились, исказились) нейропсихологические предпосылки, «предфакторы» нынешней мозговой организации психической деятельности данного ребенка?»

V. В классической нейропсихологической парадигме эта аксиома сформулирована А.Р. Лурия: *«Прежде чем ответить на вопрос, каковы основы того или иного психического процесса, необходимо тщательно изучить строение того психологического процесса, мозговую организацию которого мы хотим установить, и выделить в нем те звенья, которые в той или иной степени могут быть отнесены к определенным системам мозга».*

С позиций интересующей нас проблемы ответы на заданные выше вопросы в тезисном виде, очевидно, звучат следующим образом.

Онтогенез подкорково-корковых взаимодействий стремится:

1) к закреплению *баланса уровней произвольной и непроизвольной саморегуляции* человека;

2) к *стагнации приоритетного, доминантного, иерархического ранга, статуса произвольной саморегуляции* в этой диаде;

3) к *дифференциации и межуровневому интегративному взаимодействию операциональных и регуляторных аспектов* психической деятельности

Онтогенез межполушарных взаимодействий стремится:

1) к закреплению, четкой дифференциации с последующей интеграцией основной функциональной право-левополушарной дихотомии — *«соматогнозис — речь»;*

2) к использованию этого фундамента для *формирования полушарных локусов контроля* за протеканием всех форм и уровней психической деятельности в целом, то есть для онтогенеза всех производных (от базовой) межполушарных дихотомий;

3) к созданию *оптимального режима, паритетности парной работы полушарий мозга* при условии их постоянной функциональной конкуренции/комплементарности, синхронности реципрокности, взаимной активации/торможения и т.д.

VI. Центральная, паритетная относительно речи, роль соматогнозиса в онтогенезе человека (особенно на ранних его этапах, в

кризисных возрастах, в возрасте инволюции) отражена в афоризме одного из основоположников детской психиатрии в нашей стране, В.В. Ковалева: «Ребенок — существо соматическое».

Действительно, ведь, например, освоение внешнего оптомануального пространства или временных феноменов невозможно без сформированности схемы тела и соответственно соматической ритмологии (базиса для рефлексии времени). Хотя бы потому, что именно *схема тела является той моделью, архитектурным планом, который организует взаимодействие различных сенсомоторных систем человека, без чего его внешняя пространственно-временная (равно как и эмоциональная) актуализация весьма проблематична.*

Этот факт, очевидно, является неопровержимым аргументом в издавна введущихся спорах о градиентах развития и сроках созревания правой и левой мозговых гемисфер. ***Правое полушарие «обречено» на более раннее функциональное созревание*** самим фактом *латерализованного* представительства в нем *соматогнозиса*, в котором заложены все базовые *пространственно-временные факторы (предфакторы)* и который, как известно, достаточно активен уже в эмбриогенезе. Это, очевидно, нейробиологически обеспечено *интимной связью правой гемисферы с гипоталамо-диэнцефальными зонами*, а следовательно — специфическими адаптогенными (нейрохимическими и иммунными) системами (Доброхотова, Брагина, 1977; Ротенберг, Аршавский, 1984; Поляков, 1985; Московичюте, Беляева, Адигамов, 1988; Семенович, Беляева, 1992, и др.).

VII. Одна из важнейших характеристик онтогенеза межполушарных взаимодействий заключается в том, что ***функциональная кортикализация и специализация левого и правого полушарий*** протекает не только *гетерохронно и асинхронно* и зависит от их взаимного обогащения. Прирост функционального потенциала *правого* полушария происходит в первую очередь за счет *количественного расширения и усложнения внутреннего и внешнего перцептивных полей* (в том числе и речевых) человека. Он

однозначно зависит от полимодальной и эмоциональной насыщенности информации, структурных взаимодействий между идущими извне и изнутри самого ребенка потоками информации.

В этой связи хотелось бы отметить, что *две базовые в нейропсихологии детского возраста концепции* — «эквипотенциальности», или инвариантной латерализации (Э. Леннеберг, М. Газзанига и др.), и *прогрессивной латерализации* (М. Кинсборн и др.) — очевидно *равноправны и не являются конкурирующими, поскольку описывают различные функциональные и процессуальные уровни, этапы психического цереброгенеза*. Сегодня накоплено достаточно эмпирических доказательств безусловного приоритета каждого из них в соответствующие критические периоды детства. Иными словами, они не противоположны, но *комплементарны* друг другу, как комплементарны любые теоретические модели, описывающие реальный объект, каковым и является онтогенез межполушарных взаимодействий.

VIII. Данное положение становится очевидным и тем более актуальным, как только мы от изолированного рассмотрения *линейной*, «горизонтальной (межполушарной)» организации мозгового обеспечения психического онтогенеза переходим к *объемной картине*. Иными словами, рассматриваем онтогенетическую феноменологию в нейропсихологическом *контексте взаимообуславливающего единства* классических, многократно освещенных в отечественной и зарубежной литературе *теории межполушарного взаимодействия и теории III функциональных блоков мозга А. Р. Лурия*.

Эта схема анализа видится более адекватной и приближенной к реальному объекту по той простой причине, что сам *мозг* (равно как и психическая деятельность) является образованием *объемным и развивающимся во времени*. Она включает, помимо названной «горизонтальной», «вертикальную» (подкорково-корковую) и «латеральную» (передне-заднюю, внутрислошарную) оси. *Отраженные в этой модели* локусы контроля и процессы формирования мозговой организации

психической деятельности и поведения человека в целом, как представляется, и образуют максимально *приближенный к реальному наш идеальный* (научно-исследовательский, теоретический) образ.

Необходимо еще раз акцентировать своего рода *специализацию правой и левой гемисфер в актуализации патофеноменов*, независимо от вида психической деятельности больного; соответственно еще одна дихотомия: «*искажение продуктивности и конфабуляции*»— «*снижение продуктивности и персеверации*». Это замечание связано с очевидным, но подчас игнорируемым фактом: ***мозговая организация любого психического феномена должна созреть, сформироваться независимо от того, является ли он нормативным или патологическим.***

IX. Итак, ***системно-динамическое становление*** мозговой организации психических процессов актуально и на большом отрезке онтогенеза происходит от *субкортикальных образований к коре головного мозга* (снизу вверх), имея при этом системно-иерархическое строение. Оно стремится от *правого полушария к левому* (справа налево) и от *задних отделов мозга к передним* (сзади вперед). Причем именно в *правом полушарии* происходит *разворачивание, межмодальное обогащение* психических функций и отдельных их аспектов (факторов), прежде чем таковой *сфокусируется, «локализуется» в левом.*

Данная гипотеза представляется правомерной, поскольку таким только образом может состояться (с нейропсихологической точки зрения) *онтогенез новой функциональной системы*. Ведь система организуется вследствие влияния: 1) доминирующей мотивации, 2) максимально адаптивного для организма в целом конечного результата и 3) оптимального энергообеспечения регуляторных/модуляторных и ритмологических механизмов. А перечисленное — либо полностью, либо опосредованно связано с функциональной специализацией субкортикальных структур мозга, которые, как не раз уже говорилось, создают фундамент корково-

подкорковой и межполушарной организации психической деятельности человека.

Интерииоризированные, многократно вербально (культурально, символически, концептуально) обозначенные межфункциональные паттерны (область «значения» по А.Н. Леонтьеву) частично вновь возвращаются под эгиду функционального локуса контроля правого полушария (то есть интегрируются в мотивационно-потребностную, аффективно и соматогностически индивидуально активируемую область «личностного смысла»). Окончательно формируется истинно парное взаимодействие полушарий, в котором левому отводится контролирующая роль как носителю социально-адаптогенных механизмов в целостной «картине мира» человека.

Здесь, очевидно, и кроется нейропсихологическая подоплека констатации: «Слово может вылечить, а может — убить». Она определяется двумя взаимосвязанными обстоятельствами. Первое определяется *энергоинформационной насыщенностью и потенциалом самого слова, которые иницируют возникновение нисходящего вектора*. Ведь понятно, например, что из нескольких синонимов, обозначающих одно и то же явление, субъективно значимым, «активирующим» для конкретного человека будет только один. А остальные — более или менее индифферентными для восприятия, а тем более — запоминания.

Второе производно от степени *включенности, вовлеченности* этого «слова» в ареал актуальной доминирующей потребности (опосредуемой в первую очередь гипоталамо-диэнцефальными системами). При высокой степени такой *изоморфности паттерн доминирующей мотивации как бы притягивает* к себе соответствующий *вербальный*. И начинается следующий, новый акт формирования мозговой организации психического процесса (снизу вверх, справа налево и т.д.)

Апофеозом церебрального функционального онтогенеза являются право- и левополушарные *нисходящие* (сверху вниз) *контролирующие, модулирующие и активирующие* влияния от передних (лобных) отделов

мозга к субкортикальным образованиям. Здесь также очевиден функциональный приоритет левого полушария ввиду главной цели онтогенеза — формирования «образа Я» через ассимиляцию «внутреннего образа мира», то есть адаптации себя к социуму и обратно.

Эта модель оказывается валидной не только при анализе феноменологии раннего и позднего онтогенеза, критических периодов и экстремальных ситуаций, но и мозгового системно-динамического обеспечения любого актуально протекающего поведенческого акта человека.

Однако в настоящей работе мы применяем ее лишь к проблемам нейропсихологической квалификации индивидуальных различий в детском возрасте.

2. Формирование межполушарных взаимодействий в онтогенезе

Рассмотрим подробнее закономерности и этапы формирования межполушарного взаимодействия в онтогенезе, чтобы еще раз в ином ракурсе проанализировать те положения, которые были обозначены выше.

Формирование межполушарного взаимодействия в онтогенезе человека ***содержит ряд ступеней, эволюционное содержание которых состоит в поэтапном включении — с последующей ассимиляцией — комиссуральных структур разного уровня и филогенетической зрелое-0U*** в обеспечение целостной психической деятельности.

Этот процесс, *предшествующий функциональной латерализации мозга, затем идет параллельно с ней* по всем правилам гетерохронии и асинхронии, имеет свою периодизацию и т.п. (то есть протекает по инвариантным универсальным законам развития). Его конечной точкой можно считать *межполушарную интеграцию высшего уровня, когда парная работа мозга как основополагающая система подчиняет себе латерализованную функциональную специализацию полушарий— составляющую часть этой системы.*

Напомню в этой связи, что существуют два очень важных нейробиологических показателя. Первый свидетельствует о степени сформированное межполушарных взаимоотношений, а второй — об их связи с лимбическими структурами мозга, как известно, являющимися функционально ведущими потребностно-эмоциогенными зонами мозга, непосредственно связанными также с базовыми функциями памяти человека.

Мы обращаем на это особое внимание в связи с тем, что функциональная асимметрия мозга — это уникальный признак человека как вида. А тот скачок в филогенезе, который отражают приведенные цифры, подтверждает значимость процессов межполушарного взаимодействия для мозговой организации специфически человеческих форм адаптивного поведения.

Включение каждого последующего этапа парной работы мозга предполагает ассимиляцию, интеграцию предыдущего, который начинает исполнять *подчиненную роль, продолжая уже в свернутой форме подконтрольно обеспечивать базовые свои функции.* В целом морфологический и функциональный цереброгенез стремится к поэтапному закреплению иерархии дифференцированных подкорково-корковых, внутри- и межполушарных взаимодействий. Каждая зона мозга привносит в этот системно-динамический процесс свой индивидуальный «талант». В данном разделе мы более подробно обсудим *формирование комиссуральных предпосылок парной работы мозга в онтогенезе.*

Дебют этого онтогенетического новообразования (по Н. Гешвинду) может быть отнесен к 3—5 месяцам беременности и связан с активизацией системного гормона тестостерона. Это — фундамент функциональной латерализации мозга и нейробиологической предуготованности определенных комиссуральных комплексов к выполнению миссии межгемисферного интегратора. Данное эмбриогенетическое событие отражает *нейробиологическую заданность функциональной асимметрии человеческого мозга.*

Но реализовываться этот механизм начинает, по-видимому, в момент выхода ребенка из внутриутробных условий невесомости; ведь вследствие акта рождения дитя впервые попадает под действие сил гравитации, что является определяющим источником резкой активации его стволовых образований. Последовательность дальнейших церебральных модификаций обеспечивает адаптацию ребенка к тем требованиям, которые предъявляются ему в процессе развития; востребованность извне превращает потенциальные ресурсы тех или иных церебральных систем в актуальные и детерминирует характер их онтогенеза.

Анализ многочисленных литературных источников, собственные наблюдения в клинике локальных поражений мозга и в ходе консультативной работы с «отклоняющимся развитием» позволяют говорить о **трех основных уровнях организации межполушарного взаимодействия в онтогенезе.**

- На первом этапе (от внутриутробного периода до 2—3 лет основополагающими являются **транскортикальные связи стволового уровня, мозговые спайки гипоталамо-диэнцефальной области и базальных ядер.** Здесь, в рамках 1-го функционального блока мозга (ФБМ), закладывается базис для межполушарного обеспечения *нейрофизиологических, нейро-гуморальных и нейрохимических асимметрий,* лежащих в основе соматического, аффективного и когнитивного статусов ребенка.

Именно здесь «локализован» основополагающий онтогенетический фактор — механизм импринтинга, являющийся (помимо иных своих функций) пейсмекером — запускателем шага, ритма — наиболее жестких, архетипических, генетически обусловленных вариантов реагирования. На этом уровне впервые заявляют о себе глубинные *нейробиологические предпосылки формирования будущего психофизиологического «стиля» поведения* ребенка. Организуется в значительной мере инвариантный каркас его потенциальных адаптивных возможностей в рамках таких дихотомий, как

симультанность (статика, ригидность) — сукцессивность (кинетика, пластичность); асимметрия доминантно-субдоминантных, агрессивно-аверсивных, психосексуальных, ритмологических и иных этологических паттернов, обеспечивающихся, в свою очередь, гормональными, электрохимическими, биохимическими асимметриями.

Благодаря церебральным системам этого уровня организуются *сенсомоторные горизонтальные* (например, конвергенция глаз и взаимодействия конечностей) и *вертикальные* (например, опто-оральные и орально-мануальные) *синергические и реципрокные взаимосвязи*.

Анализируя все многообразие и взаимообусловленность перечисленных процессов, нельзя не поразиться тому обстоятельству, что *уже внутриутробно*, не говоря о последующих этапах его жизни, ребенок (благодаря активности своего мозга) во многом *сам определяет ход своего развития*. Причем начиная с сотворения плаценты, которую ребенок «конструирует» лично.

К этому революционному моменту у него уже полностью, первыми из всех сенсорных, должны *быть готовы ноцицептивные (болевые) системы ретикулярной формации*. Должны быть достаточно зрелы для первой встречи с внешним миром и *дыхательные, сосательные и другие витальные рефлексы*.

Заключительным аккордом функциональной активности межполушарных связей субкортикального уровня является *избирательно латерализованная стволовая активация* (по М. Кинсборну), возникающая в период адаптации к речи (2—3 года). Она проявляется в том, что усиливаются восходящие активирующие влияния на левое полушарие при выполнении ребенком вербальных задач; в обратном случае аналогичные нейрофизиологические процессы направлены на правое полушарие. Это является залогом и базой для закрепления устойчивых предпосылок функциональной речевой латерализации и формирования вообще полушарных локусов контроля актуально и на следующих этапах взросления.

Недаром именно в этом возрасте часто наблюдается фрагмент регресса речевых функций у многих леворуких детей и истинный регресс при аутизме.

Второй этап — возрастной период от 3 до 7—8 лет — характеризуется выступающей на первый план активизацией *межгиппокампальных комиссуральных систем*. Благодаря прогрессирующим афферентным и эфферентным ипси- и контралатеральным проекциям, а также интимным связям со *спаячными образованиями свода и прозрачной перегородки*; будучи важнейшим образованием *лимбической системы*, *межгиппокампальный комплекс* начинает играть ведущую роль в организации *межполушарного обеспечения полисенсорной, межмодальной когнитивной и/или эмоционально-мотивационной интеграции*

Указанные зоны в филогенезе являются центральной мозговой комиссурой в онтогенезе, как показывают наши клинические исследования, межгиппокампальным структурам принадлежит *роль инициатора и стабилизатора взаимоотношений между правой и левой гемисферами*. Этим они отличаются функционально *от комиссур подкоркового уровня*, основной прерогативой которых является *инициация динамики и вектора (вертикального и горизонтального) межполушарного взаимодействия*.

Важнейшая функция межгиппокампальных связей — межполушарная организация и *стабилизация мнестических процессов* (как таковых и в широком межфункциональном контексте), на которых в этом возрастном периоде лежит основная ответственность за онтогенез в целом. Следует особо отметить, что амнестический синдром, который в принципе не характерен для детей, неизменно наблюдается при деструкции межгиппокампальных связей и является патогномоничным именно для данной локализации патологического очага в детском возрасте.

На этом отрезке онтогенеза закрепляются и автоматизируются все основные *межполушарные асимметрии операционального уровня* — уровня 2-го ФБМ. Формируется *доминантность* полушарий мозга *по руке и речи*, фиксируется право- или левополушарный *локус контроля* за актуализацией

когнитивных (вербальных и невербальных) и эмоциональных психологических факторов и функций.

Следует отметить, что бытующая сегодня точка зрения о резком увеличении количества левшей в популяции отражает наличие двух реальностей. С одной стороны, этот факт действительно имеет место в связи с прекращением поголовного переучивания неправоруких, но с другой — этот скачок не в последнюю очередь связан с повсеместным ростом числа детей, у которых наблюдается дизонтогенез описываемых комиссуральных систем.

По нашим данным, такой тип развития (*дисгенезия спаек мозга стволового и отчасти гиппокампального уровня*) — «*дисгенетический синдром*» — наблюдается сегодня примерно у половины детской популяции. Отчего же гиппокампальный комплекс оказывается в ряде случаев заинтересован в этом дизонтогенетическом процессе? Ведь было оговорено, что его основная функция — обеспечение трансгемисферных отношений уровня 2-го функционального блока мозга. Да, но, с одной стороны, эта подсистема, как таковая, относится к 1-му ФБМ, с другой — включена в морфофункциональную иерархию комиссуральных систем мозга. Этим и объясняется ее чрезмерная сензитивность по отношению к широкому кругу дизадаптационных влияний: она является своего рода «мишенью» для неблагоприятного воздействия со всех сторон.

В целом все перечисленное требует привлечения к этим проблемам внимания специалистов и глубокого междисциплинарного анализа, поскольку «*увеличение леворукости*» (главным образом — патологической или компенсаторной) наряду с известными фактами об увеличении числа детей с *логопатией, правосторонней эпилептичностью, признаками иммунодефицита, органическими десинхронозами* и т.п. с нейропсихологической точки зрения свидетельствуют об актуализации одного и того же дизонтогенетического патогенетического механизма межгемисферного переноса.

Рассмотрим несколько примеров межполушарного факторогенеза, опосредуемого на уровне 2-го функционального блока мозга. Всем известно, что фонематический слух является классическим примером левополушарной локализации психологического фактора у правшей. Но очевидно, что прежде чем стать звеном речевого звуко различения, он должен на первых этапах онтогенеза сформироваться и автоматизироваться как тональное звуко различение; звуковая дифференцировка бытовых и природных шумов, голоса человека; наконец, восприятие просодики маминой речи в разных ситуациях, в зависимости от близости ее тела, собственного телесного комфорта/дискомфорта и т.п.

Иными словами, факторогенез фонематического слуха до его фокусировки в левом полушарии должен быть максимально обеспечен прелингвистическими правополушарными компонентами, «превербитумом» (по М. Критчли), всесторонним взаимодействием ребенка с окружающим миром, где все имеет свое «имя», и введением в действие механизма межгемисферного переноса. Как доказывают нейропсихологические исследования, именно дефицит или несформированность последнего может приводить к грубейшим задержкам речевого развития, в частности, по сенсорному типу.

Другим очевидным примером служит становление межполушарного обеспечения пространственных представлений как целостной функциональной системы. До того как в обиходе ребенка появятся слова «выше», «вниз», «вперед», «голова», «левая рука»... то есть актуализируется соматорефлексия и вербальная маркировка пространства (левое полушарие), в правом должны в полной мере сформироваться соматогнозис и обобщенный полимодальный перцептивный образ телесного и опто-мануального непосредственно-чувственного взаимодействия с объектами внешнего пространства.

Еще один пример — известный всем феномен зеркальности, который демонстрируют практически все дети в процессе усвоения букв и цифр. Он

является не чем иным, как отражением равноправного сосуществования в правом и левом полушариях мозга перцептивных и мнестических «двойных энграмм» (по М. Газзаниге). Это факт несформированности функциональной асимметрии мозга, а следовательно, локуса правополушарного контроля за направлением процессов восприятия и памяти. Общеизвестно, что данный дефицит элиминируется вслед за стабилизацией доминантной роли правого полушария по отношению к широкому спектру пространственных факторов и к опережающей первичной симультанной обработке (по Э.А. Костандову) любого стимула. Это приводит к стагнации вектора восприятия от левой стороны перцептивного поля к правой и закономерному подавлению «двойных энграмм». Очевидно, что одновременно происходит возрастание доминантной роли левого полушария по отношению к реализации знаковых программ (каковыми являются буквы и цифры). В условиях того или иного дефицита межполушарных взаимодействий «зеркальные» феномены не исчезают естественным путем, но продолжают актуализироваться длительное время, вплоть до момента, когда ребенок научится произвольно контролировать такие ошибки, то есть до периода, когда обсуждаемый вектор восприятия становится автоматизмом.

Завершающим в становлении межполушарных взаимодействий ребенка является этап приоритетного значения комплекса *транскаллозальных* связей, продолжающийся от 7 до 12—15 лет. Нейрофизиологически это подкрепляется формированием «волны Уолтера» — *центрального механизма произвольного внимания*. Прежде мозолистое тело — эта главная для человека мозговая комиссура была включена в актуализацию межгемисферного обмена преимущественно между гомотопическими областями задних отделов правого и левого полушарий, наращивая свою контролирующую функцию по отношению к нижележащим комиссуральным уровням. Теперь картина качественно меняется.

Именно морфологическая и функциональная зрелость мозолистого тела, главная роль которого в фило- и онтогенезе состоит в *обеспечении*

межфронтальных (лобных) взаимодействий, обуславливает иерархию и устойчивость уже достигнутых в ходе развития ступеней. Они обеспечивают межполушарную организацию психических процессов на наиболее важном для социальной адаптации — регуляторном, социокультурально опосредствованном уровне их протекания (3-й ФБМ), уровне когнитивных стилей личности, базовых произвольных детерминант отражения себя в окружающем мире и через окружающий мир.

Благодаря межполушарным взаимодействиям на этом уровне возможно закрепление функционального приоритета лобных отделов левого полушария, что позволяет ребенку не только выстраивать свои *собственные программы поведения, ставить перед собой ясно определенные цели, но и контролировать (корректировать) их в зависимости от постоянно изменяющихся условий в соответствии с требованиями природного окружения и социума. Степень сформированности такой произвольной саморегуляции существенно расширяет границы пластичности поведенческих реакций*, позволяя в каждый момент времени использовать ту стратегию, которая наиболее адекватна и сбалансирована с точки зрения соответствия внутренних и внешних истоков, условий и механизмов адаптации.

Следует подчеркнуть, что *данный транскортикальный уровень как наиболее молодой и поздносозревающий (как в фило-, так и в онтогенезе) в соответствии с эволюционными законами является наиболее уязвимым. Ведь при любой девиации формирования нижележащих структур, в силу системно-динамических механизмов, эти высшие функциональные системы будут развиваться в условиях постоянного энергетического обкрадывания, что прямо или косвенно актуализируется при любой форме отклоняющегося развития, что показано в синдромологии нейропсихологии детского возраста.*

В целом же практически *не существует варианта дезадаптивного поведения человека, при котором не обнаруживался бы в той или иной*

степени дефицит этого уровня опосредования психической деятельности.

Лекция 6. Нейропсихологическая синдромология отклоняющегося развития (2 ч.)

1. Функциональная несформированность лобных отделов мозга
2. Функциональная несформированность левой височной области
3. Функциональная несформированность мозолистого тела (транскаллозальных межполушарных взаимодействий)
4. Функциональная несформированность правого полушария
5. Функциональная дефицитарность базальных ядер мозга
6. Функциональная дефицитарность стволовых образований мозга - дисгенетический синдром
7. Атипичия психического развития

Синдромный нейропсихологический анализ состояния психических функций у детей, посещающих массовые детские учебные учреждения и обнаруживающих трудности обучения, выявил в каждом случае специфическую картину, обусловленную влиянием конкретных патогенных механизмов. И эти механизмы суть отражение несостоятельности определенных звеньев психической деятельности вследствие их несформированности или дефицита. Базисом для последней является тот или иной вариант незрелости, недостаточности и/или искажения онтогенеза их мозговой организации.

И еще одно крайне важное замечание: любой из приведенных ниже, **акцентированных феноменов в изолированном виде не может считаться квалификационным**, то есть стать поводом для постановки диагноза. Достоверность вашему заключению придает только один критерий — синдромальная, системная актуализация всех заявленных в описании конкретного типа дизонтогенеза феноменов. Одни из них могут проявляться

более грубо, чем в настоящем изложении, другие — в замаскированной или незначительной форме. Главное — они, как *инвариантно связанные, производные от определенного дизонтогенетического фактора, обречены на системно-динамическую реализацию*. И, если вы такую не выявляете в процессе нейропсихологического исследования, значит, необходимо его повторить спустя некоторое время и, разумеется, на другом стимульном материале.

Нейропсихологический **синдром** = **закон**, описывающий паттерн мозговой организации психической деятельности.

Синдромы отклоняющегося развития

1. Функциональная несформированность префронтальных (лобных) отделов мозга
2. Функциональная несформированность левой височной области.
3. Функциональная несформированность межполушарных взаимодействий транскортикального уровня (мозолистого тела).
4. Функциональная несформированность правого полушария мозга.
5. Функциональная дефицитарность подкорковых образований (базальных ядер) мозга.
6. Функциональная дефицитарность стволовых образований мозга — дисгенетический синдром.

Предлагаемая *дифференциация на «синдромы несформированности» и «синдромы дефицитарности»* связана (методологически) с тем, что субкортикальные образования к концу первого года жизни ребенка практически завершают свое структурно-морфологическое развитие. Следовательно, строго говоря, начиная с этого возраста их состояние может обозначаться как «препатологическое», «субпатологическое», но никак не «несформированное». С точки зрения нейропсихологического языка описания *«функциональная несформированность»* может иметь место только там, где *продолжается морфофункциональный онтогенез* той или иной

мозговой структуры (например, для височных отделов мозга этот период продолжается до 9, а для лобных — до 12—15 лет).

1. Функциональная несформированность лобных отделов мозга

Уже в ходе беседы с родителями выясняется, что ребенок *легко отвлекается, не может сосредоточиться, быстро устает от занятий*. Его трудно надолго заинтересовать, он *вял и равнодушен* практически ко всему, особенно если это связано с выполнением школьных заданий. Он и в повседневной жизни не проявляет выраженного к чему-либо интереса. Самая характерная жалоба мамы: «Он может часами плевать в потолок, играть в одну и ту же компьютерную игру без особого азарта и желания попробовать другую». Его не волнуют ни поощрения, ни наказания, особенно в старшем возрасте. Да и в более младшем — заставить его что-либо сделать можно лишь «из-под палки» или посулив награду. Впрочем, любыми подарками он пресыщается через несколько минут, особенно если это игры, требующие от него хоть минимальных усилий.

Социально приемлемые ценности и нормы поведения отнюдь не являются для этих детей аксиомами. Абстрактно сформулированное: «Надо хорошо учиться. Это интересно... и т.п.» — не вызывает у них энтузиазма. В качестве *императивов их деятельности почти всегда выступает зримая перспектива абсолютно материализованного поощрения или наказания*. Впрочем, с возрастом притягательность награды или страх перед предстоящей расплатой перестают быть для них побуждающим стимулом; вернее, порог последнего все более и более возрастает.

Уроки могут выполняться им *часами, если рядом не «нависает» взрослый*. В тетрадях — домашние и классные задания выполнены как будто разными детьми. Дневник заполняется только под жестким контролем со стороны учителя или родителей.

Упражнения по русскому языку выполняются *наполовину*, часты пропуски букв, а иногда и слов; moreover, такой ребенок может одно и то же

слово написать дважды, а при написании букв многократно повторить какой-то ее элемент; для него практически недоступно понятие «красная строка». Арифметическая задача из *трех действий выполняется в одно*; проверка решенной задачи и правильное написание ответа являются исключением. Если в *предыдущем примере надо было вычитать*, такой ребенок *и дальше станет вычитать, а не выполнять ту задачу, которая перед ним поставлена* (например, складывать). Чтение может быть достаточным, но плохо интонированным, монотонным, без смысловых ударений, вследствие чего страдает понимание прочитанного и, естественно, пересказ, зачастую доходя до полной невозможности хоть отчасти воспроизвести сюжет; вместе с тем пересказ по вопросам — достаточен.

Любая учебная программа усваивается ребенком с трудом, а подчас и с отвращением — ведь она всегда сопряжена с соблюдением ряда правил, а это практически недоступно таким детям. В обследовании он *медлителен, монотонен, вял, не всегда удерживает программу эксперимента*. Его взгляд бездонен и равнодушен и однозначно свидетельствует о полном отсутствии какой бы то ни было эмоциональной включенности в происходящее. Часто он бросается *импульсивно* что-то делать, не дослушав задание до конца; не обнаруживает заинтересованности в получении лучших результатов.

Однако в течение эксперимента обнаруживается, что в конце ребенок способен выполнить достаточно сложные задания, то есть истинного истощения не происходит. Если намеренно ускорить темп и не давать ребенку расслабиться, он выдержит его без особого труда. Всегда очевидна явная диссоциация между эффективностью игровой и учебной деятельности, склонность к *регрессивным формам поведения*, предпочтение к типу реагирования по принципу «*всем телом и с диким воплем*». Патогномичным именно для данного синдрома является отчетливая *недифференцированность рефлексивных структур психики в сочетании с ригидным симбиозом со значимым взрослым*.

Основным радикалом, объединяющим внешне разнородные феномены, выступает стремление ребенка к *упрощению программы* вне зависимости от конкретной задачи; *инертному стереотипному* воспроизведению ранее заданной программы или неконтролируемой актуализации слов, изображений или сюжетов из предыдущих тестов; в целом — тенденция к *персевераторному стилю деятельности*.

Внедрение внешних опор и контроль со стороны взрослого (психолога, педагога, мамы): «Ты все нарисовал?», «Внимательно!» — или просто недоумевающие жесты, мимика или междометия существенно повышают продуктивность, равно как и дробление заданной программы на последовательные подпрограммы.

Особое внимание привлекает *крайне бедная речевая продукция* ребенка. Она носит преимущественно *реактивную, репродуктивную форму, примитивна по синтаксису и разнообразию выразительных средств, часты эхолалии*. Снижена *обобщающая функция речи*, что наиболее ярко проявляется в интеллектуальных тестах, в процессе сюжетно-смысловой и причинно-следственной интерпретации воспринимаемой информации. Практически невозможна активная *развернутая самостоятельная речевая продукция*. При этом все базисные характеристики речи (фонематический слух, артикуляция, номинация и т.д.) интактны. Первично достаточными являются праксис, гнозис, память.

В совокупности перечисленное приводит к выводу о том, что основным патологическим фактором в данном случае является *недостаточность произвольного внимания, речевой саморегуляции, программирования, целеполагания и контроля за протеканием собственной деятельности*. Иными словами, имеет место функциональная несформированность лобных отделов мозга, прежде всего левого полушария.

Поразительной оказалась возрастная динамика данного синдрома, свидетельствующая о глобальной перестройке функционального вклада лобных структур мозга в организацию поведения человека.

Было зафиксировано, что в возрасте 3—4 лет на первый план у таких детей выступает псевдоаутичный фасад, с соответствующим отвержением коммуникаций и инертно-персевераторным стилем деятельности. В 6—7 лет, когда начинается активный этап формирования электрофизиологических механизмов системной организации процесса произвольного внимания, наиболее ярко обнаруживали себя элементы полевого поведения, повышенная откликаемость и отвлекаемость, обилие системных персевераций. К 12 годам на первый план выступала интеллектуальная сниженность, невозможность самоконтроля и прогнозирования ситуации; тенденция к глобальному копированию, «отзеркаливанию» значимого взрослого без какой бы то ни было критики к нему и самому себе.

Речь таких детей не достигает того уровня развития, когда она становится организатором и конструирующим фактором их деятельности. Из-за этого нормальное развитие других познавательных процессов (при отсутствии саморегуляции и самоконтроля) не приводит к адекватной адаптации к новым социальным условиям. Именно поэтому привлечение внешних опор, в первую очередь организующая (и достаточно жестко регламентированная) деятельность со стороны взрослого, должно стать основой для психологической работы, ориентированной на формирование у ребенка внутреннего алгоритма функционирования в новой социальной (учебной) реальности.

2. Функциональная несформированность левой височной области

Отличительной чертой синдрома функциональной несформированности височных структур левого полушария являются изолированные трудности ***речевого звуко различения (фактор фонематического анализа и синтеза)***. Хотя из дальнейшего описания станет ясно, насколько базисную роль в детстве играет данный фактор для формирования практически всех психических процессов. Это обстоятельство еще раз подчеркивает (на модели недостаточной функциональной активности левой височной доли)

значимость своевременного созревания в онтогенезе межсистемных мозговых связей.

В жалобах такого ребенка часты ссылки на то, что учитель говорит очень быстро, много непонятных слов, а в классе всегда очень шумно. Родители же, помимо вопиющей безграмотности ребенка, отмечают, что им приходится по нескольку раз окликать его, прежде чем он отзовется и поймет, что от него требуется. В более грубых случаях такого ребенка легко узнать по тому, что на первую же вашу просьбу повторить несколько слов или задание, которое вы ему дали, он, напряженно вглядываясь, спросит: «Как? Повторите еще раз».

Характерно, что эти *дети, воспринимая чужую речь как в чем-то незнакомую, иностранную, не «слышат» и свою собственную.*

Для такого ребенка *близкие по звучанию слова* (например, хвост-гость или бочка—почка) *могут звучать одинаково.* Такая дефицитарность звуковой дифференцировки обращенной речи может приводить к снижению понимания ее смысла. Например, учитель просит написать: «Работа над ошибками». Ребенок пишет буквально: слово «работа» на верхней строчке, а слово «ошибками» строчкой ниже; с его точки зрения, он все правильно выполнил — написал слово «работа» над словом «ошибками».

В связи со слухо-речевой лабильностью *расстраивается самоконтроль за собственной речью.* В ней наблюдается *обилие литеральных парафазии и новообразований,* например, при пересказе сказки «Галка и голуби»: «...тогда она галкнула и голуби ее прогнали». Порой появляется компенсаторное многословие с выраженной жестикуляцией и мимическим сопровождением, но чаще — замкнутость, молчаливость. При чтении также *выявляются литеральные парафазии, «проглатывание» окончаний, затруднения в расстановке ударений; оно плохо интонировано, не дифференцировано в соответствии со знаками препинания.* В связи с этим затруднено понимание и запоминание прочитанного.

Наиболее *грубо страдает письмо*, находящееся в прямой зависимости от состояния фонематического слуха и его взаимодействия с рядом других функциональных звеньев психической деятельности (в первую очередь — артикуляции). Тетради такого ребенка изобилуют разнообразными ошибками: замены по мягкости-твердости, глухости-звонкости; в словах с безударными гласными: «огурец—гурез», «столица—салоиц». Имеет место тенденция к размытости границы слова, слитному написанию двух слов: так, словосочетание «Мишина машина» пишется как «Миша на машинах», «мыши на машине» или «лишняя машина». Достаточно часты пропуски букв, особенно в конце слова.

Слухо-речевая память страдает в звене избирательности в связи с обилием литеральных парафазии и новообразований. Иногда ребенок компенсаторно пытается повысить смысловой уровень запоминаемого, в результате чего при запоминании слова «дом-лес-кот» воспроизводятся как «в дом влез кот». Дефицит фонематического слуха вредоносно сказывается на эффективности любого учебного предмета; ведь, например, успешность на уроке математики не в последнюю очередь зависит от того, что ребенок на уровне звуко различения дифференцирует близкие по звучанию «шестнадцать» и «шестьдесят». Услышав на уроке, как печь пирог с тмином, такой ребенок долго не может понять, зачем в пирог класть мину.

Вышеперечисленные трудности при отсутствии специальных коррекционных мер приводят к *деформации* и снижению развития практически всех функциональных звеньев речевой деятельности. Особенно процессов номинации, обобщения и способности разворачивать программу собственного речевого высказывания, что вторично приводит к *интеллектуальной недостаточности, дефициту произвольной саморегуляции и искажению процессов коммуникации*.

Иллюстрацией к сказанному является сюжет, произошедший в процессе проведения групповых занятий, направленных на повышение уровня самоактуализации и самоосознания учеников 9-х классов. Психолог никак не

мог объяснить себе, почему многократно апробированная психокоррекционная программа непонятным образом тормозится и не только не дает положительного результата, но выявляет совершенно алогичные и непрогнозируемые групповые феномены, весьма далекие от начальной цели. Обращение к нейропсихологическому обследованию выявило, что у половины участников группы имеют место в той или иной степени выраженности дефекты фонематического анализа и синтеза. Иными словами, обсуждая столь высокие материи, участники данного группового процесса понимали друг друга едва ли наполовину. Одни — потому что не всегда правильно произносили слова и не все адекватно понимали в обращенной к ним речи, другие — буквально понимая первых, думали, что те говорят именно то, что хотят сказать. Несмотря на анекдотичность этого случая, еще раз показано базовое значение фактора фонематического слуха для всех уровней психической деятельности человека, ведь импрессивная речь — понимание — это самый ранний процесс, формирующийся в онтогенезе речевой функции.

Другой пример из недавних наблюдений. На консультацию привели очаровательного мальчика, который по непонятным (и родителям, и учителю, и, что особенно пикантно, школьному психологу) причинам в течение полугода от твердой четверки по математике «скатился» к беспроглядной двойке. Разбор полетов был более чем детективный: у ребенка имела место некоторая фонетико-фонематическая недостаточность, но в той степени, которая никак не могла привести к имеющей место «трагедии». В финале (абсолютно случайно, в ходе светской беседы) выяснилось, что ребенок с самого начала темы воспринял учительское «по оси икс» как «пая икс», с чем, собственно, и продолжал в течение двух четвертей безуспешно бороться. Он просто не мог понять, что означает фраза: «Пая икс откладываем», и полностью «выпадал» из контекста урока, что усугублялось его достаточно эмоциональным откликом на собственную «тупость». А когда в процессе обучения возник еще и «пая икс прим»,

ребенок просто тяжело заболел гриппом, потом ангиной и был приведен ко мне на консультацию, как, в сущности, требующий кардинального спасения.

И в заключение — самый роскошный случай массовой эпидемии фонематической несформированности. Пришла посоветоваться по поводу собственного психического здоровья опытная учительница, которая положила передо мной три стопки тетрадей. Это было сочинение, написанное в один день, учениками одного и того же класса, на одну, как сказала учительница, тему: «Лев Толстой — писатель-баталист». Но вариантов раскрытия этой темы оказалось на удивление много: 1) часть детей писала о дубе (сначала голым, а потом — с листвой), мимо которого ездил князь Андрей; 2) другие — о Платоне Каратаеве, а 3) третьи — о битве при Бородино. Когда я посмотрела на заголовки сочинений в каждой из пачек, то постаралась объяснить бедному педагогу, что произошло: «Как вы объявляли им тему: на слух или написанной на доске?» Она вначале не поняла и стала объяснять, что они уже «протерли до дыр "Войну и мир"» и ей казалось вполне достаточным озвучить... Короче говоря, в 1-й стопке тетрадей оказались сочинения на тему «Л. Толстой — писатель-ботанист», во 2-й — он же — фаталист, и только в 3-й — баталист. Рядовые литеральные парафазии, которые вот таким заурядным образом были выявлены по крайней мере у трети (если не считать тех, кто просто списывал у соседа) обычного класса весьма приличной московской школы.

Конечно, с возрастом у детей с данным синдромом несформированности происходит некоторая элиминация указанных дефектов, поскольку нахождение в речевой среде является для них естественным корригирующим фактором. Однако при условии эмоционально насыщенной ситуации они по-прежнему продемонстрируют обилие грамматических ошибок, литеральных парафазии и контаминации на следах памяти и в спонтанной речи.

3. *Функциональная несформированность мозолистого тела (транскаллозальных межполушарных взаимодействий)*

Данный синдром актуализируется характерным набором специфических признаков *«функциональной дезинтеграции» мозговых полушарий* в детстве.

На первый план у этих детей выступает накопление *амбилатеральных черт* в пробах на исследование латеральных (сенсорных и моторных) предпочтений. То есть среди них *много лиц с несформированной доминантной рукой, глазом, ухом*. Это не значит, что они левши или амбидекстры, что доказывает динамика коррекционных занятий. Однако указанная доминантность, которая в норме уже достаточно отчетлива к 6 годам, у этих детей окончательно формируется лишь к 9—10-летнему возрасту

Все они демонстрируют первичную *несформированность реципрокной координации рук и конвергенции глаз*.

У них выявляется обилие *реверсий (зеркальности)* при восприятии, запоминании, написании букв и цифр. Однако наиболее специфично именно для данного синдрома возникновение полных или *системных реверсий*. В последнем случае имеет место восприятие и анализ значительного по объему перцептивного поля справа налево. Это может обнаружить себя при рассматривании и назывании значительного по объему числа любых изображений, в ходе интерпретации сюжетных картин (особенно серийных), в чтении, при воспроизведении эталонов зрительной памяти, в счете. Характерным в последнем случае является, например, вычитание из нижнего числа верхнего или слева направо.

Так, при написании собственного имени «Инна» ребенок сначала (справа) пишет букву «А», затем с левого края — «И», затем в образовавшемся проеме «НН». При воспроизведении 6 фигур здесь возможны два варианта. В одном случае ребенок начинает воспроизводить ряд от последней фигуры к первой (справа налево); в результате достигается правильный результат, но

«отзеркалена» стратегия воспроизведения. В другом варианте демонстрируется полная реверсия — фигурки рисуются от первой к последней, но справа налево, то есть «отзеркален» сам мнестический материал.

Патогномичным для этих детей является маркировка, *опосредствование зрительного материала*: знаковая, если они запоминают невербализуемые эталоны, и, наоборот, образная, если необходимо запомнить буквы. Например, запоминая 6 фигур, ребенок проговаривает: «...это похоже на 4, а это на М...» и т.д. А при необходимости запомнить «д», наоборот, оно маркируется как «кружочек и петелька», что легко превращает впоследствии «д» в «б» или в «а».

Имеет место отчетливая *тенденция к игнорированию левой половины перцептивного поля и латеральные отличия при выполнении одного и того же задания правой и левой руками* (рисунок, копирование, конструирование, письмо и т.д.). Так, выполняя динамический праксис правой рукой, ребенок раздвигает эти три движения (кулак-ребро-ладонь) в пространстве, в остальном верно выполняя задание; левой же рукой он, разворачивая ладонь на 90° относительно кисти, выполняет тест вдоль края стола. Копируя фигуры Рея и Тейлора соответственно левой и правой руками, ребенок использует не только разные стратегии, но допускает абсолютно различные по характеру ошибки, так что возникает впечатление, будто тест выполнен двумя разными людьми. Аналогично, при выполнении мнестических тестов, такой ребенок может оказаться не в состоянии перенести полностью эталонный материал, уже верно воспроизведенный одной рукой, на другую.

Обнаруживается *несформированность фонематического слуха*, что особенно ярко проявляется на следах памяти и в письме. Дети этой группы, верно повторяя диктуемое слово, испытывают *отчетливые трудности при переводе его звукового образа в графический*: при анализе ошибок виден результат соединения ребенком отдельных элементов, которыми для него являются и звуки, составляющие слово, и компоненты этих звуков, и буквы:

«в кустах — вукстх», «полезный — лпознй», «добывать — бонвар», «болото — досоно».

Буквы, как видно из примеров, явно не сформированы как вербальные знаки, что подтверждается одинаковыми по качеству и количеству параграфиями и реверсиями при запоминании этими детьми геометрических фигур, букв и цифр. Очевидно, что в этих случаях не выстраивается гештальт, структура слова-образа, налицо *невозможность полноценного взаимодействия между звуковым и графическим вербальными эквивалентами*; отсюда — обилие перестановок, во многом чисто пространственного происхождения, утраты гласных, угадывающее чтение и т.п.

Явно *недостаточно автоматизированной* остается у этих детей *функция номинации по анемическому типу*, что связано с дефицитом межполушарного обеспечения зрительно-номинативного комплекса. Это может, например, проявляться в том, что название затруднено только в отношении тех изображений, которые расположены в левой половине страницы.

Изначально сам термин «аномия» возник при описании больных с «расщепленным мозгом», для отражения невозможности называния (левое полушарие) ими предметов, экспонируемых тактильно или зрительно в левую половину перцептивного поля (правое полушарие) из-за прерывания межполушарных связей. У детей с функциональной несформированностью парной работы полушарий актуализация данного патологического феномена доказывает еще раз, что онтогенез номинативной функции речи не в последнюю очередь зависит от того, насколько с самого раннего возраста активна у ребенка связь между вектором и содержанием симультанного, полимодального восприятия образа (правое полушарие) и словом (левое полушарие).

При исследовании *памяти здесь часты «краевые» эффекты: прежде всего воспроизводятся первый и последний эталоны*. Для этой категории детей характерно *использование различных стратегий решения*

интеллектуальных задач, что производит впечатление одновременного сосуществования двух систем мышления, поскольку в одном и том же эксперименте ребенок может использовать то одну из них, то другую. Например, в задании «Четвертый лишний» на равных могут присутствовать способ решения с опорой на обобщающий классификационный признак (значение) и тенденция к опоре на латентные, конкретно-ситуативные признаки; причем никакой корреляции со сложностью задания не отмечается.

Понятно, что *перечисленное приводит к множеству вторичных дефектов*, необычность и мозаичность которых иногда внешне проявляется весьма ярким фасадом, подчас приводящим не просто к учебной дизадаптации, но к неоправданным «диагнозам». В то же время корригирующие занятия, ориентированные на формирование межполушарных взаимодействий, доказывают, что все эти трудности элиминируются достаточно быстро, если в ходе коррекции соблюдаются иерархические закономерности становления парной работы полушарий мозга.

4. Функциональная несформированность правого полушария

В первую очередь при синдроме функциональной несформированности правого полушария мозга обнаруживает себя ***недостаточность пространственных представлений во всех формах*** (метрические, структурно-топологические, координатные, проекционные). Известно, что все базисные пространственные представления либо полностью актуализируются правым полушарием (соматогнозис, метрические и структурно-топологические представления), либо формируются (как координатные, проекционные) в процессе парного взаимодействия полушарий, инициация которого также зависит от активности правого полушария.

У детей с описываемым синдромом постоянными являются *дефекты метрических синтезов*: ошибки при оценке и воспроизведении расстояний,

углов, пропорций, явления «расфокусировки» фрагментов эталонного образа при условии сохранения адекватной его структуры. Наблюдается *структурно-топологический дефицит*, связанный с изменением общей принципиальной схемы пространственного строения объекта, когда разрушается его целостный образ, а части и целое смещены относительно друг друга. Это наиболее часто встречающиеся патофеномены, которые актуализируются *и в процессе восприятия, и на следах памяти, и в рисунке, копировании и письме.*

Здесь нередки *предметные парагнозии* типа «дом—шкаф», «кость — ручка от деревенского крана», «гвоздь — шприц... карандаш». Достаточно часты *дефекты сомато- и лицевого гнозиса, цветоразличения и дифференциации эмоций*, что особенно ярко актуализируется при рассматривании сюжетных картин, в ходе интерпретации которых неверно опознается пол, возраст, настроение действующих лиц.

Ярко выражен *дефицит удержания порядка мнестических эталонов*. При этом характерно, что в слухо-речевой модальности нарушение порядка, как правило, имеет место наряду с правильным воспроизведением запоминаемых слов. Сравнительно редко можно встретить замену эталона; тогда в большинстве случаев актуализируются слова-ассоциации: например, вместо слова «дрова» — «топор». В другом варианте могут наблюдаться *псевдоконфабуляции*, например, при воспроизведении слов «кит-меч-круг» ребенок говорит: «кит... море... сено... сеновал...», впрочем, при повторной экфории абсолютно верно называя весь эталонный ряд.

Аналогичные феномены могут встречаться и при пересказе, и при интерпретации сюжетной картинки, но они всегда при соответствующем указании со стороны психолога легко корригируются самим ребенком. Данное обстоятельство — *привнесение побочных ассоциаций* в продуктивную деятельность этих детей — вообще весьма для них характерно и связано с решающим участием правого полушария в опосредовании процессов переструктурирования воспринимаемой информации в любой модальности.

Парадокс заключается в том, что такая неадекватность редко рефлексруется самим человеком как отклонение (в отличие, скажем, от речи или памяти): «Я так вижу!» Безусловно, это имеет и положительные стороны, например, в творчестве: обилие побочных ассоциаций, тенденция к постоянному переструктурированию и новообразованиям — залог продуктивного мышления и нетривиальных творческих находок. Но для описываемой категории детей такое фантазирование подчас заканчивается исключением из школы с формулировкой «слишком умный».

В то же время в *зрительной памяти нарушение порядка сочетается с обилием параграфий и реверсий*. Эталонные образы видоизменяются и трансформируются до неузнаваемости. При этом обнаруживаются и реверсии, и контаминации, и искажения, связанные с метрическими и структурно-топологическими метаморфозами. Понятно, что такая ситуация не может не сказаться самым вредоносным образом на процессах усвоения букв, цифр и иного учебного материала в той его части, которая базируется на оптико-гностическом факторе.

Речь и мышление при данном синдроме могут оставаться в пределах нормативных показателей, хотя для них характерно употребление суперабстрактных наименований там, где требуется самое обыденное. В ряде случаев эти процессы имеют подчеркнуто «взрослый», штамповый оттенок с обилием интонационно-мелодических и жесто-мимических компонентов, метафорических акцентов и стремлением к использованию формы (фактуры и т.п.) как основы для интеллектуальной операции.

Особо следует отметить, что описанные выше чисто *гностические трудности могут ошибочно приниматься за недостаточность интеллектуальных операций*. Например, ребенок отказывается решать задачу на исключение четвертого лишнего в наборе «зонт, фуражка, барабан, пистолет», при том, что остальные задания выполнялись верно; после некоторой неловкости выясняется, что фуражку он опознал как утюг...

Отмеченная выше склонность к обильному фантазированию проявляется, в частности, в том, что тривиальная просьба назвать общее и различное между парой «соловей—воробей» оборачивается длительным перечислением отличий по типу: «у них глаза разные — у одного голубые, а у другого карие» и т.п. Вопрос экспериментатора, когда это он успел так интимно пообщаться с этими птахами, что рассмотрел цвет их глаз, приводит к очередной «байке». Почти никогда такие дети не скажут: «Не знаю». Но если попросить их вести себя «по-взрослому», можно очень быстро получить абсолютно адекватный ответ, хотя и с выводом в конце, что так решать данную задачу скучно.

Нельзя не отметить, что в норме правое полушарие функционально включено в *обеспечение психическим процессам «защиты от шума»* в широком смысле этого слова. Другой его прерогативой является *инициация процессов межполушарного взаимодействия*. Понятно, что оба эти фактора при данном синдроме несформированности могут приводить к целому ряду вторичных погрешностей.

Например, в процессе чтения такой ребенок может перескакивать через абзац или включать в решение математического примера числа из соседнего ряда («шум!»). У него нередко наблюдаются вторичные погрешности развития тех психологических факторов, онтогенез которых с необходимостью требует отлаженных взаимодействий между правым и левым полушариями; иными словами, могут иметь место какие-либо симптомы, описанные выше. Разведение этих внешне схожих феноменов имеет принципиальное значение, поскольку коррекция правополушарной функциональной несформированности требует применения специфически ориентированных методов.

И последнее, что следует подчеркнуть, это *высокую корреляцию между возникновением данного синдрома и наследственной эндокринной, сердечно-сосудистой и ревматической отягощенностью (особенно по линии матери)*.

5. Функциональная дефицитарность базальных ядер мозга

Среди жалоб родителей детей с недостаточностью подкорковых образований прежде всего выступают эпитеты «ленивый», «невнимательный», «неуправляемый», «иногда становится будто бешеным» и т.п. Дети этой группы отличаются выраженной **эмоциональной лабильностью, быстрой пресыщаемостью, тенденцией к ригидности психических процессов**, подчас просто неадекватными поведенческими реакциями на происходящее.

Из биографических данных становится известно, что ребенок еще в младенчестве перенес многократные воспалительные процессы типа отитов, ларингитов и т.п. Он практически всегда отличался от своих сверстников: излишне чувствителен, капризен, часто неуправляем в поведении, нередко патологически упрям. У таких детей может отмечаться излишняя полнота или, напротив, они слишком худы по сравнению со сверстниками; явления энуреза имеют место вплоть до 10—12 лет; изменяется аппетит и формула сна.

У них имеют место **заметное излишество, богатство, нерасчетливость двигательных и жесто-мимических актов**. Бросаются в глаза вычурные позы, гримасничанье, иногда возникают тики, неожиданные вокализационные реакции в виде вскриков, похрюкивания, неконтролируемого смеха. Они **быстро истощаются, легко отвлекаемы**. Следует отметить, что последнее выступает на первый план и в ходе нейропсихологического обследования.

Они *неловки*, долго не могут овладеть операциями, требующими тонкой моторной дифференциации. У них, как правило, наблюдаются **обилие синкинезий, мышечных дистоний, вычурных поз и ригидных телесных установок**. Их могут отличать *маловыразительность, скованность, малоподвижность, чередующиеся неожиданными взрывами*

гиперактивности. Иными словами, *их поведение в целом диспластично*, что патогномично и для протекания их психической деятельности вообще.

Подчеркнем особо, что именно для данного синдрома специфично *первичное нарушение кинестетического праксиса* (как мануального, так и орального), что не встречается в детском возрасте ни при каком другом варианте церебрального дизонтогенеза. Исполнительная сторона графической деятельности (письма, рисунка) крайне затруднена и наводит на метафору «как курица лапой»; разобрать почерк такого ребенка иногда не может даже он сам. В тетрадях — грязь, *поля и строчки «игнорируются»; буквы и цифры «пляшут»* в разные стороны, наблюдается *микро- и микрография, а чаще — и то, и другое вместе*.

Нельзя сказать, что у этих детей особенно страдает какая-либо психическая функция. Но постоянные *флуктуации внимания*, «застывания» со ссылкой на то, что он как раз подумал о другом и просит повторить, чего от него хотят, могут привести к неуспеху в любом виде деятельности. Вместе с тем такие дети в течение получаса могут не принимать полноценного участия в эксперименте (уроке), кривляясь и ерничая, и лишь после специальных «приемов» со стороны педагога или психолога сознаться, что «вообще-то он хороший и все сделает, но любит пошутить». Понятно, что на таком фоне успехи в школе становятся неразрешимой проблемой.

Особо следует отметить речь этих детей. Она, как правило, не просто хорошо развита, но иногда даже представляется несколько вычурной, резонерской. Светская беседа с ними — развернутое действо, в котором они пытаются блеснуть всеми своими достаточно обширными познаниями. При этом *речь дизартрична*, иногда с элементами *скандирования; нередки элементы заикания, шумного преддыхания, а порой и логоневроза*. С другой стороны, они ведут разговор довольно монотонно, голос их не выровнен по громкости, темпу и тембру.

Нельзя назвать ни одного стойкого дефекта при выполнении этими детьми экспериментальных тестов. На фоне явно *сниженной общей*

нейродинамики и несбалансированной энергетики они демонстрируют показатели мнестической и интеллектуальной деятельности в рамках возрастных нормативов или даже превосходя их; неплохо читают (особенно про себя), считают и пишут (с точки зрения грамотности). Но характерная ***недостаточность фоновых компонентов психической деятельности, плавности, переключаемости, удержания оптимального уровня тонуса*** часто сводит на нет все их достижения.

Ведь низшие и высшие этажи любой психической функции должны быть сбалансированы, иначе разрыв между ними будет усугубляться хотя бы в силу того, что предельно *развитые высшие психические структуры из-за своей энергоемкости станут обкрадывать низшие, еще усугубляя их несостоятельность*. Чем старше ребенок, тем больше будет диссоциация между иерархически более высокими и низкими этажами психики, включая эмоционально-волевую сферу, гомеостатические функции и т.п.

Основным радикалом в повседневной жизни этих детей является ***несбалансированность тонизирования поведения за счет внешних социальных условий и внутренней аутостимуляции***. Представляется, что оптимальный вариант психологической помощи в данном случае — сознательно «отпустить» ребенка на уровень, адекватный его более низким возможностям, и начинать выстраивать линии его поведения, минимально опираясь на речь и максимально привлекая широкий спектр двигательных, изобразительных, паралингвистических средств. Однако нельзя забывать о том, что *произвольная саморегуляция таких детей не просто плохо сформирована; она попросту уступает их собственному «Я так хочу!»*. Следовательно, необходимо внедрение в коррекционный процесс комплекса приемов, ориентированных на присвоение ребенком правил, ритуалов, ролей; то есть социально ориентированных алгоритмов поведения, которые с неизбежностью привели бы его к осознанию, что существует и глагол «должен».

б. Функциональная дефицитарность стволовых образований мозга - дисгенетический синдром

Первое, что необходимо подчеркнуть при описании данного синдрома, — факт прогрессирующего нарастания числа таких детей в современной детской популяции; именно они составляют сегодня подавляющее количество случаев учебной и социальной дизадаптации. Поскольку дисгенетический синдром не раз упоминался в предыдущих главах, рассмотрим его более пристально*.

Для этих детей характерно накопление **дизэмбриогенетических и неврологических стигм**: лицевые асимметрии, асимметрии глазных щелей, неправильный рост зубов, различного рода дистонии, включающие в себя как гипер-, так и гипотонус в проксимальных и дистальных отделах конечностей, имеющий тенденцию к постоянным флуктуациям. Фиксируется обилие **пигментных пятен и ангиом, дисплазии, соматические (органные) дизритмии**. Наиболее постоянными являются **глазодвигательные дисфункции**: неравномерность парного движения глаз, отсутствие конвергенции и т.п. Наблюдается **обилие истинных и псевдопатологических синкинезий** (орально-мануальных, опто-ораль-ных и т.д.), сочетающиеся с постоянными девиациями языка.

Данные стигматы сочетаются с явлениями **дизонтогенеза ритмики мозга** (вплоть до псевдоэпилептического статуса с правополушарным акцентом), специфическими особенностями **гормонального и иммунного статуса**, вегетативными дисфункциями. Имеет место очевидное **искажение опосредования наиболее жестких, архетипически, генетически заданных нейropsychосоматических паттернов**: гомеостатических, рефлекторных, этологических, аффективных и др., составляющих основу для внутренней саморегуляции.

Следует особо подчеркнуть, что именно эта категория детей является группой риска по отношению к различного рода токсикоманиям, включая

психологические (секты, Интернет и т.п.), психосексуальным девиациям, аутоотравматизму (соматическому, психосоматическому, психологическому) в целом.

Дисгенетический синдром наряду с комплексом *нейродинамических, нейрогуморальных и эмоциональных отклонений*, включает как *латеральные (лево- и правополутарные), так и межполушарные патологические стигматы*, которые актуализируются на всех уровнях функционирования вербальных и невербальных психических процессов.

Данное обстоятельство не является неожиданным, если учесть центральную роль стволовых образований мозга в организации становления латерализации мозговых полушарий и их парного взаимодействия. Ведь формирование мозговой организации психических процессов, как было описано выше, идет снизу вверх (от ствола к правому полушарию), справа налево, слева вниз (от передних отделов левого полушария к стволовым образованиям); от задних отделов мозга к передним.

Очевидно, что данный синдром, корни которого — в раннем пре- и/или перинатальном периоде развития ребенка, самым патологическим образом сказывается на процессах обучения и социальной адаптации вне зависимости от их конкретного содержания. Именно эти дети демонстрируют наиболее грубые и труднокорректируемые феномены в поведении, при овладении чтением, письмом, математическими знаниями и т.д. Причины этого станут понятными из последующего описания.

В двигательной сфере у этой категории детей прослеживается накопление амбилатеральных (сенсорных и моторных) черт и псевдоеворукости. Наблюдаются грубые дефекты как реципрокных, так и синергических сенсомоторных координации с обилием синкинезий, вычурных поз и патологических ригидных телесных установок. Дефицитарен динамический (кинетический) праксис.

В оптико-гностической сфере — инверсия вектора (горизонтального и вертикального) и фрагментарность восприятия при сканировании большого

перцептивного поля с тенденцией к левостороннему игнорированию. Выявляется грубая патология всех уровней и аспектов пространственных представлений (метрических, структурно-топологических, координатных, проекционных) с обилием реверсий и отчетливыми латеральными отличиями в правой и левой руках актуально и на следах памяти. Патогномоничными для нижнестволовых дисфункций являются не 180-, а 90-градусные реверсии при рисовании и копировании.

В мнестической сфере обнаруживаются выступающие на первый план дефекты избирательности памяти вне зависимости от ее модальности при относительно сохранном объеме и прочности. Наблюдается отчетливая тенденция к актуализации феномена реминисценции. Напомним еще раз, что амнестический синдром у детей возникает лишь при данной локализации патологического очага. С возрастом, как доказал клинический материал, участие нижнестволовых образований постепенно нивелируется, в то время как верхнестволовые приобретают все более важное и многообразное значение.

В речевой функции — налицо тенденция к амбилатерализации полушарий мозга, то есть задержка дебюта формирования доминантного по речи полушария вплоть до 10—12 лет. Очевидно, что данное обстоятельство имманентно связано с огромным числом случаев задержек речевого развития, а следовательно, дисграфий и дизлексий.

При самом мягком варианте на первый план выступают дефекты фонетико-фонематического анализа и синтеза на фоне стертой дизартрии и тенденция к анемическим проявлениям. Отчетливо обнаруживает себя несформированность и обеднение самостоятельной речевой продукции с обилием вербальных «штампов» и аграмматизмов. Имеет место задержка становления обобщающей и регулирующей функции слова.

Описанные выше (в §3) *феномены использования различных стратегий при выполнении одного и того же задания* фиксируются у этих детей практически во всех сферах деятельности, что приобретает иногда вид

«качелей»: цифра «3» на левой руке воспринимается как буква «з», а на правой — как «З»; при проведении дихотического прослушивания поочередно воспроизводится вся группа слов с правого уха, затем с левого, затем опять только с правого и т.д.; одно и то же графическое задание правой рукой выполняется как реалистический рисунок, а левой — как абстрактная живопись и т.п.

В совокупности это и производит впечатление *мерцающего, качелеобразного включения в опосредование любой психической функции то правого, то левого полушария мозга*. Ярчайшим примером функционального разобщения полушарий мозга от стволового уровня являются случаи, когда активность руки определяется тем, в какую часть зрительного поля подается образец, например, для копирования. Если стимул в левой половине перцептивного, ребенок начинает выполнять задание левой рукой, в правой — используется правая рука.

Анализ механизмов формирования данного нейропсихологического синдрома показывает, что основным *патогенетическим радикалом являются системная задержка и/или искажение цереброгенеза как комиссуральных, так и полуторных систем*, приводящие к девиации и модификациям психического функциогенеза. При этом *функциональный статус правого полушария* можно обозначить как *вторично дефицитарный* (где гипофункция задних отделов зачастую сочетается с гиперфункцией передних). *Левое* же полушарие, функционально развивающееся как бы в условиях постоянного «обкрадывания» (ведь вектор активации направлен справа налево), демонстрирует не просто свою недостаточность, но *дефицит третьего порядка* по отношению к статусу стволовых образований и правого полушария. Вместе с тем иногда *внешним фасадом данного синдрома* (особенно у девочек) *выступает типичная грубая «лобная» симптоматика*, не характерная для детей, а скорее напоминающая таковую у взрослых.

Исследования показали, что особенно отчетливо и вредоносно у этих детей актуализируется феномен «мерцающей» функциональной

включенности левого полушария в опосредование психической деятельности. В течение определенного периода у такого ребенка могут актуализироваться многократные колебания эффективности «левополушарных» факторов (и операциональных, и регуляторных) от уровня высокой нормы до значений, близких к патологическим. Такая *латентная функциональная инактивность левой гемисферы мозга* является легко прогнозируемой и подтвержденной лонгитюдными исследованиями *предтечей широкого круга дезадаптивных эксцессов*.

Отличительной чертой дисгенетического синдрома является его *возрастная динамика*, актуализирующаяся (внешне) в резкой элиминации дефектов к 9—10 годам. Однако сенсibilизированное *нейропсихологическое обследование* всякий раз выявляет ту же картину, что и в младшем возрасте, но в *модифицированном варианте*.

Так, например, поначалу достаточная у таких детей реципрокная координация рук при увеличении времени выполнения пробы и исключении речевого контроля (зафиксированный язык) приобретает следующий вид: прежде всего, нарастает тонус мышц, и появляются вычурные позы в левой руке, затем наблюдается постепенное соскальзывание на одноименные движения. Одновременно актуализируются как оральные синкинезии (с гипертонусом языка, его подергиваниями и поворотами в такт движению рук), так и содружественные движения во всем теле; постепенно нарастает и тонический, и кинетический дефицит в правой руке. При выполнении графических проб — оптико-пространственная недостаточность (уже практически отсутствующая к 8—9 годам в правой руке) остается неизменной в левой.

Проведенный анализ позволяет утверждать, что *внешняя элиминация дисгенетического синдрома в онтогенезе происходит вследствие компенсирующего влияния речевого опосредствования*. Созревание той или иной психической функции протекает у этих детей преимущественно *не за счет литерализации и межполушарной организации самих психологических*

факторов и межфакторных связей. То есть имеет место инициация факторогенеза не изнутри, но извне за счет опосредствования его путем сращивания с речевой маркировкой.

С одной стороны, это классический (по Л.С. Выготскому) процесс — ведь логика психического развития ребенка имманентно включает речевое опосредствование широкого круга невербальных явлений. Но в нашем случае механизм оречевления опирается на несформированный первично сенсомоторный базис, что приводит к повышению энергозатрат психики и дезавтоматизации операционального ее уровня. Образуется порочный круг, внутри которого *недостаточными* оказываются и *сами речевые функции* (конечно, наиболее вредоносно это для высших форм организации речевой деятельности как регулятора произвольного самоконтроля человека), и *деформированные невербальные аспекты психики.*

Такой *тип формирования мозговой организации* психических процессов *фасадно* (по мере взросления) может выглядеть *относительно удовлетворительным*. Но, *не затрагивая ядерного патологического радикала* (который, пребывая в латентном состоянии, начинает постепенно включаться во все более обширные зоны саморегуляции и самоосознания ребенком себя в окружающем мире), он является предпосылкой для возникновения широкого круга уже не диз-, а дезадаптивных эксцессов.

7. Атипия психического развития

Проблема левшества является уже долгие годы одной из наиболее активно обсуждаемых в различных областях науки о человеке. Право или леворукость — одно из важнейших его психофизиологических свойств, отражение которого актуализируется в типе мозговой организации психических процессов. Отметим особо, что в данном разделе мы говорим именно о генетических левшах, амбидекстрах и правшах с семейным левшеством, а не о псевдолевшестве (патологическом левшестве).

Атипия психического развития — одна из особенностей лиц с наличием фактора левшества. Многочисленные нейробиологические, нейрофизиологические данные подтверждают, что церебральный онтогенез их обладает разнообразными специфическими чертами: не дифференцируются внутри и межполушарные связи, они менее избирательны, выявляется отставание в развитии биоэлектрической ритмики мозга и т.д.

А. Субириана сказал: «Левши были созданы с целью опровергнуть все концепции, которые превалировали... в связи с патологией и физиологией двух полушарий». Атипия психического развития актуализирует себя именно в том, что у детей-левшей базовая нейропсихологическая схема онтогенеза если не рассыпается, то существенно изменяется.

Поскольку, по-видимому, конкретный психологический фактор у левши может быть «совмещен» с абсолютно не адекватной ему зоной мозга (например, оптико-гностический — с левой височной областью, а фонематический слух — с теменными структурами), можно с большей долей уверенности говорить, что его становление в онтогенезе идет не непосредственно, а опосредованно и многоканально. Соответственно выстраиваются психические функции и межфункциональные связи. Кроме того, если для правшей естественна определенная последовательность факторо- и функциогенеза, у левшей она менее предсказуема.

Реальность такова, что практически все дети-левши изыскивают самые немислимые внешние и внутренние средства, позволяющие альтернативно, без опоры на первичный (в традиционном понимании) фактор, решать проблемы, прямо связанные с его актуализацией. Например, пренебрегая фонетико-фонематическим фактором (несформированность которого была объективно констатирована), мальчик 9 лет, ввиду своей вопиющей безграмотности, решил заучивать слова наизусть, а потом просто воспроизводил их по памяти.

Наиболее впечатляюще выглядит то, как на фоне явной незрелости фактора у левшей развивается психическая функция, требующая его как первичного, базисного. Феноменологически это — функциогенез ниоткуда. Однако анализ показывает, что базисным для левши стал иной фактор, который подчас у правшей вообще не актуален. Так, в 6 лет при полном отсутствии координатных и квазипространственных представлений (зато с прекрасно разработанным структурно-топологическим фактором, который в онтогенезе правшей часто так и остается в зачаточном состоянии) мальчик с легкостью овладел математическими приемами II—III классов, решал сложнейшие головоломки и т.д.

Как он объяснил, сочетания цифр и уравнений кажутся ему необычайно красивыми. По всей видимости, счет для него не связан генетически с традиционным фактором; пространственные, в том числе математические, манипуляции подчиняются здесь законам гештальта, красоты, т.е. больше производны от интуиции, чем от конкретных познавательных процессов.

Однако власть детей-левшей над собственным факторогенезом обрывается там, где в психическую деятельность должны включаться процессуальные, динамические параметры, что также обусловлено их мозговой организацией.

Здесь нет дополнительных возможностей для формирования фактора: кинетика в широком смысле либо актуализируется плавно, сукцессивно, в заданном направлении, либо, напротив, «буксует» на каждом шагу. Отсюда столь типичный для левшей неблагоприятный, сравнительно поздний дебют моторных компонентов любой функции и обнаруживающие себя в течение всей их жизни чисто динамические трудности в речи, памяти, движениях и т.п.

Становление межполушарных взаимодействий весьма проблематично при атипии. Вследствие этого традиционны для левшей задержки речевого развития, овладения письмом, чтением: ведь все это требует организованной парной работы полушарий. У них изначально и пожизненно отсутствует

упроченная пространственно-временная система координат, что и проявляется в феноменах «зеркальности», «эффектах времени» и т.п.

Самое сильное впечатление от контакта с ребенком-левшой — отсутствие у него пространственных навыков и во внешнем, и во внутреннем плане, на макро- или микроуровне. В его мире читать, писать, рисовать, считать, вспоминать, интерпретировать сюжетную картинку можно начать с любой стороны. Когда необходимо сканирование большого перцептивного поля — это усугубляется хаотичностью и пофрагментарностью. Нельзя не отметить, что ребенок очень сориентирован на адаптацию внешнего мира к своему уровню; нигде больше вы не увидите таких упорных попыток аутокоррекции, как у левши.

Очевидно, что при атипичии психического развития не формируется полноценно средний уровень психической регуляции — уровень психических операций и автоматизмов. Эти дети в течение длительного срока привлекают максимум внешних, осознаваемых средств для овладения теми навыками, которые у правшей формируются и закрепляются независимо от их желания, просто по определенным законам психического развития. Левша как бы всякий раз изобретает свой способ овладения миром правшей. Недаром, по Кеттелу, один из самых высоких рангов у левшей — уровень самоконтроля.

Безусловно, опора на богатый арсенал средств на порядок увеличивает количество степеней свободы для достижения той или иной цели, что и констатируется постоянно в леворукой популяции как повышенная креативность, способность к нетривиальным решениям и пр. Но это и свидетельство слабости, ненадежности адаптивных механизмов, изнашиваемости нервной системы, что и наблюдается у левшей, в том числе в онтогенезе — частые аффективные срывы, тенденция к эмоционально-личностной незрелости, психосоматическим пароксизмам и т.п.

Лекция 7. Особенности психосоматических расстройств у детей и подростков (2 ч.)

1. Историческое развитие идей о психосоматических взаимоотношениях в детско-подростковом возрасте
2. Факторы риска возникновения психосоматических расстройств у детей и подростков:
3. Классификация психосоматических расстройств у детей.
4. Клинические проявления психосоматических расстройств у детей и подростков.

Положение о единстве соматического и психического, о их взаимовлиянии друг на друга является общепризнанным. Более 100 лет в рамках психосоматического подхода осуществляется изучение психического фактора в происхождении заболеваний. А за последние сорок лет проведено значительное количество научно-исследовательских работ, освещающих влияние соматических болезней на психику. Однако, с сожалением приходится констатировать неуклонный рост психосоматических расстройств среди населения, и, что еще более неутешительно, среди детей. При этом в сознании людей понятие «психосоматика» так прочно оказалось связано с областью патологии, что увидеть психосоматические проявления в норме оказывается почти невозможным. На языке научной психологии это означает, что по сути, несмотря на выраженный междисциплинарный характер феноменологии психосоматики, ее (психосоматики) предметное поле, преимущественно представлено в медицинском плане.

В ряде работ авторами было акцентировано внимание на суженности предмета исследования в данной области, что привело к пересмотру традиционного содержания термина «психосоматика», наметилась тенденция системного изучения развития телесности в онтогенезе. В частности, В. В. Николаевой и Г. А. Ариной было предложено новое понимание телесных

процессов человека как знаково опосредствованных, развитие которых сопряжено с его физическим и психическим развитием. Так стало возможным описать процесс формирования телесности при нормальном развитии человека, и, собственно, разтождествить психосоматический феномен и психосоматический симптом.

Однако, рассмотрение психосоматического онтогенеза с позиций культурно-исторической концепции не снимает проблему выделения психосоматических феноменов нормы, а также проблему их эмпирического исследования, а, наоборот, делает их ключевыми. Сложность заключена в том, что большинство психосоматических явлений человека (например, вестибулярные, проприоцептивные, интрацептивные ощущения) уже на ранних этапах онтогенеза приобретают особые свойства — «невидимость», «прозрачность». При выраженной значимости в осуществлении жизнедеятельности субъекта информации, исходящей «изнутри организма», в состоянии практического здоровья психосоматические явления субъектом, как правило, не воспринимаются, растворяясь в общем информационном потоке. Кроме того, как взрослые, так и дети испытывают трудности при описании телесных феноменов.

Таким образом, проблема заключается в том, что, несмотря на повсеместное проявление психосоматической реальности в жизни человека, а не только в момент ее нарушения, на большую эффективность коррекции психосоматических нарушений до сих пор в психологической литературе более-менее четко не описаны феноменология нормального онтогенеза, психодиагностический и психокоррекционный инструментарий для исследования и формирования психосоматических феноменов на этапе детства.

1. Историческое развитие идей о психосоматических взаимоотношениях в детско-подростковом возрасте

Решение проблемы психосоматических соотношений осуществлялось детскими специалистами в нескольких направлениях, первым из них было психологическое, посвященное исследованию психики (души) ребенка и особенно его эмоциональной жизни.

Изучение психического развития детей открывает книга D. Tiedemann, изданная в 1787 г. (цит. по Журавель В.А., 1978), содержащая в себе наблюдения за развитием психических способностей ребенка. В последующем этим вопросом занимались и другие авторы, но наиболее значимыми долгое время считались исследования W. Preyer (1891), работа которого «Душа ребенка» неоднократно переиздавалась в России в конце XIX века. Длительное время исследователи детской психики – психологи и педагоги – ограничивались описаниями эмоциональных проявлений, нередко у собственных детей, основанными на дневниковых наблюдениях (Darwin Ch., 1877; Филиппов А.Н., 1898; Сикорский И.А., 1903; Claparede E., 1911; Cramer A., 1913; Ломброзо П., 1915; Россолимо Г.И., 1922 и др.). Большинство авторов отмечали в первые годы жизни, как правило, проявления антипатии, а начиная с 2-3 лет – возникновение симпатии и постепенное формирование эмоций – от примитивных до высших (Корнилов К.Н., 1921). С 20-х годов нашего века стала отмечаться более конкретная направленность исследований: проводилось изучение влияния эмоций на формирование межличностных отношений, ассоциативной деятельности и представлений; на процессы познания, сравнения и узнавания предметов, памяти, развития, становления игровой деятельности и обучения: изучались особенности эмоций у детей с нарушениями поведения. При этом иногда подчеркивалось двойное (психологическое и телесное) выражение эмоций (Бельский П.Г., Никольский В.Н., 1924; Выготский Л.С., 1997; Зеньковский В.В., 1996; Кащенко В.П., Мурашев Г.В., 1929; Сорохтин Г.Н., 1928; Шнеерсон Ф., 1923; Эфрусси П.О., 1928; Бюлер Ш. и др., 1931; Гаупп Р., 1926; Грос К., 1916; Пиаже Ж., 1932 и мн. др.). В результате проведенных исследований были установлены не только положительная

(приспособительная) роль эмоций, но и отрицательное значение аффекта, проявляющееся тогда, когда биологически адекватная реакция на ситуацию невозможна (Claparede E., 1928).

Характеризуя эмоциональные движения новорожденного, Ш. Бюлер с соавт. (1931) отмечали в период от 0 до 1 месяца жадность, активное неудовольствие и испуг; в период от 1 до 2 месяцев к этим проявлениям эмоций присоединяется недовольное изумление; с 2 до 3 месяцев дополнительно появляются состояние благодушия, удивление с последующим проявлением интереса, функциональное удовольствие; с 3 до 4 месяцев прежние эмоциональные реакции, а с 4 до 5 месяцев наблюдается эмоциональная выразительность движений. В дальнейшем с 5-го по 6-й месяцы ребенок может проявлять радость, с 7 до 8 месяцев – спокойное состояние неудовольствия, а после 8 месяцев еще депрессивное неудовольствие и страх. Я. Дембовский (1959) выделяет у новорожденного, по крайней мере, три эмоции: гнева, страха и «любви» (удовольствия), т.е. констатирует преобладание в определенной мере отрицательных эмоций, тогда как С. Izard (1971) и некоторые другие исследователи высказывают мнение, что ребенок рождается с одной отрицательной эмоцией неудовольствия. Неудовольствие, страдание ребенка выражаются плачем и, по G. Bronson (1972), имеют в своей основе длительные и неуспешные попытки ассимиляции при появлении «чужого». Изменение соотношения отрицательных и положительных эмоций происходит с возрастом (Gray J.A., 1971; Izard C.E., 1980; Jersild A.T. et al., 1933): урежаются проявления страха, причиной которого может быть присутствие чего-то угрожающего либо отсутствие того, что (или кто) обеспечивает безопасность, например, матери (Bowlby J., 1969). По данным М.Ю. Кистяковской (1965), дети начинают проявлять положительную эмоциональную реакцию, включая улыбку, к концу 1 – началу 2 месяца. А. Vallon (1967), раскрывая последовательность становления эмоций, отмечает появление улыбки в ответ на стимуляцию кожи с первого дня жизни, а на обращение окружающих – с 20 дня. В

дальнейшем на основе простых эмоций формируются более сложные, такие, как зависть, ревность, досада и др. (Дембовский Я., 1959), а затем и высшие эмоции.

Большое значение изучению эмоций у детей в связи с возникновением соматической патологии придавали исследователи психоаналитической школы, которые отрицали биологическую полезность эмоций и рассматривали негативные эмоции как основу соматического неблагополучия. F. Dunbar (1944) указывает, что на 1 году жизни, и особенно в период новорожденности, младенцы очень точно реагируют на эмоциональное состояние матери; они, например, отказываются принимать пищу, если мать находится в состоянии возбуждения. В число экзогенных факторов, влияющих на развитие ребенка, автор включает также травмы от воздействия сильных эмоций взрослых, истощение вследствие «сверхстимуляции» и задержку роста в связи со «сверхзаботой и излишним» воспитанием. По утверждению M. Fries (1944), глубокая тревога, как и тревога, связанная со специфическими физиологическими функциями, ведущая позднее к дисфункции, имеет основу в раннем взаимодействии между матерью и ребенком. M. Ribble (1945), работавшая с грудными детьми, отмечает, что у младенцев быстро развивается болезненное состояние напряжения, если они не обеспечены правильным и постоянным психологическим материнским уходом. Этому положению очень много внимания уделяли исследователи, занимавшиеся проблемами формирования личности и возникновения психической патологии. L. Kanner (1945) ставит развитие раннего детского аутизма в зависимость от взаимоотношений с матерью и определяет аутизм как вид детской шизофрении, восходящий к материнскому отношению.

Отсутствие положительного эмоционального воздействия матери на 1 году жизни ребенка, как показали R. Spitz и K. Wolf (1946), вызывает развитие тяжелой анаклитической депрессии, часто приводящей к смерти. Другой представитель психоаналитического направления, J. Bowlby (1961),

указывая на то, что ребенок, отторгнутый от матери, проходит три стадии – протеста, отчаяния и, наконец, отрешенности, – также трактует разлуку с матерью как основу психопатологических проявлений, сравнимых с психопатологией, описанной З. Фрейдом в работе «Печаль и меланхолия» (1924). Дефицит материнского внимания, душевного тепла, заброшенность и беспризорность детей являются причинами возникновения психической патологии в раннем и последующем детстве, так считают многие исследователи (Adler A., 1974; Frankl L., 1961; Freud A., 1970; Корчак А., 1979; Kreisler L., 1994; Miller E., 1961; Пиклер Э., 1989; Vaughan G.F., 1961). В связи с этим взаимоотношение «родители – ребенок» рассматривается некоторыми авторами в качестве объекта психоаналитической терапии (Klein M., 1932; Freud A., 1991; Colucci M.R., 1994; Lebovici S.).

Вместе с тем возникновению неврозов у детей, согласно данным D. Levy (1966), способствует также «материнская сверхзабота», проявляющаяся в потакании или властности; если в первом случае формируются инфантильность и эгоцентризм с затруднением в преодолении жизненных ситуаций, то во втором у детей появляются признаки невроза – застенчивость, страх, тревога, излишняя покорность, склонность к одиночеству.

В формировании детских эмоций огромную роль играет подражание. Ребенок быстро начинает копировать эмоциональные реакции взрослых и других, обычно старших детей (Izard C.E., 1980), тонко воспринимает эмоции окружающих лиц, особенно матери, и отграничивает фальшь от истинного чувства. Поэтому у детей психогенные расстройства наблюдаются чаще, чем у взрослых, и имеют более выраженный соматический характер (Koncsny R., Bouchal M., 1983). Кроме того, дети, проявляющие холодность и сдержанность в отношении других, по мнению Т. Alexander (1951), отличаются заниженной самооценкой, чувством зависимости, тревожностью и конфликтностью.

Определенная специфичность эмоциональных (поведенческих) реакций у детей отмечалась многими исследователями. К таким специфическим свойствам детских эмоций, по наблюдениям Н.М. Аксариной и др., (1965), А.И. Модинной (1971), Ю.А. Макаренко (1976, 1977), относятся следующие.

Эмоции ребенка кратковременны; они редко продолжаются более нескольких минут и почти внезапно исчезают, уступая место другим. Раньше всех ребенок испытывает отрицательные чувства, которые проявляются в виде плача, крика. В то же время эмоциональные реакции, если они повторяются, становятся более длительными и устойчивыми, т.е. могут характеризоваться как настроение (Люблинская А.А., 1971). Более устойчивыми являются отрицательные эмоции. В силу конкретности мышления дети не понимают опосредованного выражения мысли, обижаются и расстраиваются, казалось бы, «по пустякам», которые на самом деле таковыми для них не являются.

Эмоции ребенка интенсивны. Эмоциональные реакции у детей часто имеют выраженный характер и отличаются такой интенсивностью, какая редко наблюдается у взрослых. У детей до 2-3 лет эмоциональные реакции не всегда пропорциональны интенсивности раздражения, вследствие чего относительно слабый раздражитель может вызвать такую же бурную реакцию, как и сильный. Это, прежде всего, относится к реакциям страха, гнева и радости. У возбудимых, неуравновешенных детей, в отличие от уравновешенных, часто проявляются и негативные эмоции.

Эмоции ребенка разнообразны. Реакции новорожденных мало дифференцированы и протекают в стандартизированной форме. Постепенно под влиянием обучения эмоциональные реакции приобретают все более разнообразный характер. Так, при виде незнакомого лица один ребенок пытается убежать, другой – прятаться за мать, третий остается на месте и кричит. Эмоциональные реакции у детей одного возраста могут различаться довольно значительно как в обычных (Бюлер Ш. и др., 1931), так и в экстремальных ситуациях. В частности, во время зубоврачебных процедур

M. Shirley, L. Poyntz (1945) наблюдали и выраженные отрицательные реакции (крик), и положительные (улыбки и даже смех), а в некоторых случаях не наблюдалось никаких видимых эмоций.

В целом у мальчиков отмечается более выраженная симптоматика эмоциональных нарушений, чем у девочек. А.И. Модина (1971), основываясь на данных Н.М. Аксариной и др. (1965), приходит к заключению, что наиболее характерными причинами отрицательных эмоций у детей являются: 1) срыв привычного стереотипа поведения (смена обстановки или круга общения); 2) неправильное построение режима дня ребенка; 3) неправильные воспитательные приемы; 4) отсутствие необходимых условий для игры и самостоятельной деятельности; 5) создание односторонней аффективной привязанности и 6) отсутствие единого подхода к ребенку.

J. Heisel et al. (1973) называют множество причин стресса у детей, приводящего к эмоциональным потрясениям, снижению настроения и заболеваниям, не только психическим, но и соматическим. Наиболее значимыми в дошкольном и среднем школьном возрастах являются смерть, развод, разлука родителей, а в старшем школьном – беременность; наименее значимо изменение финансового положения родителей. Между этими крайними по значению стрессогенными факторами располагаются еще более трех десятков других. Ш. Левис, Ш.К. Левис (1997) предостерегают: «Быть ребенком – это стресс» (стр. 87).

Собственно отрицательные эмоциональные реакции у некоторых детей могут проявляться в виде напряженности, тревоги, непоседливости, страшных снов, некоторых дурных привычек, например, кусания ногтей, сосания пальцев, а также в стереотипиях, трудностях в разговорной речи, отсутствии аппетита, инфантильном поведении, истерических припадках (Макаренко Ю.А., 1977).

Среди различных форм поведения (отрицательного эмоционального реагирования), отражающих недостаточное приспособление к среде, Е. Hurlock (1956) отмечает следующие: внезапные проявления агрессии,

которые могут возникать по малейшему поводу; проявления признаков сильной тревоги, страха; проявления депрессии с безучастностью, нежеланием шутить, улыбаться; неспособность к коррекции поведения при постоянных уговорах; высокий уровень нерешительности; враждебное отношение к окружающему ; непослушание, приставание к другим детям и стремление тиранить их; попытки привлечь к себе внимание, в том числе жалобами на других детей. Отрицательное реагирование, как правило, наблюдается при адаптации к иным, менее благоприятным условиям (например, в детских стационарах), особенно на ранних возрастных этапах (Бурмистрова Н.Н., 1972).

Другое направление разрешения психосоматической проблемы – изучение физиологии и патологии вегетативной нервной системы у детей и подростков – ведется с конца XIX – начала XX века. На первом этапе исследовались отдельные проявления вегетативных сдвигов – потливость, кожная чувствительность, колебания температуры, пульса, дыхания и т.п. (Перемыслова А.А., 1951; Шалков Н.А., 1957; Cook Ch. D. et al., 1955; Kleitman N. et al., 1937; Kuno J., 1938; Reiper A., 1929 и мн. др.). Н.А. Эпштейном (1925) было установлено непостоянство вегетативных нервных реакций у различных детей и у одного и того же ребенка. О том, что тонус вегетативной нервной системы у детей все время перестраивается, писал М.С. Маслов (1948). А.Х. Хамидуллина (1966) отмечала, что важной особенностью вегетативных нервных эффектов у детей грудного возраста является наличие реакций, наблюдаемых у взрослых при патологии нервной системы. А.М. Вейном (1986) была уточнена специфика вегетативного оформления эмоций и психосоматического вегето-висцерального реагирования, обсуждены вопросы моно- и полисистемности, перманентности и пароксизмальности вегетативных нарушений в детском и подростковом возрасте, сегментарного и надсегментарного уровней поражения, эрго- и трофотропного характера влияний. Возрастной особенностью вегетативно-висцеральных реакций является большая

вагальная окраска в младших возрастных периодах и частота симпатoadреналовых кризов в пубертатном возрасте (Шварков С.Б., 1991), а также преимущественно перманентный характер вегетативных расстройств в первой и пароксизмальный характер – во второй возрастной категории. Касаясь проблем и перспектив детской вегетологии, А.М. Вейн (1986) пишет, что глубокое изучение психических факторов в генезе вегетативных нарушений – одно из огромных достижений современной вегетологии. Автор выражает уверенность в том, что большинство наблюдаемых расстройств носит психовегетативный характер, так как в основе этого лежит сформировавшаяся в филогенезе связь эмоциональных факторов с вегетативными сдвигами, без которых невозможно приспособительное поведение.

В патологии указанная связь эмоциональной и вегетативных систем выглядит еще более четко, поэтому введение понятия «психовегетативный синдром» отражает суть имеющихся отклонений.

Распространенность эмоциональных нарушений – существенный фактор увеличения частоты вегетативных расстройств. В детском возрасте в силу недостаточной зрелости церебральных структур имеются особенности, изучение которых позволит углубить знания о становлении эмоционально-вегетативных взаимоотношений в условиях нормальной и измененной адаптации, что важно для диагностики многих форм патологии детского возраста, профилактики психосоматических заболеваний.

Анализ психологических особенностей личности ребенка, значение которых, в частности при вегетососудистой дистонии, подчеркивают многие исследователи (Белоконь Н.А. и др., 1987; Вейн А.М., 1986; Исаев Д.Н. и др., 1988), позволяет при одновременном изучении микросоциальной обстановки проследить влияние конкретных средовых факторов на симптомообразование, а с учетом роли наследственной отягощенности дает возможность сопоставить полученные данные с известными психовегетативными синдромами у больных зрелого возраста. По

наблюдениям Н.А. Белоконь, С.Б. Шваркова и др. (1986), исходный вегетативный тонус и реактивность у детей носят нередко разноплановый характер. Предложенная Н.Б. Курбергером и др. (1985) методика определения состояния вегетативной нервной системы с использованием кардиоинтервалографии для оценки реактивности и тяжести состояния больных детей в значительной степени повысила возможности как диагностики, так и терапии психосоматических расстройств различной локализации. На основе клинических данных разработаны этапы реабилитации детей и подростков с вегетативными расстройствами (Янакевич Е.Б., Янакевич Б.А., 1989).

Одним из направлений разработки проблемы психосоматических соотношений на протяжении всего периода развития детской психиатрии является изучение психогенных заболеваний в виде так называемых системных неврозов (Майзель И.Е., Симсон Т.П., 1928; Симсон Т.П., 1958; Сухарева Г.Е., 1959; Буянов М.И., 1995), разработка вопросов клиники, этиологии и терапии этих расстройств.

Установлено наличие депрессивных проявлений в структуре невротических реакций и состояний («нет невроза без депрессии» – заметил А. Кемпински (1975)), что связано, как подчеркивает В.В. Ковалев (1979), с эмоциональным генезом неврозов. Н. Stutte (1967) в рамках психогенных расстройств детского возраста выделяет как психические (психоневрологические), так и соматические (органоневрологические) изменения. В число последних им включаются вазомоторные расстройства, нарушения сна, аппетита и пищеварения, двигательные расстройства.

Среди проявлений неврозов и невротических форм реактивных состояний элементарные соматовегетативные и двигательные расстройства встречаются у детей и даже подростков значительно чаще, чем собственно психические нарушения, что обусловлено возрастной этапностью преимущественного нервно-психического реагирования детей, положение о которой разработано Ушаковым Г.К. (1973) и Ковалевым В.В. (1979,1985). Так, В.В. Ковалев

(1985) выделяет четыре возрастных уровня преимущественного нервно-психического реагирования: 1) соматовегетативный (0 – 3 года); 2) психомоторный (4-7 лет); 3) аффективный (5-10 лет) и 4) эмоционально идеаторный (11-17 лет).

Проблеме выраженных эмоциональных нарушений (аффектов), и в частности депрессий, у детей и подростков, являющейся ключевой в разработке вопросов психосоматики с точки зрения патогенеза, посвящено значительное количество работ как психиатров, так и детских специалистов других профилей.

Характеризуя печальное настроение у детей, Н. Emminghaus (1890) отмечает значительную частоту при этом соматических проявлений – плохой аппетит, скудная дефекация, малый, пустой, учащенный пульс, дрожание. Несколько позже W. Storchmaer (1913) определил депрессию у детей как невыраженную, с обязательным соматическим сопровождением в виде отсутствия аппетита, тяжести в голове, давления в груди; при этом заметил, что некоторые физические симптомы – сухость во рту, малый, напряженный, ускоренный пульс – указывают на меланхолию.

М.И. Лapidес (1940), описывая циркулярную депрессию у детей, обращает внимание на иной, чем у взрослых больных, тип суточных колебаний (ухудшение настроения к вечеру) и наличие в клинической картине головных болей, общей слабости, склонности к запорам и потери в весе.

Касаясь вопросов аффективной патологии, Г.Е. Сухарева (1955) отмечает в структуре редко встречающихся в детском возрасте маниакально-депрессивного психоза и циклотимии такие соматические проявления, как усталость, боли в различных частях тела, тошноту, головные боли, бессонницу. Автор подчеркивает, что в клинической картине психогенных невротических состояний большой удельный вес принадлежит вегетативно-соматическим расстройствам. Больные часто жалуются на неприятные соматические ощущения, боли в области сердца, а дети младшего возраста –

на боли в животе, что заставляет думать, в первую очередь, о соматическом, а не психическом заболевании (Сухарева Г.Е., 1959).

Сравнивая депрессивные расстройства у детей и взрослых, Е. Majluf (1960) (цит. Иовчук Н.М., 1976) утверждает, что в детстве симптоматика депрессии иная – преимущественными являются соматические эквиваленты, расстройства успеваемости, школьные фобии, преступное поведение.

W. Spiel (1961) считает, что в раннем детстве депрессивные состояния проявляются в психосоматических расстройствах: нарушениях пищеварения, сна, прекращении развития. Примерно такую же картину психосоматических проявлений в структуре депрессии у детей описывает J. Toolan (1961): моторное беспокойство, колики в животе, боли в теле, головные боли, плач, которые нередко выступают в сочетании с апатией, изоляцией, непослушанием, побегам из дома, школьной неуспеваемостью.

Е. Frommer (1967) писала, что симптомы депрессии у детей могут быть обманчивы и вводить в заблуждение, так как чаще относятся к физической, чем психической, природе. Депрессия должна быть заподозрена у детей, которые жалуются на неспецифические повторяющиеся абдоминальные боли, головные боли, нарушения сна, неопределенные страхи или нарушения настроения в виде раздражительности, а так же отличаются необъяснимым бесстрашием и взрывчатостью темперамента.

M. de Negri, G. Moretti (1971) утверждают, что в раннем детстве при депрессии преобладают соматические расстройства (питания, сна), а в дошкольном – регрессивные состояния (энурез). В целом тенденция к соматизации депрессии имеется у 26,5% больных детей.

М.И. Фель (1982) констатирует, что невротическая депрессия у детей до 7 лет проявляется аффективными нарушениями: капризностью, снижением аппетита, нарушением сна, страхами, тогда как соматический компонент депрессии представлен диареей, тошнотой, гипертермией, нарушениями моторики – от заторможенности до двигательного беспокойства. В младшем школьном возрасте (7-12 лет) аффективный компонент выступает в виде

дистимических расстройств: заторможенность, плаксивость сменяется беспокойством, злобностью; соматовегетативный компонент также достаточно выражен. В 13-17 лет невротическая депрессия принимает более типичные черты. Подавленное настроение выражено отчетливее, чаще по типу субдепрессии с переживанием отраженной психотравмирующей ситуации.

О.Д. Сосюкало и соавт. (1987), характеризуя возрастной патоморфоз депрессивных расстройств на различных возрастных этапах, отмечает у детей раннего и дошкольного возраста рудиментарность собственно аффективного компонента депрессии и значительный удельный вес соматовегетативных (нарушение ритма сна и бодрствования, снижение аппетита, энурез и энкопрез) и двигательных нарушений (чередование состояний вялости, заторможенности и двигательного беспокойства, плаксивости).

Многие авторы (Keeler W.R., 1954; Glaser K., 1968; Bakwin H., 1972; Cetryn L., McKnew D.H., 1974; Renshaw D.S., 1974) считают, что соматические жалобы и энурез в детском и подростковом возрасте свидетельствуют о депрессии. W. Ling et al. (1970) и W. Weinberg et al. (1973) выделяют расстройства сна, соматические жалобы (немигренозные головные боли, абдоминальные и мышечные боли и другие соматические «заботы»), изменение аппетита и потерю в весе в качестве критериев депрессии на ранних возрастных этапах.

Начиная с 70-х годов отмечается повышение интереса исследователей к проблеме детских депрессий, отчасти вызванное изучением скрытых, маскированных депрессий у взрослых, которые по своим клиническим проявлениям более близки к картине депрессии у детей.

На стертость, невыраженность, нетипичность и даже редкость депрессий у детей указывали многие исследователи, начиная с середины прошлого века до наших дней (Griesinger W., 1845; Lesse S., 1967; 1968; 1981; Makita K., 1973; Nissen G., 1973; 1982; Иовчук Н.М., 1985; Северный А.А., 1987 и др.). В обзоре иностранной литературы по депрессивным и маниакальным

состояниям в детском возрасте Н.М. Иовчук (1976) приводит данные ряда авторов (Граде, Хваст, фон Байер, М. Блейлер и др.), свидетельствующие о частом сочетании психопатологической и соматической симптоматики в структуре депрессий. В связи с этой особенностью депрессия у детей, особенно в ранние возрастные периоды, принимает за счет преобладания соматических нарушений маскированный характер, что является подтверждением «закона двойного выражения эмоций», о котором писал В.В. Зеньковский (1916).

S. Lesse (1981) в структуре маскированной депрессии выделяет психосоматические проблемы в виде головных болей, тиков, хореоформных движений, абдоминальных болей, тошноты, рвоты не только у детей, но и у подростков.

G. Nissen (1971) на основе анализа данных многих исследователей и результатов собственных наблюдений делает вывод, что депрессия в дошкольном возрасте обнаруживается в соматических симптомах, и подчеркивает, что для детской депрессии все нетипичное – типично. При характеристике депрессивных расстройств он выделяет наряду с 5 психическими 5 обязательных психосоматических признаков (агрессивность, энурез, нарушение сна, мутизм, обгрызание ногтей). У детей дошкольного возраста в основном обнаруживаются психосоматические симптомы, младшего школьного – более выраженный аффективный компонент (возбудимый, робкий, раздражительный, «тихий» ребенок), тогда как у подростков – психические и психосоматические симптомы взрослых, указывающие на преимущественный интрапсихический конфликт (ложь, суицидальные тенденции, комплекс неполноценности, подавленность, головные боли). К числу неблагоприятных симптомов автором на основе катамнеза отнесены: мудрствование, дисфория, суицидальная попытка, тоска, мутизм, особенно если они появляются неоднократно.

Уточняя генез аффективных нарушений, G. Nissen (1973) отмечает, что психогенные депрессии в детстве выражаются в психосоматических

симптомах. Автор утверждает, что депрессивный ребенок непохож на депрессивного взрослого, что психосоматические симптомы, главным образом, характеризуют формы, в которых детская депрессия проявляет себя, и относит к ним в порядке убывания: агрессивность, энурез, нарушения сна, мутизм, плаксивость, побеги из дома. По его данным, частота психосоматических симптомов у детей, включая энурез, достигает 70%. Позже он (1975) высказал мнение, что ларвированная депрессия в раннем детстве является специфическим выражением эндогенного заболевания, а ларвированную депрессию у взрослых оценил как регрессию, возврат к типичной депрессивной форме детства. Что же касается маскированной депрессии у подростков, то она проявляется следующей симптоматикой: головными болями, тиками, хореоформными движениями, болями в животе, тошнотой, рвотой, анорексией и т.д.

J. Ringdahl (1980), описывая депрессивные реакции, подчеркивает, что соматические жалобы часто маскируют депрессию у детей и подростков. Кроме того, депрессия ассоциируется с такими заболеваниями, как инфекции, метаболические расстройства, рак, дегенеративные процессы и другие заболевания, приводящие к физической немощи.

Ch. Eggers (1988) наряду с собственно депрессивной симптоматикой у госпитализированных детей 5-12 лет отмечал энурез, энкопрез, вспышки ярости, разрушительные тенденции, гиперактивность, склонность к воровству.

В качестве масок и даже эквивалентов депрессий у детей чаще всего выступают соматические вегетативно-висцеральные нарушения, что в ряде случаев позволяет говорить о психовегетативных состояниях (Вейн А.М., 1991) и соматовегетативных депрессиях (Козидубова В.М., 1988), при которых нередко выявляются расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта: снижение аппетита, боли в животе, поносы, запоры, а также регрессивные симптомы (энурез, энкопрез). В среднем детском возрасте распространены вегетососудистые нарушения, а в подростковом –

функциональные изменения со стороны сердечно-сосудистой системы и нарушения менструального цикла у девушек.

При этом соматические расстройства у детей и подростков чаще отмечаются в структуре тревожной депрессии. Реже депрессии маскируются поведенческими нарушениями и суицидальным поведением (Lesse S., 1968).

Различные поведенческие расстройства в структуре депрессивных состояний отмечали и другие исследователи (Озерецковский С.Д., 1984; Татарова И.Н., 1985; Angold A., 1988). Депрессию у детей с тяжелыми головными болями описали W. Ling et al. (1970). В.Н. Мамцевой (1988) описан один из вариантов маскированной депрессии при шизофрении в виде гипертермии.

Характеризуя эндогенные депрессии в педиатрической практике, А.А. Северный и др. (1992) отмечают, что психопатологические компоненты психовегетативного синдрома в 2/3 случаев представляют собой депрессивный симптомокомплекс, т.е. стертый, сниженный аффект, почти всегда маскируемый вегетососудистыми нарушениями.

Освещение собственно психосоматических нарушений при различной психической патологии у детей занимает значительное место в психосоматической и психиатрической литературе. До последнего времени это были в основном работы психоаналитиков, в той или иной мере основанные на идеях фрейдизма (Bruch H., 1945; Kempton J., 1961; MacGregor M., 1961; Davidson M., 1963; Prugh D., 1963; Sibinda M.S., 1963; Aplej J., 1963; Aplej J., Hale B., 1973; Berlin I.N., 1968; Kujath G., 1973; Starfield B. et al., 1980; Rauste von Wright, Wright von J.A., 1981; Behrman R.E., Vaughan V.C., 1983; Garralda E., 1983; Stark T., Blum R., 1986; Linna S.L. et al., 1991; Tamminen T.M., 1991; Oudshoorn D.N., 1993 и др.). Как правило, эти исследования, даже монографические (Sperling M., 1979), базируются на ограниченном клиническом материале, а в качестве терапевтических мер рекомендуются психодинамические подходы. Лишь немногие авторы, в частности Н. Zimprich (1984), предлагают сочетать медикаментозное и

психотерапевтическое воздействие при лечении психосоматических расстройств у детей.

Несколько иной подход к проблеме, хотя и не лишенный излишней психологизации, прослеживается в отечественных исследованиях, которые стали проводиться в последнее десятилетие. При анализе этиологических и патогенетических факторов учитываются не только психологические, психогенные в узком смысле (Исаев Д.Н., 1985; 1990; 1991; Гарбузов В.И., 1985; Вельтищев Ю.Е. и др., 1988), но и конституционально-биологические особенности «почвы», состояние нервной системы в преморбиде (Исаев Д.Н., 1996), а также возрастной период (Буторина Н.Е., Полецкий В.М., 1988; Полецкий В.М., Шевельков В.М., 1990), в котором развиваются психосоматические нарушения. Уделяется внимание диагностике донозологического этапа развития психосоматических заболеваний (Ефимов Ю.А., 1986; 1988) и разработке терапевтических (психотерапевтических) подходов (Нахимовский А.И., 1981).

В теоретическом аспекте наиболее значима, на наш взгляд, монография Д.Н.Исаева «Психосоматическая медицина детского возраста» (1996), в которой автор подробно изложил большинство из существующих в составе психологического направления подходов к решению данной проблемы. Как полагает Д.Н. Исаев, в настоящее время «на место проблемы узкого круга психосоматических расстройств пришел психосоматический подход. Последний включает в себя анализ психосоциальных вредностей, участвующих в развитии любых заболеваний. В широком смысле этот подход охватывает проблемы конверсионных (истерических), соматогенных (вызванных болезнями внутренних органов), соматизированных психических и ипохондрических (сосредоточение внимания на собственном здоровье) расстройств, реакций личности на болезнь, симуляцию, а также искусственно продуцируемые болезни» (стр.28). Характеризуя нейродинамические сдвиги, автор не останавливается конкретно на роли нарушения эмоций в генезе психосоматических расстройств, а в терапевтическом плане предлагает

только психотерапевтические подходы, так же как и в отдельной главе (с В.Е. Каган), посвященной лечению психогенно обусловленных соматических расстройств.

Завершая изложение взглядов на психосоматические взаимоотношения в историческом аспекте, следует отметить продуктивность различных подходов и значимость их для разрешения проблемы. С точки зрения разработки патогенетической терапии психосоматических расстройств, различающихся не только локализацией, степенью клинической выраженности, но и за счет особенностей нейрофизиологических (нейродинамических) сдвигов характером психических (аффективных) проявлений, этот вопрос не получил еще достаточного освещения, и потому в настоящее время остается открытым.

2. Факторы риска возникновения психосоматических расстройств у детей и подростков:

1. Генетические

1. Наследственная отягощенность психическими заболеваниями;
 - психотического характера;
 - непсихотического характера.

2. Наследственная отягощенность психосоматическими расстройствами

3. Личностные особенности родителей.

4. Личностные особенности больных.

2. Церебрально-органические

1. Патология беременности и родов.

2. Нарушение вскармливания.

3. Нарушения психомоторного развития

4. Травмы, операции, интоксикации.

5. Остаточные явления раннего органического поражения ЦНС.

6. Вредные привычки (патологически привычные действия - ППД - сосание пальца, грызение ногтей, раскачивание туловищем, выдергивание волос и др.).

3. Микросоциальные

1. Плохие материально-бытовые условия и конфликты в семье.
2. Нарушение системы мать-дитя.
3. Дефекты воспитания.
4. Посещение детских учреждений.
5. Наличие сестер и братьев.
6. Неполная семья.
7. Курение и алкоголизм у родителей.
8. Потеря (болезнь) родителей или близких родственников.
9. Изменение стереотипа общения.
10. Психоэмоциональные перегрузки.

Наиболее частыми причинами возникновения отрицательных эмоций у детей дошкольного возраста являются:

- срыв первичного стереотипа поведения (смена обстановки или круга общения);
- неправильное построение режима для ребенка;
- неправильные воспитательные приемы;
- отсутствие необходимых условий для игры и самостоятельной деятельности;
- создание односторонней аффективной привязанности;
- отсутствие единого подхода к ребенку.

К школьным стрессовым ситуациям можно отнести:

- отсутствие дружеских отношений или неприятие детским коллективом;
- неспособность ребенка соответствовать настроениям, желаниям и деятельности сверстников;
- смена школьного коллектива;
- негативное отношение учителя;

- пребывание в закрытых детских учреждениях (интернатах, детских домах, больницах, санаториях и т.д.);
- неспособность справиться с учебной нагрузкой.

Жалобы, предъявляемые больными, касаются тех органов или систем, которые в основном или полностью находятся под влиянием вегетативной нервной системы (сердечно-сосудистой, дыхательной, мочеполовой). Симптомы обычно бывают двух типов, ни один из которых не указывает на физическое расстройство затрагиваемого органа или системы.

Первый тип симптомов, на котором во многом основывается диагностика, характеризуется жалобами, отражающими объективные признаки вегетативного возбуждения, такие как сердцебиение, потливость, покраснение, тремор.

Второй тип характеризуется более идиосинкратическими, субъективными и неспецифическими симптомами, такими как ощущения мимолетных болей, жжения, тяжести, напряжения, раздувания или растяжения. Эти жалобы относятся больным к определенному органу или системе (к которым может относиться и вегетативная симптоматика).

У многих больных с этим расстройством имеются указания на наличие психологического стресса или затруднения и проблемы, которые представляются связанными с расстройством. В некоторых случаях могут также присутствовать незначительные нарушения физиологических функций, такие как икота, метеоризм и одышка, но сами по себе они не нарушают основного физиологического функционирования соответствующего органа или системы.

3. Классификация психосоматических расстройств у детей.

Классификация психосоматических расстройств у детей строилась на разных принципах: патогенетическом, анатомо-физиологическом (локализованном), возрастном, синдромальном и т.д.

По локализации – психосоматические нарушения пищеварительной, кожной, двигательной, сердечно-сосудистой, дыхательной, эндокринной систем, нарушения терморегуляции, речи и выделительных функций и алгические проявления психосоматического характера с относительно кратковременной фиксацией в каком-либо органе или системе.

По качественным и количественным особенностям патологических проявлений - психосоматические реакции, состояния и психосоматические заболевания.

По распространенности - условно моносистемные и полисистемные психосоматические (функциональные) расстройства, т.к. при этом поражается не только соматическая, но и психическая сфера.

По степени клинической выраженности депрессивных проявлений - субдепрессия, скрытая депрессия, средневыраженная депрессия (дистимия, дисфория) и выраженная депрессия.

По генезу депрессивных нарушений - эндогенная, психогенная и резидуально-органическая депрессия.

По качественным особенностям (синдромальной структуре), лежащим в основе психосоматических и сопутствующих им аффективных (депрессивных) расстройств, - астеническая, тоскливая, тревожная и смешанная (астенотревожная и тревожно-тоскливая) депрессии.

Большинство врачей группируют психосоматические расстройства по возрастному признаку.

В младенческом возрасте к этим расстройствам относят колики третьего месяца, метеоризм, аэрофагию, срыгивания, жвачку (мерицизм), анорексию грудного возраста, извращение аппетита (симптом Пика), недостаточную прибавку массы тела, тучность, остановку развития, функциональный мегаколон, приступы нарушения дыхания, спастический плач, нарушения сна, запор (констипация), энкопрез, внезапную смерть младенца.

В дошкольном возрасте наблюдают такие психосоматические расстройства, как запор, понос, "раздраженный кишечник", боли в животе,

циклические рвоты, отказ от жевания, анорексия и булемия, энкопрез, энурез, ожирение, нарушение сна, лихорадка и др.

У детей школьного возраста и подростков к числу психосоматических расстройств относят мигрень, "ростовые боли", рекуррентные боли меняющейся локализации, нарушения сна, приступы гипервентиляции, обмороки, вегето-сосудистую дистонию, бронхиальную астму, нервную анорексию, булемию, ожирение, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, язвенный колит, энкопрез, энурез, расстройства менструального цикла и др.

Однако, в последние годы, в детскую клиническую практику все шире внедряется классификация психосоматических расстройств, разработанная Ю.Ф. Антроповым с соавт. (1999, 2002) и базирующаяся как на анатомо-физиологическом (локализационном), так и на патогенетическом принципах.

В ней учитывается не только степень выраженности соматических нарушений, но и основной патогенетический фактор - депрессивные расстройства.

В основу типологии психосоматических расстройств у детей анатомо-физиологический принцип требует, наряду с локализацией, установления качественных и количественных особенностей психосоматических проявлений, их распространенности по органам и системам.

На основе **анатомо-физиологического** (локализационного) принципа у детей и подростков следует выделять психосоматические расстройства:

• **пищеварительной системы:**

- нарушение аппетита (снижение или повышение),
- аэрофагия,
- тошнота,
- рвота,
- боли в животе (абдоминалгии),
- метеоризм,
- нарушения стула (запоры, понос),

• **кожных покровов:**

- аллергические проявления в виде высыпаний,
- кожный зуд,
- угревая сыпь,
- выпадение волос,

• **двигательной системы:**

- тики,
- гиперкинезы,
- кривошея,
- торзионная дистония,
- псевдопарезы, нарушения походки,
- астазия-абазия,
- псевдоэпилептические проявления,

• **эндокринной системы:**

- нарушение менструального цикла,
- углеводного обмена,
- изменение массы тела,

• **респираторной:**

- одышка,
- навязчивый кашель,
- затруднение вдоха,

• **выделительной:**

- энурез,
- энкопрез,
- обменная нефропатия,

• **сердечно-сосудистой:**

- нарушение ритма сердца (тахикардия, брадиаритмия),
- боли в сердце (кардиалгии),
- повышение или понижение артериального давления,

• **нарушения терморегуляции:**

- субфебрилитет,
- гипертермия,
- гипотермия,

• **нарушения речи:**

- запинки,
- заикание,
- более детская речь,
- трудности в разговоре,

• **алгические нарушения:**

- головные боли (цефалгии),
- боли в мышцах (миалгии),
- суставах (артралгии),
- мочевом пузыре и других органах.

4. Клинические проявления психосоматических расстройств у детей и подростков.

Отдельные признаки эмоционального напряжения или состояния хронической тревожности у детей обнаруживаются задолго до появления явных психосоматических расстройств. Причем, в более младшем возрасте оно проявляется различной степенью выраженности и стойкости дистимических явлений, суетливостью, неусидчивостью и двигательным беспокойством. Старшими детьми эмоциональное напряжение субъективно воспринимается как беспокойство, душевный дискомфорт.

Проявления эмоционального напряжения у детей условно можно разделить на 3 группы:

1. Преневротические:

- нарушения сна (трудности засыпания, сноговорение, кошмарные сновидения)
- тики (двигательные и вокальные)
- патологически привычные действия (ППД) - онихофагия, сосание пальцев, яктация, доподростковая мастурбация, трихотилломания и др.)

- навязчивости
- непослушание
- враждебное отношение к окружающим
- безучастность
- трудности в разговорной речи
- страх
- беспричинный плач и др.

2. Вегетодистонические:

- потливость
- головные боли
- сердцебиение
- головокружение
- одышка
- обмороки
- повторные боли в различных частях тела
- гипертермия кожи при волнении (кожная чувствительность)
- отрыжки воздухом
- тремор
- алгические ощущения и дисфункции различных органов и систем

3. Соматические:

- повышенная жажда
- нарушение аппетита (повышение или понижение)
- рвота после еды
- непереносимость отдельных видов пищи
- ожирение
- субфебрилитет неясного происхождения
- гиперпирексия
- эпизодический кожный зуд
- неоднократно появляющиеся кожные высыпания и др.

Практически у всех детей с психосоматическими (психовегетативными) нарушениями выявляются *депрессивные* расстройства невротического уровня различной степени интенсивности (от субдепрессии до выраженной депрессии).

Характерно:

- периодическое незначительное снижение настроения в течение дня, чаще к вечеру, редко по утрам с нежеланием что-либо делать;
- чувство безразличия или раздражения в отношении окружающих;
- нарушения поведения (замкнутость в себе, отсутствие улыбки, малая активность в играх, уединение) и его перемены;
- тревога за свою жизнь и жизнь родителей в контексте "а как я буду жить без них".

Умеренно выраженная депрессия встречается у детей и подростков относительно редко.

Протекает с явлениями:

- *дистимии* (преходящее угнетенное настроение без видимой причины с преобладанием отрицательных эмоций и снижением влечений, отсутствие чувства радости, вялость, физическая слабость, малая инициативность);
- *дисфории* (угрюмое, ворчливо-раздражительное и мрачное настроение с повышенной чувствительностью к любому внешнему раздражителю, недовольство, отрицательная оценка происходящего, конфликтность);
- *тревогой и невыраженной тоской*, которая характеризуется большими как скука, грусть, безрадостность, тяжесть в теле;
- *двигательной и идеаторной заторможенностью*.

Выраженная депрессия у детей и подростков с психосоматическими расстройствами отмечается крайне редко как психогенная кратковременная реакция на ситуацию.

Характеризуется:

- значительным снижением двигательной активности;

- покорно-страдальческим видом (особенно когда речь идет о своих переживаниях);

- амимичным и даже маскообразным выражением лица во время общения с детьми.

- отсутствием жестикуляции;

- изменением осанки (иногда согбенной, старческой позой);

- ухудшением памяти, затруднением переключаемости внимания и осмысления происходящего.

Как правило, при усилении депрессивных расстройств уменьшается выраженность соматовегетативных нарушений, т.е. имеет место обратная пропорциональная зависимость.

По качественным особенностям (синдромальной структуре), лежащим в основе психосоматических расстройств у детей и подростков выделяют следующие типологические варианты депрессии:

- **тревожный**, встречающийся наиболее часто и протекающей с пониженным настроением, беспокойством, тревогой, чувством внутреннего **напряжения**, чаще по вечерам, непоседливостью, излишней двигательной, хаотичной активностью, ускоренной речью. Grimасы недовольства, грусти, испуга, плача нередко сменяются на лице в течение короткого времени.

При расспросах выявляются опасение за жизнь близких, тревога за свою жизнь, страх смерти.

Затруднено засыпание, сон поверхностный, тревожный, с подъемами среди ночи и затрудненным пробуждением.

- **астенический**, при котором, обращает на себя внимание внешний вид больных: унылое, грустное, иногда- недовольное выражение лица, двигательная активность снижена, вялость в начале дня. Голос негромкий, речь невыразительна, иногда замедлена. Дети и подростки предъявляют жалобы на общее недомогание, физическую и психическую утомляемость, скуку, нежелание что-либо делать, особенно во второй половине дня. Они не переносят психического напряжения, шума, жалуются на затруднение в

усвоении школьного материала. Малоактивны, раздражительны, конфликтны, из-за чего ограничено речевое общение со сверстниками. Засыпают рано, сон глубокий, пробуждение позднее с сонливостью в течение некоторого времени.

- **тоскливый**, клинические проявления которого, как правило, ближе к типичным депрессиям взрослых.

Больные малоактивны, несколько заторможены. Лицо амимично, поза нередко сгорбленная. Говорят тихим, затухающим голосом, с жалобно-просительными интонациями. Жалуются на скуку, чувство подавленности, грусть, печаль, отсутствие радости в жизни, нелюбовь близких. Им - "всегда плохо", однако к вечеру двигательная активность несколько возрастает и мимика становится живее. Периодически испытывают нарушения сна в виде бессонницы, иногда ранние подъемы с невозможностью уснуть.

- **смешанный** (астенотревожный и тревожно-тоскливый):

- **астенотревожный вариант депрессии** включает вместе с невыраженным аффектом тоски, в основном, астенические и тревожные проявления, редко истерические.

- **тревожно-тоскливый вариант депрессии** наряду с тревожным аффектом включает более заметный тоскливый, а также рудиментарные истерические синестопатические и ипохондрические расстройства.

Лекция 8. Базовые задачи, принципы и средства психологической коррекции детей и подростков в клинической психологии (2 ч.)

1. Определение психотерапии и психологической коррекции.
2. Принципы психологической коррекции.
3. Классификация видов психологической коррекции.
4. Теоретические модели психологической коррекции.

1. Определение психотерапии и психологической коррекции.

В научной литературе насчитывается несколько сот определений понятия «психотерапия», одни из них четко относят психотерапию к медицине, другие акцентируют внимание на ее психологических сторонах. По мнению Карвасарского Б. Д. отечественная традиция состоит в том, что психотерапия определяется, прежде всего, как метод лечения, т. е. входит в компетенцию медицины.

Обе позиции являются объяснимыми. Так, с одной стороны, психотерапия дословно означает лечение души, т. е. указывает на объект воздействия.

С другой стороны, сходные по образованию понятия «физиотерапия, иглотерапия и др.» указывают на средства воздействия.

Медицинский подход к пониманию психотерапии иллюстрируют такие определения, которые обязательно включают в себя понятия «здоровье», «болезнь», «больной», «лечебное воздействие». Определения, в большей степени фиксирующие психологические подходы включают в себя такие понятия, как «межличностное взаимодействие», «психологические средства», «психологические проблемы и конфликты», «отношения», «установки», «эмоции», «поведение».

В известной мере объединяет эти два подхода определение Кратохвила: «Психотерапия представляет собой целенаправленное упорядочивание нарушенной деятельности организма психологическими средствами». Таким образом, процесс развития психотерапии, как научной дисциплины, предполагает все более четкое определение ее категориального аппарата и сущности самого понятия «психотерапия».

Однако, термины «воздействие», «вмешательство», «интервенция» входят в самые различные определения психотерапии и психокоррекции. Психотерапевтическое вмешательство – это вид (тип, форма) психотерапевтического воздействия, который характеризуется

определенными целями и соответствующим этим целям выбором средств воздействия, т. е. методов.

Термин «психотерапевтическое вмешательство» может обозначать конкретный психотерапевтический прием, например, разъяснение, уточнение, стимуляция, вербализация, интерпретация, конфронтация, научение, тренинг, советы и т. д., а также общую стратегию поведения психотерапевта, непосредственно связанную с теоретической ориентацией. На основании этого выделяют три основных типа психотерапевтического вмешательства, соответствующих трем направлениям в психотерапии: психоаналитический, поведенческий и опытный (гуманистический), каждый из которых характеризуется собственной концепцией здоровья и болезни, терапевтическими целями, плоскостью вмешательства и соответствующими приемами и средствами.

Клинико-психологические вмешательства с точки зрения Перре и Бауманна характеризуются: выбором средств (методов); функциями (профилактика, лечение, реабилитация, развитие); целевой ориентацией процесса на достижение изменений; теоретической базой; эмпирической проверкой; профессиональными действиями. Термин «клинико-психологическое вмешательство» широко распространен в зарубежной литературе, а у нас используется редко.

Более употребительным является термин «психологическая коррекция». Психологическая коррекция представляет собой направленное психологическое воздействие для полноценного развития и функционирования индивида.

Вопрос о соотношении понятий «психотерапия» и «психологическая коррекция» остается открытым и сегодня, однако, мы можем рассмотреть две основные точки зрения на него. Одна из них, заключается в признании полной идентичности этих понятий.

При этом, не учитывается, что психологическая коррекция как направленное психологическое воздействие реализуется не только в

медицине, но и в других сферах человеческой практики, например в педагогике. Даже обычное, обыденное человеческое общение может содержать в большей или в меньшей степени целенаправленно используемую психологическую коррекцию.

Другая точка зрения основана на том, что психологическая коррекция преимущественно призвана решать задачи спихофилактики на всех ее этапах, в том числе при осуществлении вторичной и третичной профилактики. Задачи психологической коррекции могут существенно варьировать от направленности на вторичную и третичную профилактику основного заболевания и первичную профилактику возникающих последствий вторичных невротических расстройств при соматической патологии до практически полной идентичности задачам психотерапии при неврозах.

Психотерапия и психопрофилактика не ограничивают свою практику лишь методами психологической коррекции, что еще раз указывает на разноуровневый, динамический характер соотношения задач и методов *психологической* коррекции и психотерапии, которые взаимопересекаются, но полностью не исчерпывают одна другую. Психологическое консультирование традиционно рассматривается как процесс, направленный на помощь человеку в разрешении или поиске путей разрешения возникающих у него проблем и затруднений психологического характера.

2. Принципы психологической коррекции.

Эффективность психологической коррекции в значительной степени зависит от анализа психологической структуры дефекта и его причины. Сложность и своеобразие аномального развития ребенка требуют тщательного методологического подхода к его анализу и психокоррекционным воздействиям. Разработка принципов как основополагающих, отправных идей, является чрезвычайно важным в

теории и практике психологической коррекции. Принципы как основополагающие идеи психологической коррекции базируются на следующих фундаментальных положениях психологии:

- Личность — это целостная психологическая структура, которая формируется в процессе жизни человека на основе усвоения им общественных форм сознания и поведения (Б. Г. Ананьев, Л. И. Божович, Л. С. Выготский, П. Я. Гальперин, В. В. Давыдов, А. В. Запорожец, Леонтьев, С. Л. Рубинштейн, Д. Б. Эльконин).

- Психическое развитие и формирование личности ребенка возможны только в процессе общения со взрослыми (Лисица, Ломов и др.).

- Важную роль в психическом развитии ребенка играет формирование ведущего вида деятельности (в дошкольном детстве — игра, в младшем школьном детстве — учебная деятельность) (Д. Б. Эльконин и др.).

- Развитие аномального ребенка происходит по тем же законам, что и развитие нормального ребенка. При наличии определенных, строго продуманных условий все дети обладают способностью к развитию (Л. С. Выготский, М. Монтессори).

Важным принципом психологической коррекции аномального развития является принцип комплексности психологической коррекции, которую можно рассматривать как единый комплекс клинико-психолого-педагогических воздействий. Эффективность психологической коррекции в значительной степени зависит от учета клинических и педагогических факторов в развитии ребенка. Например, коммуникативные тренинги, которые проводит психолог в клинике с целью оптимизации процесса общения детей, не будут действенны, если он не учитывает клинические факторы и ту социальную среду (медперсонал клиники, педагоги, родители), в которой дети находятся.

Второй принцип психологической коррекции — это принцип единства диагностики и коррекции. Прежде чем решать, нужна ли психологическая коррекция ребенку, необходимо выявить особенности его психического

развития, уровень сформированности определенных психологических новообразований, соответствие уровня развития умений, знаний, навыков, личностных и межличностных связей возрастным периодам. Задачи коррекционной работы могут быть правильно поставлены только на основе полной психологической диагностики как зоны актуального, так и ближайшего развития ребенка. Л. С. Выготский подчеркивал, что «...в диагностике развития задача исследователя заключается не только в установке известных симптомов и их перечислении или систематизации и не только в группировке явлений по внешним, сходным чертам, но исключительно в том, чтобы с помощью мыслительной обработки этих внешних данных проникнуть во внутреннюю сущность процессов развития» (Выготский Л. С, 1983, с. 302-303).

Д. Б. Эльконин отмечал, что психологическая диагностика должна быть направлена не на отбор детей, а на контроль за ходом их психического развития с целью коррекции обнаруживаемых отклонений. Он подчеркивал, что контроль за процессом развития должен быть особенно тщательным, чтобы исправление возможных отклонений в развитии начиналось как можно раньше.

Схема и подбор диагностических и психокоррекционных методов должны соответствовать нозологии заболевания ребенка, особенностям его возрастных характеристик, спецификой ведущей деятельности, характерной для каждого возрастного периода. Психологическая диагностика и коррекция являются взаимодополняющими процессами. В самой процедуре психологической коррекции заложен огромный диагностический потенциал. Например, ни при каком психологическом тестировании так не раскрываются коммуникативные способности личности, как в процессе групповых психокоррекционных занятий. В ходе игровой психокоррекции с наибольшей глубиной отражаются психогенные переживания ребенка. В то же время, психологическая диагностика содержит в себе коррекционные возможности, особенно при использовании обучающего эксперимента.

Третий принцип психологической коррекции — принцип личностного подхода. Личностный подход — это подход к ребенку как целостной личности с учетом всей ее сложности и всех ее индивидуальных особенностей. В процессе психологической коррекции мы рассматриваем не какую-то отдельную функцию или изолированное психическое явление у человека, а личность в целом. К сожалению, этого принципа не всегда придерживаются в процессе групповых тренингов, психорегулирующих тренировок. При использовании разнообразных приемов психокоррекционных воздействий психолог не должен оперировать такими понятиями, как обобщенная норма (возрастная, половая, нозологическая). В процессе психологической коррекции мы ориентируемся не на один какой-то параметр, а, как справедливо подчеркивает А. С. Спиваковская, «...на создание условий для развития тех или иных психологических качеств каждого участника психокоррекции» (Спиваковская А. С, 1988, с. 54).

Четвертый принцип — принцип деятельностного подхода. Личность проявляется и формируется в процессе деятельности. Соблюдение этого принципа является чрезвычайно важным в процессе психологической коррекции детей и подростков. Психокоррекционная работа должна строиться не как простая тренировка умений и навыков ребенка, не как отдельные упражнения по совершенствованию психической деятельности, а как целостная, осмысленная деятельность ребенка, органически вписывающаяся в систему его повседневных жизненных отношений. Психокоррекционный процесс должен проводиться с учетом основного ведущего вида деятельности ребенка: если это дошкольник — в контексте игровой деятельности, если школьник - в учебной деятельности. Однако, исходя из специфики и задач психокоррекционного процесса, мы должны ориентироваться не только на ведущий тип деятельности ребенка, а также на тот вид деятельности, который является личностно значимым для ребенка и подростка. Это особенно важно при коррекции эмоциональных нарушений у детей. Эффективность коррекционного процесса у детей в значительной

степени зависит от использования продуктивных видов деятельности ребенка, например рисования, конструирования, танцев, драматизации и других.

Пятый принцип — это иерархический принцип психологической коррекции, базирующийся на положениях Л. С. Выготского, который считал, что в качестве основного содержания коррекционной работы необходимо создание зоны ближайшего развития личности и деятельности ребенка. Поэтому психологическая коррекция должна строиться как целенаправленное формирование психологических новообразований, составляющих сущностную характеристику возраста. Упражнение и тренировка уже имеющихся у ребенка психологических способностей не делает коррекционную работу эффективной, так как обучение в этом случае лишь следует за развитием, совершенствуя способности в чисто количественном направлении, не поднимая их на более перспективный качественный уровень. Например, коррекция умственного развития ребенка по мнению представителей ассоциативной психологии должна протекать в форме специальных упражнений для развития сенсомоторных способностей у ребенка (М. Монтессори). В центр коррекции помещается индивидуальный уровень психического развития ребенка, понимаемый как чисто количественный процесс усложнения сенсомоторных функций. Коррекция с ориентацией на зону ближайшего развития ребенка требует максимальной активности ребенка, и носит опережающий характер. Так, для коррекции мнемических функций у ребенка необходимо развивать мыслительные операции: анализ, синтез, обобщение. Обучение ребенка использованию мыслительных операций в процессе запоминания материала повысит эффективность запоминания лучше, чем просто тренировка памяти.

Шестой принцип — каузальный принцип психологической коррекции, реализация которого направлена на устранение причин и источников отклонений в психическом развитии ребенка. Сложная иерархия отношений между симптомами и их причинами, структура дефекта определяют задачи и

цели психологической коррекции. Например, первопричиной эмоциональных и поведенческих нарушений у детей могут быть как социальные факторы, так и биологические или их сочетание. Первопричина определяет стратегию психокоррекции. Если причиной эмоционального неблагополучия ребенка являются семейные конфликты, то психокоррекционный процесс должен быть направлен на нормализацию семейных отношений. Если причиной эмоциональных нарушений являются резидуально-органическая недостаточность центральной нервной системы, то главным звеном психологической коррекции должно быть снижение эмоционального дискомфорта ребенка специальными методами психорегулирующих тренировок на фоне медикаментозной терапии.

3. Классификация видов психологической коррекции.

В зависимости от формы организации коррекционной работы выделяются два ее основных вида: индивидуальная и групповая психокоррекция. В процессе индивидуальной психокоррекции происходит непосредственное воздействие на конкретного ребенка со стороны психолога, использующего для этого различные методы работы. При групповой психокоррекции работа ведется с группой детей, как правило близких по возрасту и имеющих схожие проблемы. В этом случае воздействие на конкретного индивида осуществляется путем организации специального процесса взаимодействия участников группы, в результате которого и достигаются цели психокоррекции.

В зависимости от коррекционных задач можно выделить следующие виды психокоррекции: игровая психокоррекция, семейная психокоррекция, нейропсихологическая коррекция, коррекция личностного роста и др.

По характеру направленности психокоррекционных воздействий можно выделить два вида: симптоматическую и каузальную, а по способу коррекционных воздействий выделяются директивные и недирективные виды коррекции.

Ряд авторов предлагают разделить психологическую коррекцию на три формы организации: общую, частную и специальную психокоррекцию. Под общей психологической коррекцией подразумеваются мероприятия общепедагогического порядка, нормализующие социальную среду ребенка. В нее входит регуляция психофизических и эмоциональных нагрузок ребенка в соответствии с его возрастом и индивидуальными особенностями. Задачи общей психокоррекции сливаются с задачами психогигиены, психопрофилактики, педагогической этики и деонтологии. Они решаются в процессе организации учебно-воспитательных мероприятий.

Частная психокоррекция — это набор психолого-педагогических воздействий. То есть это специально разработанные системы психокоррекционных мероприятий, таких как семейная психокоррекция, музыкотерапия, психогимнастика и пр. Специальная психокоррекция — «это комплекс приемов, методик и организационных форм работы с ребенком или группой детей одного возраста, являющийся наиболее эффективным для достижения конкретных задач формирования личности...» (Шевченко Ю., 1995, с. 11). Основная цель специальной психокоррекции — исправление последствий неправомерного воспитания.

Таким образом, психологическая коррекция рассматривается как метод психологического воздействия, реализующийся с помощью общих, частных и специальных процедур. Такое деление весьма условно и не отвечает основному назначению психологической коррекции как процессу психологического воздействия, направленного на исправление у детей недостатков в развитии психических функций и личностных свойств. В процессе психологической коррекции психолог может использовать общие, частные и специальные методы.

Выделяя виды психологической коррекции детей и подростков с проблемами в развитии, можно ориентироваться на форму дизонтогенеза, в связи с этим можно выделить следующие виды:

- психокоррекция при психическом недоразвитии,

- психокоррекция задержанного психического развития,
- психокоррекция при поврежденном психическом развитии,
- психокоррекция при дефицитарном развитии ребенка,
- психокоррекция при искаженном психическом развитии,
- психокоррекция при дисгармоничном психическом развитии.

Следует заметить, что такая классификация деления является формальной, так как один вариант дизонтогенеза в чистом виде можно встретить чрезвычайно редко. Например, искаженное развитие может сочетаться с психическим недоразвитием или с задержанным развитием, а дисгармоничное психическое развитие часто протекает на фоне задержки психического развития. Кроме того, при задержанном психическом развитии, в зависимости от его формы, используются различные по содержанию психокоррекционные методы. Поэтому целесообразно классифицировать психокоррекционный процесс по сферам его применения в конкретных нозологических группах больных.

В практике психологической помощи детям и подросткам с проблемами в развитии целесообразно различать следующие блоки психологической коррекции:

1. Коррекция эмоционального развития ребенка.
2. Коррекция сенсорно-перцептивной и интеллектуальной деятельности.
3. Психологическая коррекция поведения детей и подростков.
4. Коррекция развития личности.

Данный способ классификации видов психологической коррекции отражает ее содержательно-психологическую направленность при всех вариантах нарушения психического и физического развития детей. Внутри каждого блока следует различать формы организации и методы психокоррекционных воздействий, основные психокоррекционные технологии.

4. Теоретические модели психологической коррекции.

Постановка целей и задач психокоррекционных воздействий непосредственно связана с теоретической моделью психического развития и ею определяется.

Теоретические модели психокоррекционных воздействий весьма разнообразны. Условно существуют две группы: отечественная и зарубежная.

В отечественной психологии цели психокоррекционной работы с детьми и подростками с проблемами в развитии определяются пониманием закономерностей психического развития ребенка как активного деятельностного процесса, реализуемого в сотрудничестве со взрослым. В свою очередь здесь определены направления в области постановки психокоррекционных целей:

1. Оптимизация социальной ситуации развития ребенка и подростка.
2. Развитие различных видов деятельности ребенка.
3. Формирование возрастно-психологических новообразований.

В зарубежной психологии причины трудностей в развитии ребенка усматриваются либо в нарушении внутренних структур личности (З. Фрейд, М. Клайн и др.), либо в искаженной или дефицитарной среде. В зависимости от этого формируются задачи психокоррекции. В первом случае (*психодинамическое направление*) — это восстановление целостности личности и баланса психодинамических сил, во втором (*поведенческом направлении*) — это модификация поведения ребенка за счет изменения среды и обучения его новым формам поведения.

Несмотря на многочисленную критику, эти направления заслуживают на наш взгляд особого внимания. В центре психодинамического подхода стоят вопросы, связанные с динамическими аспектами психики: мотивацией, влечением, побуждением, внутренними конфликтами, существование и развитие которых обеспечивает функционирование и развитие личностного «Я». Целью психологической коррекции в рамках этого направления

является помощь ребенку или подростку в выяснении неосознаваемых причин болезненных проявлений и переживаний. Поставленные цели определяют технику психокоррекционных воздействий. Однако в раннем возрасте этот метод использовать невозможно. В связи с этим в рамках психодинамического подхода было предложено два основных метода: игротерапия и арт-терапия, которые в дальнейшем стали развиваться как самостоятельные методы, выйдя за пределы психодинамического подхода. В настоящее время они широко используются в психокоррекции детей с эмоциональными нарушениями. С другой стороны, представители психодинамического подхода обратили внимание на активную роль родителей в работе с детьми в ходе психокоррекционного процесса. Сотрудничество родителей с психологом является важным условием эффективности психокоррекционной работы.

Особый интерес в психокоррекции детей и подростков с проблемами в развитии представляет *концепция А. Адлера*, где личность рассматривается как неделимое целое, являющееся интегральной частью социума. Анализируя позитивную природу человека, А. Адлер подчеркивал, что каждый человек в раннем детстве формирует уникальный стиль жизни, творит свою судьбу. Поведение человека мотивировано достижением социальной цели и социальным интересом. Разбирая роль комплекса неполноценности у человека, А. Адлер полагал, что неполноценность, ее компенсация и социальная среда — это три переменные, которые имеют важнейшее значение в формировании жизненных целей. Он считал, что в целом поведение человека не претерпевает особых изменений на протяжении его жизни, изменяется только система отношений, а отсюда одна из основных задач психологической коррекции — коррекция этих отношений. Конкретизируя цель психокоррекции в концепции А. Адлера, можно выделить следующие задачи: коррекция чувства неполноценности; формирование социального интереса; коррекция устремлений и мотивов с перспективой выработки нового стиля жизни. Это достигается такими

психотехническими приемами, как формирование у клиента положительных установок на занятие, анализ и проработка личностной позиции, подбадривание, поощрение. Общительное доверие и установление общих целей — первостепенные условия психокоррекционной работы.

Роджерсовское направление психокоррекции акцентирует внимание на позитивной природе человека и свойственном ему врожденном стремлении к самореализации. Основу психического здоровья, по мнению Роджерса, определяет соответствие идеального «Я» реальному «Я», достигаемое реализацией личностного потенциала и стремлением к самоосознанию, уверенности в себе, спонтанности. В связи с этим результат коррекции заключается в приобретении самоуважения, адекватной самооценки, в создании условий для личностного роста. Роджерс особо подчеркивал значение искренности, теплоты, эмпатии при общении психолога с клиентом.

Целью психологической коррекции в рамках поведенческого направления является приобретение ребенком новых установок, направленных на формирование адаптивных форм поведения, или угасание, торможение у него дезадаптивных форм поведения. Это достигается с помощью различных поведенческих тренингов, психорегулирующих тренировок. В процессе психологической коррекции поведенческого направления психолог выполняет активную и директивную роль, он является учителем, тренером, стремится помочь ребенку следовать эффективному поведению. В рамках этого подхода разработан ряд методик моделирования поведения, с помощью которых решаются следующие задачи:

- построение новых стереотипов поведения;
- подавление имеющихся неадаптивных стереотипов;
- осознание условий для проявления новых стереотипов поведения.

Особого внимания заслуживает когнитивное направление, особенно в психокоррекции подростков с проблемами в поведении. В когнитивной психокоррекции в первую очередь уделяется внимание познавательным

структурам психики и упор делается на личность, на структуру личности и в целом на логические способности.

Главной задачей психокоррекции является изменение восприятия подростком себя и окружающей действительности на основе изменения поведения. В когнитивном подходе выделяются два варианта психокоррекции: когнитивно-аналитический и когнитивно-поведенческий. Основной задачей первого варианта является создание модели психологической проблемы, которая должна быть понятна подростку и с которой он мог бы работать самостоятельно. Когнитивно-поведенческий вариант предполагает создание модели поведения, являющейся наиболее приемлемой для решения стоящих перед подростком проблем, другими словами, предлагается проверка искаженных убеждений в ситуации реальной жизни. В рамках когнитивного подхода создано много психотехнических приемов, которые могут быть успешно использованы в психокоррекции детей и подростков с проблемами в развитии.

Итак, различные теоретические подходы к проблеме психокоррекции способствуют развитию разнообразных психокоррекционных технологий. Следует подчеркнуть, что при разработке психокоррекционных технологий для детей и подростков с проблемами в развитии рекомендуется ориентироваться не на отдельное теоретическое направление, а использовать разнообразные способы психологических воздействий, базирующихся на многочисленных теоретических направлениях. Разработка отдельных психокоррекционных технологий зависит от конкретных психокоррекционных задач, которые определяются степенью выраженности проблем у ребенка и его родителей.

Методические рекомендации студентам по самостоятельной работе над изучаемым материалом и при подготовке к семинарским занятиям

Важной составной частью учебного процесса в вузе являются семинарские и практические занятия.

Семинарские занятия проводятся главным образом по общественным наукам и другим дисциплинам, требующим научно-теоретического обобщения литературных источников, и помогают студентам глубже усвоить учебный материал, приобрести навыки творческой работы над документами и первоисточниками.

Планы семинарских занятий, их тематика, рекомендуемая литература, цель и задачи ее изучения сообщаются преподавателем на вводных занятиях или в методических указаниях по данной дисциплине.

Прежде чем приступить к изучению темы, необходимо прокомментировать основные вопросы плана семинара. Такой подход преподавателя помогает студентам быстро находить нужный материал к каждому из вопросов, не задерживаясь на второстепенном.

Начиная подготовку к семинарскому занятию, необходимо, прежде всего, указать студентам страницы в конспекте лекций, разделы учебников и учебных пособий, чтобы они получили общее представление о месте и значении темы в изучаемом курсе. Затем следует рекомендовать им поработать с дополнительной литературой, сделать записи по рекомендованным источникам.

Подготовка к семинарскому занятию включает 2 этапа:

1й – организационный;

2й - закрепление и углубление теоретических знаний.

На первом этапе студент планирует свою самостоятельную работу, которая включает:

- уяснение задания на самостоятельную работу;
- подбор рекомендованной литературы;

- составление плана работы, в котором определяются основные пункты предстоящей подготовки.

Составление плана дисциплинирует и повышает организованность в работе.

Второй этап включает непосредственную подготовку студента к занятию. Начинать надо с изучения рекомендованной литературы. Необходимо помнить, что на лекции обычно рассматривается не весь материал, а только его часть. Остальная его часть восполняется в процессе самостоятельной работы. В связи с этим работа с рекомендованной литературой обязательна. Особое внимание при этом необходимо обратить на содержание основных положений и выводов, объяснение явлений и фактов, уяснение практического приложения рассматриваемых теоретических вопросов. В процессе этой работы студент должен стремиться понять и запомнить основные положения рассматриваемого материала, примеры, поясняющие его, а также разобраться в иллюстративном материале.

Заканчивать подготовку следует составлением плана (конспекта) по изучаемому материалу (вопросу). Это позволяет составить концентрированное, сжатое представление по изучаемым вопросам.

В процессе подготовки к занятиям рекомендуется взаимное обсуждение материала, во время которого закрепляются знания, а также приобретается практика в изложении и разъяснении полученных знаний, развивается речь.

При необходимости следует обращаться за консультацией к преподавателю. Идя на консультацию, необходимо хорошо продумать вопросы, которые требуют разъяснения.

В начале занятия студенты под руководством преподавателя более глубоко осмысливают теоретические положения по теме занятия, раскрывают и объясняют основные положения публичного выступления. В процессе творческого обсуждения и дискуссии вырабатываются умения и навыки использовать приобретенные знания для различного рода ораторской деятельности.

Записи имеют первостепенное значение для самостоятельной работы студентов. Они помогают понять построение изучаемого материала, выделить основные положения, проследить их логику и тем самым проникнуть в творческую лабораторию автора.

Ведение записей способствует превращению чтения в активный процесс, мобилизует, наряду со зрительной, и моторную память. Следует помнить: у студента, систематически ведущего записи, создается свой индивидуальный фонд подсобных материалов для быстрого повторения прочитанного, для мобилизации накопленных знаний. Особенно важны и полезны записи тогда, когда в них находят отражение мысли, возникшие при самостоятельной работе.

Важно развивать у студентов умение сопоставлять источники, продумывать изучаемый материал. Большое значение имеет совершенствование навыков конспектирования у студентов.

Преподаватель может рекомендовать студентам следующие основные формы записи: план (простой и развернутый), выписки, тезисы.

Результаты конспектирования могут быть представлены в различных формах.

План – это схема прочитанного материала, краткий (или подробный) перечень вопросов, отражающих структуру и последовательность материала. Подробно составленный план вполне заменяет конспект.

Конспект – это систематизированное, логичное изложение материала источника. Различаются четыре типа конспектов:

- План-конспект – это развернутый детализированный план, в котором достаточно подробные записи приводятся по тем пунктам плана, которые нуждаются в пояснении.
- Текстуальный конспект – это воспроизведение наиболее важных положений и фактов источника.
- Свободный конспект – это четко и кратко сформулированные (изложенные) основные положения в результате глубокого осмысливания

материала. В нем могут присутствовать выписки, цитаты, тезисы; часть материала может быть представлена планом.

- Тематический конспект – составляется на основе изучения ряда источников и дает более или менее исчерпывающий ответ по какой-то схеме (вопросу).

Ввиду трудоемкости подготовки к семинару преподавателю следует предложить студентам алгоритм действий, рекомендовать еще раз внимательно прочитать записи лекций и уже готовый конспект по теме семинара, тщательно продумать свое устное выступление.

На семинаре каждый его участник должен быть готовым к выступлению по всем поставленным в плане вопросам, проявлять максимальную активность при их рассмотрении. Выступление должно строиться свободно, убедительно и аргументировано. Преподаватель следит, чтобы выступление не сводилось к репродуктивному уровню (простому воспроизведению текста), не допускается и простое чтение конспекта. Необходимо, чтобы выступающий проявлял собственное отношение к тому, о чем он говорит, высказывал свое личное мнение, понимание, обосновывал его и мог сделать правильные выводы из сказанного. При этом студент может обращаться к записям конспекта и лекций, непосредственно к первоисточникам, использовать знание художественной литературы и искусства, факты и наблюдения современной жизни и т. д.

Вокруг такого выступления могут разгореться споры, дискуссии, к участию в которых должен стремиться каждый. При этом обратить внимание на то, что еще не было сказано, или поддержать и развить интересную мысль, высказанную выступающим студентом.

В заключение преподаватель, как руководитель семинара, подводит итоги семинара. Он может (выборочно) проверить конспекты студентов и, если потребуется, внести в них исправления и дополнения.

Методические разработки практических занятий

Практическое занятие 1.

Общие представления о клинической психологии (2 ч.)

История зарождения и становления клинической психологии. Психологические исследования французских и русских психиатров конца 19 века. Возникновение психологии как экспериментальной науки (лаборатория В.Вундта и открытие в России психологических лабораторий). Развитие пато- и нейропсихологических исследований в нашей стране. Предмет, объект и структура клинической психологии. Дефиниции, отражающие разные аспекты клинической психологии. Область профессиональной деятельности психологов. Область психологической науки. Сфера приложения клинической психологии.

Практическое занятие 2.

Предмет и задачи клинической психологии детского и подросткового возраста (2 ч.)

История детской клинической психологии. Формирование детской психиатрии и дефектологии (Ж. Э. Д. Эскироль, Ж.Итар, Э.Сеген и др.) Детский психоанализ. Развитие детской клинической психологии в России (педология, естественнонаучное направление, работы клиницистов). Структура детской клинической психологии и ее место в ряду психологических, медицинских, педагогических наук. Краткая характеристика основных разделов клинической психологии детей и подростков. Патопсихология детского и подросткового возраста. Детская нейропсихология. Детская психосоматика. Психологическая коррекция и психотерапия. Предмет и содержание клинической психологии детского и подросткового возраста, базовые понятия. Виды практической деятельности (типы задач) клинических психологов.

Практическое занятие 3.

Методы клинической психологии (2 ч.)

Принципы диагностической работы клинического психолога. Методы патопсихологического обследования. Методы нейропсихологического обследования

Задание для практической работы

1. Необходимо ознакомиться со следующим комплексом методик¹:

- Патопсихологический блок:
 - Корректирующая проба;
 - Отыскивание чисел;
 - Счет по Крепелину;
 - Заучивание десяти слов;
 - Воспроизведение рассказов;
 - Исключение предметов;
 - Существенные признаки;
 - Простые аналогии;
- Нейропсихологический блок:
 - Оценка латеральной организации функций;
 - Исследование соматосенсорного гнозиса;
 - Исследование слухового гнозиса и слухомоторных координаций;
 - Исследование речи.

2. Проведите данный комплекс методик на одном испытуемом.

3. Результаты проведенного исследования изложите в форме протокола обследования с заключением² по его результатам.

Практическое занятие 4.

Виды нарушенного психического развития (2 ч.)

¹ Смотри приложение 1

² Смотри приложение 2

Психиатрические классификации дизонтогенеза (Сухарева Г.Е., Ковалев В.В., М.С Певзнер и К.С Лебединская, О. П. Юрьева, Н.В. Римашевская и Г.В. Козловская и др.). Классификация типов дизонтогенеза по В.В.Лебединскому (недоразвитие, задержанное развитие, поврежденное развитие, искаженное развитие, дисгармоническое развитие).

Практическое занятие 5.

Возрастная специфика проявления расстройств психического здоровья (2 ч.)

Уровни возрастного реагирования на воздействие «вредности». Сомато-вегетативный (0—3 года). Психомоторный (4—7 лет). Аффективный (5—10 лет). Эмоционально-идеаторный (11—17 лет). Возрастная специфика в патопсихологии (ранний возраст; дошкольный возраст; младший школьный возраст; подростковый возраст; юношеский возраст). Возрастно-специфические заболевания, связанные с нарушением психического здоровья (ранний детский аутизм, нервная анорексия, синдром дефицита внимания с гиперактивностью, проблема суицидального поведения у детей и юношества).

Практическое занятие 6.

Нейропсихология детского возраста: основные закономерности и принципы (2 ч.)

Нейропсихология детского возраста — наука о формировании мозговой организации психических процессов человека. Системно-эволюционная парадигма. Принципы нейропсихологии детского возраста. Единство мозговых, психических и соматических (телесных, организмических) составляющих человека. Системно-динамическое становление мозговой организации психических процессов. Теория межполушарного взаимодействия. Теория III функциональных блоков мозга А. Р. Лурия. Формирование межполушарных взаимодействий в онтогенезе. Три основных

уровнях организации межполушарного взаимодействия в онтогенезе: транскортикальные связи стволового уровня, мозговые спайки гипоталамо-диэнцефальной области и базальных ядер, межгиппокампальные комиссуральные системы, транскаллозальные связи (мозолистое тело).

Практическое занятие 7.

Нейропсихологическая синдромология отклоняющегося развития (2 ч.)

Синдромный нейропсихологический анализ. Синдромы отклоняющегося развития по Семенович А.В. Функциональная несформированность префронтальных (лобных) отделов мозга. Функциональная несформированность левой височной области. Функциональная несформированность межполушарных взаимодействий транскортикального уровня (мозолистое тело). Функциональная несформированность правого полушария мозга. Функциональная дефицитарность подкорковых образований (базальных ядер) мозга. Функциональная дефицитарность стволовых образований мозга — дисгенетический синдром. Атипичия психического развития.

Практическое занятие 8.

Особенности психосоматических расстройств у детей и подростков (2 ч.)

Изучение развития телесности в онтогенезе (В.В. Николаева, Г.А. Арина). Историческое развитие идей о психосоматических взаимоотношениях в детско-подростковом возрасте. Факторы риска возникновения психосоматических расстройств у детей и подростков: генетические, церебрально-органические, микросоциальные. Классификация психосоматических расстройств у детей: по локализации, по качественным и количественным особенностям патологических проявлений, по распространенности, по степени клинической выраженности депрессивных

проявлений, по генезу депрессивных нарушений, по качественным особенностям (синдромальной структуре), по возрастному признаку, по анатомо-физиологическому (локализационного) принципу. Клинические проявления психосоматических расстройств у детей и подростков. Проявления эмоционального напряжения у детей

Практическое занятие 9.

Базовые задачи, принципы и средства психологической коррекции детей и подростков в клинической психологии (2 ч.)

Определение психотерапии и психологической коррекции. Медицинский подход к пониманию психотерапии. Термин «психотерапевтическое вмешательство». Принципы психологической коррекции: принцип комплексности психологической коррекции, принцип единства диагностики и коррекции, принцип личностного подхода, принцип деятельностного подхода, иерархический принцип психологической коррекции, каузальный принцип психологической коррекции. Классификация видов психологической коррекции: по форме организации коррекционной работы, по характеру направленности психокоррекционных воздействий, по форме дигногенеза и др. Теоретические модели психологической коррекции: отечественная и зарубежная; психодинамическое направление, поведенческое направление, роджерсовское направление.

Методические рекомендации студентам по изучению рекомендованной литературы

Эти методические рекомендации раскрывают рекомендуемый режим и характер различных видов учебной работы (в том числе самостоятельной работы над рекомендованной литературой) с учетом специфики выбранной студентом очной формы.

Изучение дисциплины следует начинать с проработки настоящей рабочей программы, особое внимание, уделяя целям и задачам, структуре и содержанию курса.

Студентам рекомендуется получить в Библиотечно-информационном центре института учебную литературу по дисциплине, необходимую для эффективной работы на всех видах аудиторных занятий, а также для самостоятельной работы по изучению дисциплины.

Успешное освоение курса предполагает активное, творческое участие студента путем планомерной, повседневной работы.

Список рекомендованной литературы

Основная литература:

1. Зверева Н.В., Горячева Т.Г. Клиническая психология детей и подростков. — М: ИЦ «Академия», 2013.
2. Менделевич, В.Д. Клиническая и медицинская психология. – М.: МЕДпресс-Информ, 2011.
3. Полонская Н.Н. Нейропсихологическая диагностика детей младшего школьного возраста: учебное пособие. - М.: Академия 2011
4. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике (практическое руководство). – М., 2013.
5. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. – М.: Академия, 2007.

6. Сидоров П. И. Введение в клиническую психологию. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.

7. Хомская Е. Д. Нейропсихология: 4-е издание. — СПб.: Питер, 2013.

Дополнительная литература:

1. Акимова М. К., Козлова В. Т. Психологическая коррекция умственного развития школьников. М., 2000.

2. Белопольская Н.Л. Детская патопсихология. Хрестоматия. М.: Когито-Центр, 2004

3. Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. Клиническая патопсихология. – М.-Воронеж: Московский психолого-социальный институт, 2002

4. Братусь Б.С. Аномалии личности. – М., 1988.

5. Выготский Л.С. Дефект и компенсация // Собр. соч. : В 6 т. - М., 1983. - Т. 5. - С. 34-49.

6. Зверева Н.В., Казьмина О.Ю. Патопсихология детского и юношеского возраста: учеб. пособие. – М.: Академия, 2008.

7. Зейгарник Б. В. Патопсихология. — М., 1986.

8. Зейгарник Б.В., Братусь Б.С. Очерки по психологии аномального развития личности. – М., 1980.

9. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей. – СПб., 2000.

10. Исаев Д.Н. Психопатология детского возраста: учебник. – Ростов н/Д.: Феникс, 2008.

11. Клиническая психология. / Под ред. Б.Д. Карвасарского - СПб., 2010.

12. Личко А. Е. Типы акцентуаций характера и психопатий у подростков. — Л., 1983.

13. Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. — М., 2000.

14. Николаева В.В., Арина Г.А. Клинико-психологические проблемы психологии телесности // Психологический журнал. – 2003. Т. 24. – № 1. – С 119-126.

Методические рекомендации по подготовке рефератов для студентов очной формы обучения

Подготовка рефератов направлена на развитие и закрепление у студентов навыков самостоятельного глубокого, творческого и всестороннего анализа научной, методической и другой литературы по актуальным проблемам дисциплины; на выработку навыков и умений грамотно и убедительно излагать материал, четко формулировать теоретические обобщения, выводы и практические рекомендации.

Рефераты должны отвечать высоким квалификационным требованиям в отношении научности содержания и оформления.

Темы рефератов, как правило, посвящены рассмотрению одной проблемы. Объем реферата может быть от 10 до 15 страниц машинописного текста, отпечатанного шрифтом Times New Roman через 1,5 интервала, (список литературы и приложения в объем не входят).

Текстовая часть работы состоит из введения, основной части и заключения.

Во введении студент кратко обосновывает актуальность избранной темы реферата, раскрывает конкретные цели и задачи, которые он собирается решить в ходе своего небольшого исследования.

В основной части подробно раскрывается содержание вопроса (вопросов) темы.

В заключении кратко должны быть сформулированы полученные результаты исследования и даны выводы. Кроме того, заключение может включать предложения автора, в том числе и по дальнейшему изучению заинтересовавшей его проблемы.

В список литературы (источников и литературы) студент включает только те документы, которые он использовал при написании реферата.

В приложении к реферату могут выноситься таблицы, графики, схемы и другие вспомогательные материалы, на которые имеются ссылки в тексте.

Примерная тематика рефератов

1. Расстройства восприятия у детей и подростков.
2. Расстройства мышления у детей и подростков.
3. Нарушения внимания у детей и подростков.
4. Мнестические расстройства у детей и подростков.
5. Нарушения интеллекта у детей и подростков.
6. Эмоционально-волевые расстройства у детей и подростков.
7. Расстройства влечений у детей и подростков.
8. Расстройства сознания у детей и подростков.
9. Расстройства поведения (патохарактерологические реакции, типы деструктивного поведения у подростков и аддиктивные расстройства).
10. Патологическое формирование личности у подростков.
11. Конституциональные расстройства характера у детей и подростков.
12. Акцентуации характера и психопатии (возбудимого, истероидного, эпилептоидного, шизоидного, астенического круга, психастения).
13. Психосоматическая проблема: сущность, исторический обзор, сложившиеся подходы к решению.
14. Онтопсихология телесности.
15. Основные синдромы психических расстройств в детском и подростковом возрасте (СДВГ, тревожно-фобический, астенический, ипохондрический).
16. Психогенные расстройства у детей и подростков.
17. Невротические расстройства у детей и подростков (ипохондрический, истерический, депрессивный неврозы, неврастения).
18. Невротические расстройства у детей и подростков (невроз навязчивых состояний, нервная анорексия, дисморфофобия).

Методические разъяснения студенту по содержанию текущего и промежуточного контроля

Контроль – это проверка качества усвоения учебного материала, установление обратной связи между преподавателем и студентами.

Программа дисциплины включает два вида контроля знаний студентов:

1. контроль промежуточных результатов усвоения;
2. итоговый контроль

Промежуточный контроль не имеет формальных ограничений. Он осуществляется по замыслу преподавателя и является его творчеством. Промежуточный контроль осуществляется в повседневной работе с целью проверки усвоения предыдущего материала и выявления пробелов в знаниях студентов.

Промежуточный контроль результатов усвоения может проводиться в следующих формах:

- Устный индивидуальный контроль. Студенту предлагается ответить на вопросы, предлагаемые к разбираемому семинару.
- Тестовые задания. На занятии студентам предлагается ответить на вопросы теста по пройденной теме прошлого занятия.
- Терминологический диктант. На занятии студентам предлагается написать определения терминов, изученных на занятии.
- Коллоквиум. Текущий контроль качества и степени усвоения знаний проводится в виде обсуждения результатов выполнения самостоятельно подготовленных студентами домашних заданий (рефератов). Работа проводится или индивидуально, или в подгруппах.
- Проверка конспектов.
- Контрольная работа

Проводится в рамках полусеместровой аттестации; включает в себя ряд пройденных тем, обговариваемых перед контрольной работой; проводится в письменной форме в виде теста.

Итоговый контроль – это проверка конечного результата. К такому виду контроля относятся семестровые или курсовые зачеты и экзамены. Формой итогового контроля по дисциплине «Клиническая психология детей и подростков» является зачет.

Зачет проводится после окончания темы или раздела. Его основные функции – обучающая и контрольная. Поэтому вопросы к зачету должны быть максимально дробными, чтобы студенты не упустили ни одного элемента знаний. В процессе прохождения зачета преподаватель уточняет знания студентов, обучает их.

При зачёте отметка «зачтено» выставляется в том случае, если ответ удовлетворяет требованиям оценки «удовлетворительно».

Образцы тестовых заданий

1. Клиническая психология

междисциплинарная область, участвующая в решении научных и практических задач охраны здоровья населения

фундаментальная медицинская дисциплина, использующая теорию и методы психологической науки

комплекс знаний и способностей, которые использует в своей деятельности врач

глубокое объяснение нормальной психики на основе психиатрических данных

использование экспериментальных методов при изучении больного

2. Отрасли клинической психологии

патопсихология

нейропсихология

психофармакология

психология аномального онтогенеза

психология телесности

психология взаимоотношений врач - больной

3. Общая патопсихология

область междисциплинарных исследований, направленная на изучение проблемы соотношения психики и сомы

наука о закономерностях нарушений структуры психических процессов и свойств личности при разных патологических состояниях

часть медицины, посвященная описанию и изучению симптомов и синдромов при отдельных психических болезнях

изучение особенностей нарушения психических процессов, состояний и личности в целом при локальных поражениях мозга

наука о закономерностях нарушенного психического развития

4. Нейропсихология изучает

мозговую организацию психической деятельности человека и ее нарушения при локальных поражениях мозга

принципы работы мозга, которые основаны на общепсихологических представлениях о психике человека

общие закономерности психической деятельности на патологическом материале

мозговые основы психической деятельности

клинические феномены при локальных поражениях мозга

5. ... направлена на "исправление" относительно стойких аномальных черт психики, обуславливающих повышенный риск заболеваемости, рецидивов, инвалидизации

6. Экспериментальные исследования Л.С. Выготского, которые послужили материалом, для построения теории и связи познавательной и мотивационной сфер

умственной отсталости

шизофрении

раннего детского аутизма

локальных поражений головного мозга

задержки психического развития

7. Принцип обучающего эксперимента предложен

Л.С. Выготским

Б.В. Зейгарник

А.Я. Ивановой

Н.И. Непомнящей

В.В. Лебединским

8. Основная задача экспериментально-психологических исследований в изучении природы аномалий развития личности и недоразвития психики:

выявление основных компонентов психической деятельности, которые обуславливают формирование общей патологической структуры психики

изучение структуры и индивидуально-типологических особенностей личности

исследование функционально-динамических нарушений нервной деятельности

исследование психических процессов и свойств личности

анализ психопатологических проявлений

9. Патопсихологический эксперимент направлен на

измерение отдельных психических процессов

качественный анализ различных форм распада психики

исследование человека, совершающего реальную деятельность

раскрытие механизмов нарушенной деятельности и на возможности ее восстановления

10. Диспропорциональность развития является ведущим признаком для таких аномалий как:

дефицитарное

задержанное

искаженное

дисгармоничное

поврежденное

11. Психомоторный уровень нервно-психического реагирования по Ковалеву В.В. характерен для детей в возрасте:

- до 3-х лет
- 4-10 лет
- 5-10 лет
- 3-4 года
- 1-2 года

12. Задержка интеллектуального и в определенной мере эмоционального развития, обусловленная культуральной депривацией - это:

Правильные варианты ответа: микросоциально-педагогическая запущенность.;

13. Наиболее типичной моделью общего психического недоразвития является:

- задержка психического развития
- деменция
- психопатия
- олигофрения
- парциальная несформированность ВПФ

14. Варианты задержанного психического развития:

- соматогенная
- психогенная
- церебрально-органическая
- искаженная
- поврежденная

15. Традиционно считается, что феномены повреждения могут возникать только при воздействии повреждающих факторов после следующего возраста:

- 2-3
- 7
- 5

11-15

1

16. Искаженное развитие включает:

психопатию

олигофрению

эпилепсию

ранний детский аутизм

деменцию

17. Показательными моделями дисгармонического развития являются:

деменция

психопатия

психопатическое развитие личности

эпилепсия

патологические развития личности

18. Психодиагностика аномальных детей включает следующие направления:

изучение умственного развития детей

изучение личностного развития

исследование готовности к школьному обучению

исследование нарушений в развитии ребенка

изучение одаренности детей

19. Принцип обучающего эксперимента впервые был предложен:

Б.В. Зейгарник

Л.С. Выготским

А.Я. Ивановой

С.Л. Рубинштейном

П.Я. Гальпериным

20. Психологический эксперимент при исследовании аномальных детей должен выявить

потенциальные возможности ребенка

- "зону ближайшего развития"
- только структуру психических процессов
- психическое недоразвитие
- степень снижения психических функций

21. Негативные симптомы отражают явления

- выпадения психических функций
- повреждения психических функций
- остроты патологического процесса
- специфичности возраста
- искажения психических функций

22. Значение критических периодов для развития заключается

- являются периодами ускоренного развития функций
- смена одних критических периодов другими задает определенную

последовательность, ритм всему процессу психофизиологического развития в раннем возрасте

- формируют сложные психические функции
- в постепенном накоплении новых признаков
- формируют тип нарушений психического развития

23. Диспропорциональность развития является ведущим признаком для таких аномалий как:

- дефицитарное
- задержанное
- искаженное
- дисгармоничное
- поврежденное

24. Психомоторный уровень нервно-психического реагирования по Ковалеву В.В. характерен для детей в возрасте:

- до 3-х лет
- 4-10 лет
- 5-10 лет

3-4 года

1-2 года

25. Стойкое психическое недоразвитие обусловлено:

ретардацией

гетерохронией

асинхронией

акселерацией

высвобождением более ранних форм нервно-психического реагирования

26. Наиболее типичной моделью общего психического недоразвития является:

задержка психического развития

деменция

психопатия

олигофрения

парциальная несформированность ВПФ

27. Искаженному развитию более характерна:

гетерохрония развития

асинхрония

регресс

ретардация

метаморфозы

28. Принципы психологической коррекции включают:

комплексность

единство

качественную квалификацию дефекта

личностный подход

деятельностный подход

Примерный перечень вопросов к зачёту

1. История клинической психологии как науки.
2. Объект, предмет и задачи клинической психологии.
3. Основные разделы клинической психологии
4. История клинической психологии детей и подростков.
5. Основные разделы клинической психологии детей и подростков.
6. Предмет и содержание клинической психологии детей и подростков.
7. Принципы диагностической работы клинического психолога.
8. Методы патопсихологического обследования.
9. Методы нейропсихологического обследования
10. Типы классификаций психического дизонтогенеза.
11. Общее психическое недоразвитие.
12. Задержка психического развития.
13. Поврежденное психическое развитие.
14. Дефицитарное психическое развитие.
15. Искаженное психическое развитие.
16. Дисгармоническое психическое развитие.
17. Уровни возрастного реагирования на воздействие негативных факторов.
18. Этиология и патогенез дизонтогенеза.
19. Возрастная специфика в патопсихологии.
20. Закономерности психического развития в норме и патологии
21. Принципы нейропсихологии детского возраста.
22. Формирование межполушарных взаимодействий в онтогенезе
23. Функциональная несформированность лобных отделов мозга
24. Функциональная несформированность левой височной области
25. Функциональная несформированность мозолистого тела
(транскаллозальных межполушарных взаимодействий)
26. Функциональная несформированность правого полушария

27. Функциональная дефицитарность базальных ядер мозга
28. Функциональная дефицитарность стволовых образований мозга — дисгенетический синдром
29. Проблемы психосоматики.
30. Общая характеристика психосоматических расстройств у детей и подростков.
31. Частные проявления психосоматических расстройств у детей и подростков.
32. Определение психотерапии и психологической коррекции.
33. Принципы психологической коррекции.
34. Классификация видов психологической коррекции.
35. Теоретические модели психологической коррекции.

Глоссарий

Агнозия - неузнавание; связана с нарушением различных видов восприятия, возникающего при поражении вторичных (проекционно-ассоциативных) отделов коры головного мозга и ближайших подкорковых структур, входящих в состав анализаторных систем.

Агрессия - нападение, наступление с целью насильственных действий, к ним относят сильные физические, словесные или символические действия, причиняющие ущерб другим или себе (аутоагрессия).

Аддиктивное поведение - одна из форм девиантного (отклоняющегося) поведения с формированием стремления к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксации внимания на определенных видах деятельности.

Автоматизм - непроизвольное блуждание.

Амбивалентность - одновременное сосуществование противоположных чувств.

Амнезия - расстройство памяти, при котором нарушается способность запоминать, хранить и воспроизводить информацию.

Анамнез - это получение совокупности сведений о жизни обследуемого, перенесенных им заболеваниях, начале и течении болезней, об условиях жизни, работе и лечении.

Ананкастный синдром (обсессивно-компульсивное расстройство)- идентично неврозу навязчивых состояний.

Ангедония - неспособность испытывать удовольствие оттого, что доставляет его обычно, противоположность гедонизму.

Анестезия - потеря чувствительности при истерии.

Анорексия - ослабление или отсутствие чувства голода.

Апатия - состояние эмоционального безразличия, равнодушия к самому себе или окружающей обстановке.

Астения (от греч. asthenos - бессилие, общая слабость) - состояние повышенной утомляемости с частой сменой настроения, раздражительной слабостью, истощаемостью, гиперестезией, слезливостью, вегетативными нарушениями и расстройствами сна.

Аутическое мышление - уход от реальности в мир собственных переживаний, отрыв от реальной действительности, погружение в мир воображения, фантастических переживаний.

Аффект - кратковременная сильная положительная или отрицательная эмоция, возникшая в ответ на воздействие внутренних или внешних факторов и сопровождающаяся соматове-гетативными проявлениями.

Бедность участия - утрата сложных чувств.

Беспокойство - чувство напряженного ожидания надвигающегося несчастья (бесфабульное, беспредметное).

Бессвязность - нарушение смысловой речи, синтаксического строя речи.

Бред воздействия - ощущение навязанности, сделанности, собственных мыслей, переживаний, действий.

Бредовые идеи - суждения и умозаключения, имеющие характер убежденности, возникающие на патологической основе и не поддающиеся коррекции (разубеждению) с отсутствием критического отношения к ним.

Булимия (от греч. bulimia — мучительный, неутолимый голод; волчий голод, полифагия, гиперорексия) патологическое повышение потребности в пище, ненасытный аппетит, прожорливость, неутолимое чувство голода.

Вербальная парафазия - замена нужного слова другим, близким к нему по смыслу.

Вербальный галлюциноз — когда слышимая больным реальная речь заменяется иллюзорной, адресованной, как правило к нему (обычно брань, угрозы, осуждение).

Вербигерации - своеобразные стереотипии в речи вплоть до бессмысленного нанизывания сходных по созвучию слов.

Восприятие - это активный процесс анализа и синтеза ощущений путем сопоставления их с прежним опытом.

Галлюцинации (от лат. hallucinatio - вздор, ошибка) - чувственные яркие представления, доведенные патологическим процессом до степени восприятия реальных предметов.

Галлюцинант - это человек, имевший внутреннее убеждение, что он что-то воспринимает, тогда как извне нет никакого объекта, способного вызвать это восприятие.

Гебоидный синдром - непсихотическое психическое расстройство (патология формирующейся личности), возникающее в детском возрасте и характеризующееся сочетанием патологически преувеличенных, заостренных и видоизмененных пубертатных свойств.

Глубокая депрессия - тяжелое личностное расстройство на невротическом уровне, которое без лечения может тянуться по несколько месяцев.

Гемблинг (от англ. gamble - рискованное предприятие, авантюра) - болезненная страсть к азартным играм (карты, игровые автоматы, ставки).

Гипербулия - нарушение поведения в виде двигательной расторможенности (возбуждения).

Гипертимия - повышенное, радостное настроение с усилением влечений и неутомимой деятельностью, ускорением мышления и речи, веселостью, чувством превосходного здоровья, выносливости, силы, когда все воспринимается в розовом свете.

Гиперестезия - повышенная чувствительность к действию на органы чувств физических: стимулов, являющихся для них адекватными.

Гипобулия - нарушение поведения в виде двигательной заторможенности (ступора).

Гипостезия — понижение восприимчивости внешних раздражений, ослабление восприятия по силе; эти состояния чаще отмечаются при неврозах.

Геронтофилия - заключается в сексуальном влечении к партнеру старческого возраста.

Делинквентное поведение - отклоняющееся поведение в крайних своих формах представляет уголовно наказуемое деяние.

Девиантное поведение - отклоняющееся от общепринятых норм: нравственных, а иногда и правовых. Поведение в основном обусловлено социально-психологическими девиациями личности (прежде всего микросоциально-психологической запущенностью).

Делирий (от лат. delirium - безумие, бред). Характеризуется наплывом ярких представлений и непрерывно возникающих обрывков воспоминаний.

Деменция - приобретенное слабоумие, которое проявляется в ослаблении познавательной способности, обеднении чувств, изменении поведения, крайнем затруднении при использовании знаний прошлого опыта.

Деперсонализация или аутометаморфопсия - буквально: отчуждение от самого себя, искаженное восприятие собственной личности, отдельных ее качеств, а также частей тела.

Депрессия - пониженное, мрачное настроение (тоска), сочетающееся с двигательной заторможенностью и замедлением ассоциативного процесса.

Дереализация - чувство призрачности окружающего, искаженное восприятие окружающего мира. Сюда же относятся симптомы «уже виденного» (de ja vu), «никогда не виденного» (ja mais vu).

Дефект (лат. defectus — недостаток) с точки зрения психологии — это нарушение одной или нескольких функций или части одной функции, которое изменяет нормальное развитие ребенка (только при определенных обстоятельствах).

Дисмегалопсия - расстройство восприятия в виде удлинения, расширения, скошенности, перекрученности вокруг оси окружающих предметов.

Дисморфомания - это ложная убежденность человека (чаще девушки) в наличии у него уродства.

Диссоциальное расстройство личности - проявляется в грубом несоответствии между поведением и господствующими социальными нормами.

Дисфория - угрюмое, ворчливо-раздражительное, злобное и мрачное настроение с повышенной чувствительностью к любому внешнему раздражителю, ожесточенностью и взрывчатостью.

Диссоциация - нарушение связности психических процессов, внезапное преходящее нарушение интегрированных в норме функций сознания, идентичности и поведения, включающее психогенно обусловленные амнезию, фугу, раздвоение личности и деперсонализационное расстройство.

Дромомания (от греч. dromos - бег, mania — безумие) - периодически возникающее непреодолимое стремление к побегам из дома, к перемене мест, поездкам, бродяжничеству.

Замедленное мышление - нарушение темпа мышления в сторону его уменьшения.

Иллюзия - ложное, ошибочное восприятие реальных вещей или явлений, при котором отражение реального объекта сливается с болезненными представлениями.

Импульсивные действия - внезапные, бессмысленные, нелепые акты без достаточной критической оценки.

Интрапунитивное реагирование - обвинение себя во всех бедах, самоуничижение и оскорбление себя.

Ипохондрические расстройства личности - симптомокомплекс психического расстройства, которое может выражаться чрезмерным страхом за свое здоровье, сосредоточением внимания на представлениях, относящихся к собственному здоровью, и склонностью приписывать себе болезни, которых нет.

Истероидный тип личностного расстройства - характеризуется: а) самодраматизацией, театральностью, преувеличенным выражением эмоций; б) внушаемостью, облегченной приверженностью влияниям окружающих

или обстоятельств; в) поверхностностью и лабильностью эмоциональности; г) постоянным стремлением к возбужденности, признанию со стороны окружающих и деятельностью, при которой пациент находится в центре внимания; д) неадекватной обольстительностью во внешнем виде и поведении; е) чрезмерной озабоченностью физической привлекательностью.

Канцерофобия - навязчивый страх заболеть раком.

Каталепсия («симптом восковой гибкости») - застывание больного в одной позе, возможность сохранять приданную позу в течение длительного времени.

Кахексия - третья стадия анорексии. Могут появляться признаки дистрофии: снижение массы тела, сухость и бледность кожных покровов и иные симптомы.

Клептомания - патологическое воровство.

Конкретность мышления - расстройство мыслительной деятельности, при котором утрачивается способность к абстрагированию.

Конфабуляция - обман памяти, при котором провалы в памяти замещаются вымышленными, не имевшими места событиями.

Кризисы невротические - тяжелые переходные состояния, вызываемые болезнью, стрессом, травмой и т. п.

Криптомнезия - расстройство памяти, при котором больной присваивает чужие мысли, действия себе.

Макропсия - расстройство восприятия в виде увеличения размеров окружающих предметов.

Маниакально-депрессивный психоз (МДП) - психоз, проявляющийся как периодическая смена двух состояний: маниакальных - выраженной эйфории с ощущением безмерного счастья, радости, восторга и депрессивных - выраженной тревоги и аффекта тоски.

Мания (маниакальный синдром) - повышенное, радостное настроение (эйфория), сочетающееся с двигательным возбуждением и ускорением ассоциативного процесса.

Маскулинность, феминность (от лат. masculinus - мужской и feminus - женский) — нормативные представления о соматических, психических и поведенческих свойствах, характерных для мужчин и для женщин; элемент полового символизма, связанный с дифференциацией половых ролей.

Ментизм или мантизм - возникающий помимо воли больного «наплыв мыслей», «вихрь идей», увеличение количества ассоциаций в единицу времени (наблюдается при шизофрении).

Микропсия - расстройство восприятия в виде уменьшения размеров окружающих предметов.

Навязчивые идеи - произвольно возникающие неправильные мысли. Сопровождаются критичным к ним отношением, но невозможностью избавиться.

Нарушение критичности мышления - понятие критичности в психиатрии и в патопсихологии употребляется в двух разных значениях.

Нарушения динамики мышления - непоследовательность суждений, лабильность, отвлекаемость, инертность.

Неврастения (от греч. neuron - нерв, asthenia - бессилие) - раздражительность, чувство усталости, умственная утомляемость, слабость.

Негативизм — проявление беспричинного отрицательного отношения ко всякому воздействию извне в виде отказа, сопротивления, противодействия.

Неврозы - функциональные болезненные состояния, возникающие и развивающиеся в условиях незавершившейся психотравмирующей микросоциальной ситуации, вызвавшей резкое эмоциональное перенапряжение.

Нозогнозия - понимание болезненности своего состояния.

Нозофобия - навязчивый страх заболеть какой-либо болезнью.

Обстоятельность - расстройство мышления, при котором затрудняется образование новых ассоциаций вследствие преобладания предыдущих.

Онейроид - сновидное, грезоподобное состояние сознания.

Онихофагия - обкусывание, жевание (иногда поедание) ногтей.

Онтогенез — развитие в течение жизни, **дисонтогенез** — нарушенное развитие, которое может иметь очерченные рамки, а может продолжаться в течение всей жизни.

Органические поражения ЦНС - следствия травм, заболеваний, отравлений.

Нарагномен - действие под влиянием внезапно возникшего нелепого умозаключения.

Паралогическое мышление - отсутствие адекватной логики.

Параноидные (паранойяльные) расстройства личности - характеризуются чрезмерной подозрительностью и общей тенденцией к искажению фактов путем неверного истолкования нейтральных или дружеских действий других людей.

Нарасуицид - один из компонентов пресуицидального синдрома: незавершенные суицидальные действия, которые представляют собой либо проявления суицидального шантажа, либо этап суицидального поведения, который предшествует завершению истинному суициду.

Нейропсихология – научная дисциплина, возникшая на стыке психологии, нейрофизиологии и медицины, изучающая закономерности мозговой организации психической деятельности человека, о ее нарушениях при локальных поражениях мозга; о принципах работы мозга как субстрата психических процессов, которые основаны на общепсихологических представлениях о психике человека.

Паратимия - неадекватный аффект, количественно и качественно не соответствующий вызвавшей его причине.

Патологическая обстоятельность - склонность к чрезмерной, бессмысленной детализации

Патопсихология – область психологии, изучающая закономерности распада психической деятельности и свойств личности в сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме, закономерности искажений отражательной деятельности мозга.

Патохарактерологическое поведение — поведение, обусловленное патологическими чертами характера.

Перверсия - патология полового чувства, при которой половое возбуждение, удовлетворение достигаются неестественными, противоестественными способами или в сочетании с дополнительными раздражителями.

Персеверация - расстройство мышления, при котором значительно (максимально) затрудняется образование новых ассоциаций вследствие длительного доминирования одной мысли, представления.

Пиромания - непреодолимое влечение к совершению поджогов.

Пограничное личностное расстройство - неразъясненное пограничное состояние между неврозом и психозом.

Помрачение сознания — тотальная дезинтеграция всей психической деятельности, заключающаяся в качественном изменении содержания сознания, в его «извращении».

Психастения (от греч. psyhe - душа, astheneia - физическая и психическая слабость, бессилие) - ананкастное, обсессивно-компульсивное, тревожное расстройство личности, синдром расстройств личности по психастеническому типу, выражается в крайней нерешительности, неуверенности в себе, мнительности.

Психология аномального онтогенеза – область психологии (патопсихологии) изучающая закономерности аномалии развития психики.

Психология здоровья – это наука о психологических причинах здоровья, о методах и средствах его сохранения, укрепления и развития.

Психология телесности интегративное направление психологии, предметом которой (с позиции некоторых исследователей) являются закономерности развития телесности, (которая понимается как о культурно-детерминированное и психологически опосредствованное явление человека на разных этапах онтогенеза), а также ее структура и психологические механизмы функционирования в качестве человеческого, т. е. культурно

детерминированного феномена в норме и патологии; условия и факторы, влияющие на формирование нормальных и патологических явлений телесности

Психосоматика – область междисциплинарных исследований (философии, физиологии, медицины, психологии др. наук), направленных на изучение проблемы соотношения психики и сомы, – души и тела, т. е. психосоматической проблемы.

Псевдореминисценция - нарушение хронологии в памяти, при котором отдельные, имевшие место в прошлом события переносятся в настоящее (в крайнем своем выражении проявляется экмнезией - «жизнью в прошлом»).

Психиатрия - наука, направленная на выяснение причин психической болезни, на исследование синдромов и симптомов, типичных для того или иного заболевания, на анализ критериев прогноза болезни, на лечение и профилактику болезни.

Психогенные заболевания - психические расстройства, обязанные своим возникновением воздействию психогенно-травмирующих факторов.

Психогенные травмирующие факторы - факторы, вызывающие отрицательные психические переживания, приводящие к появлению психогенных нервно-психических или психосоматических расстройств.

Психопаты - *анормальные личности*, или люди, которые имеют биологически обусловленные отклонения от нормы в поведении и обнаруживают (наследственные) конституционально обусловленные патологические характеры.

Психопатии - расстройства личности, стойкие личностные дисгармонии, для которых характерна выраженность патологических свойств до степени нарушения адаптации.

Психопатология - раздел психиатрии, изучает симптомы психических заболеваний клиническими методами, используя медицинские понятия: диагноз, патогенез, симптом, синдром и др.

Разноплановость мышления - расстройство, при котором суждения больных о каком-нибудь явлении протекают как бы в разных плоскостях.

Разорванность мышления - нарушение смысловых связей между членами предложения при сохранности грамматического построения фразы.

Расстройства эмоциональной сферы - выделяют продуктивные и негативные расстройства эмоциональных состояний.

Резонерство - склонность к бесплодному мудрствованию, тенденция к непродуктивным многоречевым рассуждениям.

Сверхценные идеи - продуктивные расстройства мышления, при которых возникает логически обоснованное убеждение, тесно связанное с особенностями личности, базирующееся на реальной ситуации и обладающее большим эмоциональным зарядом, занимает доминирующее положение во всей духовной жизни человека, определяет его деятельность и приводит к дезадаптации в социальной среде.

Сенестопатии - разнообразные неприятные, чаще беспочвенные, трудно описываемые больным ощущения в различных частях тела.

Сенсорные расстройства - нарушение ощущения высоты, цветоощущения и т. д. Связаны с поражениями подкорковых уровней анализаторных систем.

Символизм - в отличие от общепринятой системы символов, усматривание больными обычных символов там, где они не играют символической роли.

Синдром - строго формализованное описание закономерного сочетания симптомов, которые связаны между собой единым патогенезом и соотносятся с определенными нозологическими формами.

Скачка идей - максимальное увеличение количества ассоциаций в единицу времени, постоянная смена мыслей, невозможность сосредоточения.

Соматические больные - больные, страдающие телесными заболеваниями: сердечными, легочными, желудочно-кишечными и др.

Соматоагнозия - расстройство узнавания частей собственного тела.

Соскальзывание - расстройство мышления (более «легкая» степень разорванности мышления).

Социабельность - открытость, доступность, общительность.

Стереотипия — частое, ритмичное повторение одних и тех же движений.

Страх - чувство внутренней напряженности, связанное с ожиданием конкретных угрожающих событий, действий (страх проецируется во вне - страх острых предметов, животных и т. д.).

Стресс - неспецифический ответ, функциональное состояние напряжения, реактивности организма, возникающее у человека и животных в ответ на воздействие стрессоров.

Субмиссивная мотивация — обусловленная характерологическими или личностными особенностями человека неспособность противостоять давлению.

Сумеречное состояние сознания - расстройства личности (психопатии) и явные, т. е. выраженные акцентуации характера.

Сутяжничество - постоянная, болезненная, не достигающая степени бредового поведения борьба против мелких, чаще мнимых обид.

Трансвестизм - стремление принимать внешний облик лиц противоположного пола с целью удовлетворения полового влечения.

Транссексуализм - стремление к изменению пола на противоположный.

Тревога - чувство внутренней напряженности, связанное с ожиданием угрожающих событий (тревога чаще не проецируется во вне - тревога за свое здоровье, за работу, за правильное выполнение действий и т. д.).

Умственная отсталость - состояние задержанного или неполного развития психики, которое характеризуется нарушениям способностей, обеспечивающих общий уровень интеллектуальности (когнитивных, речевых, моторных и социальных).

Ускоренное мышление - увеличение количества ассоциаций в единицу времени. Крайним проявлением данного расстройства является скачка идей.

Чувство потери чувств - мучительное ощущение бесчувствия, переживание безвозвратной утраты возможности чувствовать, переживать.

Феномен - любое индивидуальное целостное психическое переживание.

Фрустрация (от лат. frustration — обман, расстройство, разрушение планов) - состояние краха и подавленности, связанное с переживанием неудачи при столкновении с препятствием (реально существующим или воспринимаемым как таковое) на пути к близкой перспективе.

Фрустрационная толерантность - устойчивость по отношению к фрустрирующим воздействиям.

Частная психосоматика - учение о психологических особенностях больных с различными соматическими (не психическими) заболеваниями.

Шизоидное расстройство личности - прежде всего это своеобразие переживаний и отношений: мало что доставляет удовольствие или вообще ничего (ангедония); эмоциональная холодность, отчужденная или уплощенная аффективность; неспособность проявлять теплые, нежные чувства по отношению к другим людям, отсутствие близких друзей, доверительных связей и др.

Шизотипическое личностное расстройство — расстройство личности, занимающее место между психопатиями шизоидного типа и шизофренией.

Шизофрения - одно из наиболее распространенных психических расстройств.

Шперрунг - «закупорка мыслей», «обрыв мыслей», внезапная остановка, перерыв ассоциативного процесса.

Эйдетизм - след только что закончившегося возбуждения в каком-либо анализаторе в виде четкого и яркого образа.

Эйфория - повышенное, беззаботное, неадекватно веселое настроение, состояние благодушия и беспечности, не соответствующее объективным обстоятельствам.

Экзистенциальность (от слова exsistentia — существование) склонность к уходу во внутренний, духовный мир.

Эпилептоидные личностные изменения — наиболее часты интеллектуальные нарушения, проявления психоорганического синдрома, астеническая симптоматика, личностные и невротические реакции, психотические расстройства.

Эхолалия (эхопраксия) - повторение больным отдельных слов или действий, которые произносятся или производятся в его присутствии кем-либо другим.

Яктация - навязчивое, непроизвольное раскачивание головой или всем туловищем.

Список литературы

- Александр Ф. Психосоматическая медицина. — М., 2000.
- Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства. — М., 1999.
- Ананьев В. А. Введение в психологию здоровья. — СПб, 1998.
- Блейхер В. М., Крук И. В., Боков С. Н. Практическая патопсихология: Руководство для врачей и медицинских психологов. — Ростов-на-Дону, 1996.
- Братусь Б. С. Аномалии личности. — М., 1988.
- Вассерман Л. И., Дорофеева С. А., Меерсон Я. А. Методы нейропсихологической диагностики. — СПб, 1997.
- Выготский Л. С. Развитие высших психических функций. — М., 1960.
- Зейгарник Б. В. Патопсихология. — М., 1986.
- Исаев Д. Н. Психосоматическая медицина детского возраста. — СПб, 1996.
- Карвасарский Б. Д. Медицинская психология. Л., 1982.
- Корсакова К. К., Московичюте Л. И. Клиническая нейропсихология. — М., 1988.
- Критская В. П., Мелешко Т. К., Поляков Ю. Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. — М., 1991.
- Лебединский В. В. Нарушения психического развития у детей. — М., 1985.
- Леонтьев А. Н. Деятельность, сознание, личность. — М., 1977.
- Личко А. Е. Типы акцентуаций характера и психопатий у подростков. — Л., 1983.
- Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. — М., 2000.
- Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология. — М., 1998.
- Мясищев В. Н. Личность и неврозы. — Л., 1960.
- Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику. — М., 1987.
- Практикум по патопсихологии / Под ред. Б. В. Зейгарник, В. В. Николаевой, В. В. Лебединского. М., 1987.
- Психосоматическая проблема: психологический аспект / Под ред. Ю. Ф. Полякова, В. В. Николаевой. — М., 1992.
- Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. — СПб., 1998.
- Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. — СПб, 1998.
- Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. . -- М.: Академия, 2002.
- Хомская Е. Д. Нейропсихология. — М., 1987.
- Худик В. А. Детская патопсихология. — Киев, 1997.
- Цветкова Л. С. Нейропсихология счета, письма и чтения: нарушение и восстановление. — М. — Воронеж, 2000.

Патопсихологические диагностические методики

Корректурная проба.

1. Методика выявляет колебания внимания больных по отношению к однообразным зрительным раздражителям в условиях длительной перегрузки зрительного анализатора. Заимствована из психологии труда (проба Бурдона), но нашла широкое применение в клинике. Применялась для выявления утомляемости, упражняемости, колебаний внимания и т. д.

2. Для проведения опыта необходимы бланки и секундомер. Для проведения опыта необходимо, чтобы было хорошее освещение и тишина.

При проведении опыта следует учитывать состояние зрения больного; при недостаточном или не скорректированном очками зрении результаты исследования нельзя сравнивать с данными исследования других больных. Нецелесообразно также проводить эту пробу с малограмотными больными.

оенаисмвыгутжбшряцплкдзюхэчфшьйоенаисмвыгутжбшряц
 лкдзюхэчфшьйтжбшряцплкдзюхэчфшьйшьюхэчфцплкдзтжб
 смвыгутжбшряоецаицплкдзюхэчфшьйтжбшряцплкдзюхэчфш
 оенаисмвыгуцплкдзтжбшряюхэчфшьйюхэчфшьцаплктжбшдз
 тжбшрясмвыгоенаицплкдзюхэчфрящйшьйюхэчфцплкдзтж
 смвыгуттжбшряоенаицплкдзюхэчфшьйтжбшряцплкдзюхэчфш
 йшьюфчэкюздкплцяршбжтугывмсианеосмвыгоенаитжбшряцп
 тжбшрясмвыгоенаицплкдзюхэчфрящйшьйюхэчфцплкдзтж
 смвыгутжбшряоенаицплкдзюхэчфшьйтжбшряцплкдзюхэчфш
 йшьфчэкюздкплцяршбжтугывмсианеосмвыгоенаитжбшряцп
 тжбшрясмвыгоенаицплкдзюххэчфрящйшьйюхэчфцилкдзтж
 смвыгутжбшряоенаицплкдзюхэчфшьйтжбшряцплкдзюхэчфш
 йшьфчэкюздкплцяршбжтугывмсианеосмвыгоенаитжбшряцп
 оенаисмвыгутжбшряцплкдзюхэчфшьйоенаисмвыгутжбшряцпш
 тжбшрясмвыгоенаицплкдзюхэчфрящйшьйюхэчфцплкдзтж
 йшьфчэкюздкплцяршбжтугывмсианеосмвыгоенаитжбшряцп
 оенаисмвыгутжбшряцплкдзюхэчфшьйоенаисмвыгутжбшряцпш
 тжбшряцплкдзюхэчфшьйсмвыгоенаийьщюхэчфцплкдзтжбш
 ряцплкдзюхэчфшьйшьйюхэчфцплкдзряшбжтсмвыгуианеосмт
 оенаисмвыгутжбшряцплкдзюхэчфшьйоенаисмвыгутжбшряцпш
 тжбшряцплкдзюхэчфшьйсмвыгоенаийьшюхэчфцплкдзтжбш
 ряцплкдзюхэчфшьйшьйюхэчфцплкдзряшбжтсмвыгуианеосмт
 цплкдзюхэчфшьйтжбшрясмвыгоенаисмвыгутжбшряцплкдзй
 оенаисмвыгутжбшряцплкдзюхэчфшьйоенаисмвыгутжбшряцпш
 тжбшрядплкдзюхэчфшьисмвыгоенаийьщюхэчфшплкдзтжбш
 цплкдзюхэчфшьйтжбшрясмвыгоенаисмвыгутжбшряцплкдзй
 ряцплкдзюхэчфшьйшьйюхэчфцплкдзряшбжтсмвыгуианеосмт
 оенаисмвыгутжбшряцплкдзюхэчфшьйоенаисмвыгутжбшряцпш
 тжбшряцплкдзюхэчфшьюсмвыгоенаийьщюхэчфцплкдзтжбш
 цплкдзюхэчфшьйтжбшрясмвыгоенаисмвыгутжбшряцилкдзй

3. Больному дают два хорошо отточенных простых мягких карандаша (один запасной) и бланк. Его предупреждают, что предстоит проверка его внимания. Ему говорят: «Вы должны просматривать эти буквы строчка за строчкой, слева направо и вычеркивать все буквы «К» и «Р». Вычеркивать нужно вот так (экспериментатор показывает, вычеркивая буквы на первой строчке вертикальной черточкой). Иногда я сам буду ставить на вашем листке черточки — это будет отметка времени, на это вы не должны обращать внимания. Старайтесь просматривать строчки и вычеркивать буквы как можно быстрее, но самое главное в этом задании — работать без ошибок, внимательно, ни одной буквы «К» или «Р» не пропустить и ни одной лишней не вычеркнуть. Понятно? Начнем со второй строчки».

Экспериментатор включает секундомер и дает больному сигнал начать. По прошествии каждой минуты (точно по секундомеру) экспериментатор ставит такой знак в том месте, где больной держит в это время карандаш, стараясь по возможности не мешать больному.

Общая длительность проведения опыта определяется в зависимости от задачи исследования — 10,5 или 3 минуты.

Проверка правильности выполнения задания проводится по заранее изготовленному «ключу». «Ключ» представляет собой бланк, на котором все подлежащие вычеркиванию буквы обведены ярким цветным карандашом, а в конце каждой строчки проставлена цифра, обозначающая число таких букв в данной строке. «Ключ» должен быть тщательно проверен и по традиции даже подписан двумя психологами. С помощью такого «ключа» производится проверка правильности работы больного следующим образом: «ключ» и бланк кладут рядом и, передвигая линейку, сравнивают строчку за строчкой.

Поскольку результаты работы больного остаются на бланке, особого отдельного протокола опыта можно не вести.

Обработка экспериментальных данных проводилась разными исследователями по-разному. Наибольшую трудность при оценке результатов работы больного представляет сочетание показателей ее скорости и точности. За одну минуту больной (или вообще испытуемый) мог успеть просмотреть больше или меньше знаков — число просмотренных в минуту знаков и будет показателем скорости. За ту же минуту исследуемый мог допустить то или иное количество ошибок — это число ошибок и будет показателем точности. Попытки с помощью разных формул (например, с помощью формулы Уиппла) сочетать показатели скорости и точности в одну величину в клинической практике малоэффективны. Гораздо более показательны простые графики, где совмещены две кривые: изменение скорости работы (по количеству знаков, просмотренных в единицу времени) и изменение точности (по количеству ошибок в те же интервалы). Построение таких графиков позволяет выявить утомляемость больных (снижение скорости и точности), вработываемость (повышение скорости, точности), колебания того или иного показателя. Возникает также возможность сравнения качества работы больного в разные дни и часы.

Отыскивание чисел

1. Методика заимствована из психологии труда (так называемые таблицы Шульте), но имеет большое применение в области патологии. Может быть использована для исследования психического темпа, точнее для выявления скорости ориентировочно-

поисковых движений взора, для исследования объема внимания (к зрительным раздражителям).

21	12	7	1	20
6	15	17	3	18
19	4	8	25	13
24	2	22	10	5
9	14	11	23	16

2. Для проведения опыта нужно иметь пять таблиц размером 50x50 см с написанными на них в беспорядке числами от 1 до 25. На каждой из пяти таблиц числа расположены по-разному. Кроме того, нужен секундомер и небольшая, примерно в 30 см, указка. Опыт можно проводить с больными, имеющими не меньше 4 классов образования.

3. Больному мельком показывают таблицу, сопровождая этот показ словами: «Вот на этой таблице числа от 1 до 25 расположены не по порядку». Далее таблицу прикрывают, т. е. кладут на стол числами книзу, и продолжают инструкцию: «Вы должны будете вот этой указкой показывать и называть вслух все числа по порядку от 1 до 25. Постарайтесь делать это как можно скорее, но не ошибаться, понятно?» (Если больной не понял, ему объясняют снова, но не открывая таблицу.) Затем экспериментатор одновременно ставит таблицу прямо перед лицом больного вертикально на расстоянии 70—75 см от него и, включая секундомер, говорит: «Начинайте!»

Пока больной показывает и называет числа, экспериментатор следит за правильностью его действий, а когда больной называет число «25», экспериментатор останавливает секундомер.

После первой таблицы без всяких дополнительных инструкций больному предлагают таким же образом отыскивать числа на 2, 3, 4 и 5-й таблицах.

Протокол опыта приобретает следующий вид:

Таблица	Время в секундах	Примечания
1		
2		
3		
4		
5		

В примечаниях должно быть отмечено, равномерно ли больной отыскивает числа или изредка подолгу не может найти какое-нибудь одно число.

4. При оценке результатов прежде всего становятся заметны различия в количестве времени, которое больной тратит на отыскивание чисел одной таблицы. Психически здоровые молодые люди тратят на таблицу от 30 до 50 секунд, чаще всего 40—42 секунды.

Счет по Крепелину

1. Предложенная Э. Крепелином методика была предназначена для исследования волевых усилий, упражняемости и утомляемости больных.

В настоящее время применение этой методики приобрело более широкий диапазон; ею пользуются для изучения психического темпа, колебаний внимания, переключаемости (с видоизменением инструкции) и для выявления отношения к экспериментальному заданию.

2. Для проведения опыта нужны бланки, на которых длинными рядами напечатаны пары цифр, подлежащих сложению. Существует много типографских изданий этих бланков, разного формата и расположения.

8	3	6	9	1	5	7	2	3	8	5	2	9	5	6
5	2	8	9	7	4	4	2	8	6	1	7	4	7	5
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Желательно выбирать бланки, на которых цифры были бы отпечатаны крупным шрифтом. Необходимы также секундомер и запасные мягкие карандаши для больных. Так же как и бланки корректурной пробы, бланки «счета по Крепелину» проверяются по «ключу».

3. Обычный вариант опыта проводится так: больному предлагают складывать числа, напечатанные одно под другим, и записывать результат, отбрасывая десяток. Так, например, если в ряду встречается 12, то больной должен подписать снизу только 2, а не всю сумму 12 (единицу, обозначающую десяток, нужно отбросить).

Однако такое требование затрудняет многих больных, поэтому следовать ему не обязательно. Можно предложить больному записывать сумму полностью. Затем больного предупреждают о том, что он должен решать примеры в строчке до тех пор, пока экспериментатор не скажет «стоп». (Экспериментатор дает такой сигнал через 15 секунд после начала). После этого он должен начать следующую строчку. Больному объясняют также, что он должен стараться работать побыстрее, но самое главное — складывать точно, не допуская ошибок.

В зависимости от состояния больного и от задачи исследования можно ограничиться одним бланком, т. е. предложить ему 8 строк сложения по 15 секунд на каждую; можно это количество уменьшить либо увеличить. Отдельный протокол вести не обязательно.

4. Такое построение эксперимента позволяет выявить темп работы больного, его внимание, а также наличие утомляемости. Отмечая, сколько сложений выполнил больной за каждые 15 секунд правильно и сколько допустил ошибок, можно построить график его работоспособности. Обычно это делается очень просто, путем проведения черты на самом бланке, но можно построить специальный график.

Заучивание десяти слов

1. Эта методика одна из наиболее часто применяющихся. Предложена А. Р. Лурия. Используется для оценки состояния памяти больных, утомляемости, активности внимания.

2. Никакого специального оборудования не требует. Однако в большей мере, чем при остальных методиках, необходима тишина: при наличии каких-либо разговоров в комнате опыт проводить нецелесообразно. Перед началом опыта экспериментатор должен

записать в одну строчку ряд коротких (односложных и двухсложных) слов (см. приложение в конце книги, бланки № 12— 14). Слова нужно подобрать простые, разнообразные и не имеющие между собой никакой связи. Обычно каждый экспериментатор привыкает к какому-либо одному ряду слов, но желательно пользоваться не одним, а несколькими наборами, чтобы больные не могли их друг от друга услышать.

3. Инструкция состоит из нескольких этапов. В данном опыте необходимы очень большая точность и неизменность произнесения инструкции и соблюдения условий опыта.

Первое объяснение. «Сейчас я прочту 10 слов. Слушать надо внимательно. Когда окончу читать, сразу же повторите столько, сколько запомните. Повторять можно в любом порядке, порядок роли не играет. Понятно?»

Экспериментатор читает слова медленно, четко. Когда испытуемый повторяет слова, экспериментатор в своем протоколе ставит крестики под этими словами (см. форму протокола). Затем он продолжает инструкцию (второй этап).

Продолжение инструкции. «Сейчас я снова прочту вам те же самые слова, и вы опять должны повторить их — и те, которые вы уже назвали, и те, которые в первый раз пропустили, — все вместе, в любом порядке».

Экспериментатор снова ставит крестики под словами, которые повторил испытуемый. Затем опыт снова повторяется 3, 4 и 5 раз, но уже без каких-либо инструкций. Экспериментатор просто говорит: «Еще раз».

В случае если испытуемый называет какие-либо лишние слова, экспериментатор обязательно записывает их рядом с крестиками, а если слова эти повторяют — ставит и под ними крестики.

В случае если испытуемый пытается вставлять в процессе опыта какие-либо реплики, экспериментатор останавливает его; никаких разговоров во время этого опыта допускать нельзя.

После пятикратного повторения слов экспериментатор переходит к другим экспериментам, а в конце исследования, т. е. примерно спустя 50—60 минут, снова спрашивает у испытуемого эти слова (без напоминания). В результате протокол опыта принимает примерно следующий вид:

	лес	хлеб	окно	стул	вода	брат	конь	игла	гриб	мед	огонь
1 2 3 4 5		:	+								+
Спустя час											

По этому протоколу может быть составлена «кривая запоминания». Для этого по горизонтальной оси откладываются номера повторения, а по вертикальной — число правильно воспроизведенных слов.

4. По форме кривой можно делать некоторые выводы относительно особенностей запоминания больных. На большом количестве здоровых испытуемых установлено, что у здоровых людей, как взрослых, так и детей школьного возраста, кривая запоминания носит примерно такой характер: 5, 7, 9, или 6, 8, 9, или 5, 7, 10 и т. д., т. е. к третьему повторению испытуемый воспроизводит 9 или 10 слов и при последующих повторениях удерживается на числах 9 или 10.

Воспроизведение рассказов

1. Методика применяется для исследования понимания и запоминания текстов, особенностей устной и письменной речи испытуемых.

2. Для проведения опытов экспериментатор должен заготовить значительное количество (10—15) текстов разной трудности. Больше всего подходят басни и рассказы, имеющие иносказательный смысл либо подтекст, представляющие возможность последующего обсуждения. Несколько примеров таких рассказов приведены в приложении в конце книги.

«Строители»

Задумали звери построить мост. Каждый из них подал свое предложение. Заяц сказал: «Мост нужно строить из прутьев. Во-первых, его легче строить, а во-вторых, дешевле обойдется». «Нет, — возразил медведь, — если уж строить, то обязательно из столетних дубов, чтобы мост был крепкий и долголетний». «Разрешите, — вмешался осел в разговор. — Какой мост строить, это мы потом решим. Сначала нужно решить самый принципиальный вопрос: как его строить — вдоль или поперек реки?»

3. Порядок проведения пробы может быть различен. Текст может быть прочитан исследуемому экспериментатором, либо исследуемый сам может читать текст. Можно попросить исследуемого рассказать текст устно, а можно предложить ему записать свой пересказ. От способа предложения меняется психологическая трудность задачи; выразительное, правильное чтение экспериментатора облегчает исследуемому понимание смысла рассказа, но для восприятия «на слух» необходимо большее напряжение, большая устойчивость внимания. При самостоятельном же чтении текста больному легче компенсировать недостатки внимания; он может повторно перечитать несколько строк, вернуться к отрывку, прочитанному в первый раз недостаточно внимательно. И напротив, осмысление текста при самостоятельном чтении несколько труднее. Небезразличен для больного и способ воспроизведения; рассказать текст, конечно, гораздо легче, чем изложить его письменно. Устный рассказ экспериментатор записывает дословно с помощью магнитофона или рукописно. Возможно множество вариаций. Могут быть даны два рассказа подряд. Главное внимание может быть смещено с самостоятельного пересказа на обсуждение, т. е. на вопросы и ответы по поводу содержания рассказа. Наибольший интерес представляет методика обучающего эксперимента, применяемая в тех случаях, когда больной никак не может усвоить содержание короткого рассказа. Тогда экспериментатор начинает многократно повторять рассказ, стараясь всеми возможными способами довести его содержание до сознания больного. Анализ средств заучивания, необходимых для усвоения рассказа, позволяет судить о причинах и степени нарушения познавательных процессов.

4. Некоторые больные (чаще всего больные шизофренией) при воспроизведении рассказов вплетают свои бредовые идеи или истолковывают содержание рассказов как обидные намеки на события собственной жизни. В таких случаях судить о возможности понимания и запоминания текста трудно. Существует обширная литература (Л.В. Занков, Г.М. Дульнев, Б.П. Пинский) по вопросу о воспроизведении текстов умственно отсталыми детьми.

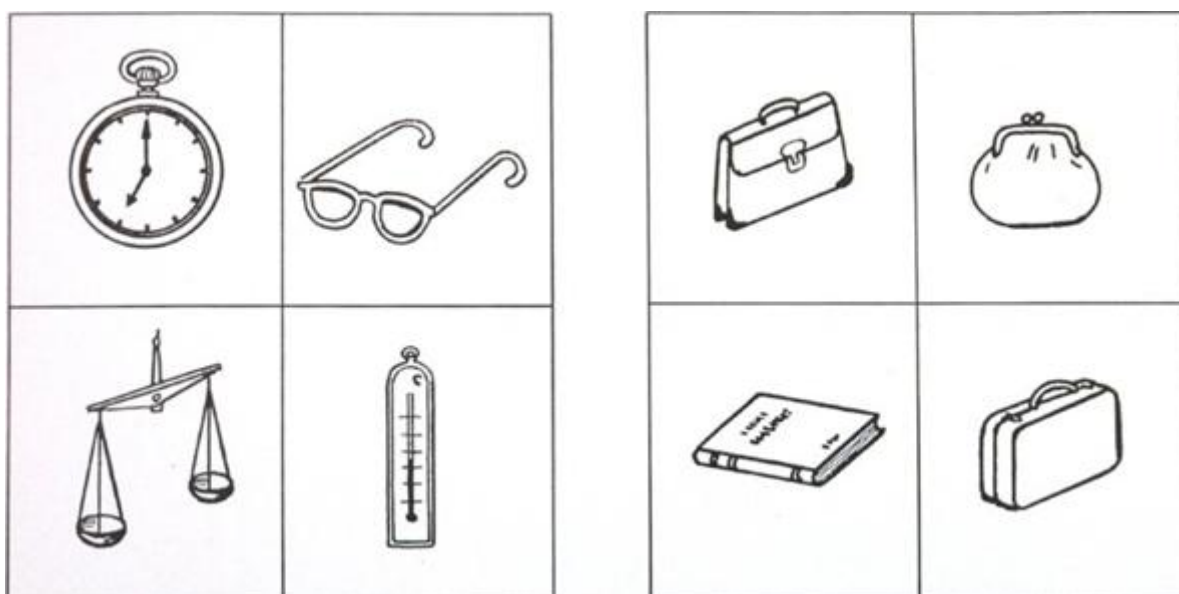
Грубые ошибки при воспроизведении, заключающиеся в замене одних действующих лиц рассказа другими, в слиянии и смешении событий двух разных рассказов, а также в искажении обстоятельств — при сравнительно метком понимании подтекста, — наблюдаются у больных, страдающих сосудистыми и иными органическими заболеваниями мозга. Таков, например, пересказ больной с опухолью головного мозга: «Галка решила познакомиться поближе с жизнью голубей: она выкрасилась в белый цвет и прилетела в голубятню. Ее встретил голубь и спросил, что она хочет. Она ответила, что она хочет кушать; голубь накормил ее, и она захотела улететь домой. В это время подполз муравей и укусил галку за ногу».

Исключение предметов

1. Методика предназначена для исследования аналитико-синтетической деятельности больных, их умения строить обобщения. По своей направленности она похожа на классификацию предметов; отличие ее от классификации предметов в том, что она в меньшей мере выявляет работоспособность и устойчивость внимания, в большей мере предъявляет требования к логической обоснованности, правильности обобщений, строгости и четкости формулировок.

2. Для проведения опытов необходимы наборы карточек, на каждой из которых нарисовано по четыре предмета. Такие карточки-задачи могут быть градуированы по трудности от самых легких до чрезвычайно трудных.

3. Больному показывают карточки, заранее разложенные в порядке возрастающей трудности.



Инструкцию дают на примере одной самой легкой карточки. Больному говорят: «Вот здесь на каждой карточке изображены 4 предмета. Три из них между собой сходны, их можно назвать одним названием, а четвертый к ним не подходит. Вы должны назвать предмет, который не подходит (или который надо исключить), и сказать, как можно назвать остальные три». Далее экспериментатор разбирает с больным первую карточку, вместе с ним дает обозначение трем обобщаемым предметам и объяснение тому, почему следует исключить четвертый предмет.

В протоколе (см. также Приложение) записывается против номера карточки предмет, который больной считает нужным исключить, а в соседнем столбце — объяснения больного и название остальных трех.

ФОРМА ПРОТОКОЛА

Название карточки, а также вопросы и возражения экспериментатора	Исключаемый предмет	Объяснения больного

Если ответ больного неправилен и экспериментатор задает наводящий вопрос, то и вопрос и ответ больного, разумеется, записываются.

4. Методика представляет собой типичный образец моделирования процессов синтеза и анализа в мышлении.

Больной должен синтезировать, т. е. найти обобщающее понятие для трех предметов из четырех изображенных, и исключить, т. е. выделить, один, четвертый, не соответствующий общему понятию.

Невозможность решить простые задачи встречается крайне редко — тогда, когда больной в связи с очень глубокой степенью слабоумия или расстройством сознания не понимает инструкции.

Существенные признаки

1. Методика выявляет логичность суждений больного, а также его умение сохранять направленность и устойчивость способа рассуждения при решении длинного ряда однотипных задач.

2. Для проведения опытов нужны бланки с напечатанным текстом задач. Опыты можно проводить с больными, имеющими образование не менее 5 классов.

1. Сад (растения, садовник, собака, забор, земля).
2. Река (берег, рыба, рыболов, тина, вода).
3. Город (автомобиль, здание, толпа, улица, велосипед).
4. Сарай (сеновал, лошади, крыша, скот, стены).
5. Куб (углы, чертеж, сторона, камень, дерево).
6. Деление (класс, делимое, карандаш, делитель, бумага).
7. Кольцо (диаметр, алмаз, проба, округлость, печать).
8. Чтение (глаза, книга, картинка, печать, слово).
9. Газета (правда, приложения, телеграммы, бумага, редактор).
10. Игра (карты, игроки, штрафы, наказания, правила).
11. Война (аэроплан, пушки, сражения, ружья, солдаты).

3. Пользоваться формальной «жесткой» инструкцией нецелесообразно. Вместо этого экспериментатор совместно с больным решает первую задачу и дает примерно следующие объяснения: «Видите, здесь ряд слов, напечатанных крупным шрифтом, а рядом с каждым таким словом (в скобках) — пять слов на выбор. Из этих пяти слов вы должны выбрать два — только два, не больше и не меньше, — два слова, обозначающих неотъемлемые признаки вот этого, написанного крупным шрифтом предмета, т. е. то, без чего он не может быть. Вот, например, сад. Все те слова, которые рядом с ним в скобках

написаны, имеют какое-то отношение к саду — и земля, и забор, и садовник, и собака, и растения. Все это в саду бывает. Но без чего сад не может быть садом? Без земли и без растений. Без садовника или без забора сад будет, хотя, быть может, и плохой; без растений и без земли сада не бывает». Также совместно решается и вторая задача, а затем больной решает и объясняет свои решения самостоятельно.

В зависимости от того, для какой цели в большей мере экспериментатору нужна данная методика, он может действовать двумя способами: либо он только записывает высказывания и ответы больного и обсуждает их после окончания всей работы, либо сразу обсуждает с больным каждый следующий ответ, ставя ему контрольный вопрос.

ФОРМА ПРОТОКОЛА К МЕТОДИКЕ «СУЩЕСТВЕННЫЕ ПРИЗНАКИ»

Номер задачи и экспериментатора	Ответы	Объяснения и мотивировки больной
1		
2		
3		

В графу «Объяснения и мотивировки» следует внести пометку о том, проводилось ли обсуждение по мере решения каждой следующей задачи или к неправильно решенным задачам возвращались после решения последней.

4. В большинстве задач этой методики содержатся слова, которые провоцируют легкомысленные, бездумные ответы. Так, например, к слову «игра» многие, недолго думая, подбирают слово «карты», хотя карты вовсе не являются обязательным признаком для всякой игры. Многие больные не только при самостоятельной работе, но даже при контрольных вопросах и поправках со стороны экспериментатора в каждой следующей задаче сбиваются на путь таких случайных, привычных ассоциаций и отвечают бездумно. Таким больным подсказ, критическое замечание обычно помогают найти правильное решение. Таким образом, методика выявляет некритичность и ненаправленность мышления больных. В иных случаях методика выявляет резонерские, путанные рассуждения больных — аморфность и расплывчатость их мышления. Неумение выделить самые существенные признаки (т. е. слабость абстрагирования) становится особенно заметно тогда, когда экспериментатор обсуждает с больным решения.

Простые аналогии

1. Выполнение этого задания требует понимания логических связей и отношений между понятиями, а также умения устойчиво сохранять заданный способ рассуждений при решении длинного ряда разнообразных задач. Методика заимствована из психологии труда.

2. Для проведения опыта нужен бланк или просто отпечатанный на машинке ряд задач.

Задание пригодно для исследования больных с образованием не ниже 7 классов.

3. Инструкция дается в форме совместного решения первых трех задач. «Вот посмотрите, — говорят больному, — здесь написано два слова — сверху «лошадь», снизу «жеребенок». Какая между ними связь? Жеребенок детеныш лошади. А здесь, справа, тоже сверху одно слово — «корова», а внизу пять слов на выбор. Из них нужно выбрать только одно слово, которое так же будет относиться к слову «корова», как «жеребенок» к

«лошади», т. е. чтобы оно обозначало детеныша коровы. Это будет... «теленок». Значит, нужно раньше установить, как связаны между собой слова, написанные слева, вот здесь (показ), и затем установить такую же связь справа.

Разберем еще пример: вот здесь слева — «яйцо» — «скорлупа». Связь такая: чтобы съесть яйцо, нужно снять скорлупу. А справа «картофель» и внизу пять слов на выбор. Нужно выбрать из пяти нужных слов справа одно такое, которое относится к верхнему, как это нижнее — к этому верхнему (показ слов слева)».

Инструкция несколько длинновата, но обязательно нужно добиться того, чтобы больной ее хорошо усвоил.

<p><i>А. Школа — обучение.</i> <i>Больница — доктор, ученик, учреждение, лечение, больной.</i> <i>В. Песня — глухой.</i> <i>Картина — хромым, слепой, художник, рисунок, больной.</i> <i>С. Нож — сталь.</i> <i>Стол — вилка, дерево, стул, пища, скатерть.</i> <i>Д. Рыба — сеть.</i> <i>Муха — решето, комар, комната, жужжать, паутина.</i> <i>Е. Птица — гнездо.</i> <i>Человек — люди, птенец, рабочий, зверь, дом</i> <i>Ф. Хлеб — пекарь.</i> <i>Дом — вагон, город, жилище, строитель, дверь.</i> <i>Г. Пальто — пуговица.</i> <i>Ботинок — портной, магазин, нога, шнурок, шляпа.</i> <i>Н. Коса—трава.</i> <i>Бритва — сено, волосы, сталь, острая, инструмент.</i> <i>И. Нога — сапог.</i> <i>Рука — калоша, кулак, перчатка, палец, кисть.</i> <i>Ж. Вода — жажда.</i> <i>Пища — пить, голод, хлеб, рот, еда.</i> <i>К. Электричество — проводка.</i> <i>Пар — лампочка, лошадь, вода, трубы, кипение.</i> <i>Л. Паровоз — вагоны.</i> <i>Конь — поезд, лошадь, овес, телега, конюшня.</i> <i>М. Алмаз—редкий.</i> <i>Железо — драгоценный, железный, сталь, обычный, твердый</i></p>

4. В норме, при соответствующем образовании, исследуемые усваивают порядок решения задач после 2—3 примеров. Если больной, имеющий образование 7 классов, никак не может усвоить задание после 3—4 примеров, это дает основание думать, что его интеллектуальные процессы по крайней мере затруднены.

Методики нейропсихологического исследования:

Оценка латеральной организации функций

Субъективная оценка ведущей руки

1. Мануальная асимметрия

К кому Вы себя относите: к правшам или левшам? Есть ли у Вас среди родственников левши?

Опросник М. Аннетт

Какой рукой Вы предпочитаете бросать предметы?

Какой рукой Вы пишете?

Какой рукой рисуете?

Какой рукой играете в теннис, пинг-понг?

В какой руке держите ножницы?

Какой рукой бреетесь (красите губы)?

Какой рукой причесываетесь?

В какой руке держите зубную щетку?

В какой руке держите нож во время еды или при затачивании карандаша?

В какой руке держите ложку во время еды?

В какой руке держите молоток при забивании гвоздей?

В какой руке держите отвертку?

Луриевские пробы

Переплетение пальцев

«Поза Наполеона»

Руки за спиной

Аплодирование

Кулак на кулак

Нога на ногу

2. *Зрительная асимметрия*

Ведущий глаз (пробы «карта с дыркой», «вертикаль»).

Прицеливание

3. *Слухоречевая асимметрия*

Ведущее ухо (проба «часы» и др.)

Дихотическое прослушивание

Исследование соматосенсорного гнозиса

Жалобы (на снижение или патологическое повышение соматической чувствительности, неприятные ощущения, нарушения схемы тела и др.)

	Симптомы	Нет	Слабо	Сильно
1	<i>Проба на локализацию прикосновения</i> Одного Двух (на одной руке, на двух, на лице)			
2	<i>Проба на дискриминацию</i> (определить число прикосновений: одно или два)			
3	<i>Кожно-кинестетическое чувство Ферстера</i> (определение фигур, цифр, написанных на правой и левой руке)			
4	<i>Перенос позы с одной руки на другую с закрытыми глазами</i>			

5	Определение правой и левой стороны у себя и у напротив сидящего человека			
6	Называние пальцев рук			
	Узнавание объектов на ощупь (ключ, расческа и т. п.) Правой рукой Левой рукой (отмечается характер ощупывания: инактивный, активный, с отсутствием синтеза и др.)			

Исследование слухового гнозиса и слухомоторных координаций

Жалобы на слух (снижение слуха, слуховые обманы, навязчивые мелодии и т. п.)

и	Симптомы	Нет	Слабо	Сильно
1	Звуковысотные отношения оценка			
2	повторение			
3	Мелодия			
4	узнавание			
5	повторение			
6	Локализация звука в пространстве			
7	Исследование дихотомического слуха			
8	Оценка и воспроизведение ритмов			
9	оценка ритмов II II III III II III III III III			
10	Выполнение ритмов по образцу II III III III II II II II II II II II			
11	непосредственное воспроизведение отсроченное воспроизведение (после пустой паузы) после интерференции Выполнение ритмов после речевой инструкции «по 2» «по 3» «по 4» непосредственное воспроизведение отсроченное (после пустой паузы) после интерференции (оценивается характер затруднений: персеверации, распад ритмических структур)			

Исследование речи

Жалобы (на нарушения моторной, сенсорной стороны речи и др.)

	Симптомы	Нет	Слабо	Сильно
1	Спонтанная речь Беседа с больным (Как Вы заболели? и др.)			

2	<i>Автоматизированная речь</i> Цифровой ряд от 1 до 10 Дни недели: понедельник, вторник... Месяцы года: январь, февраль...			
3	<i>Дезавтоматизированная речь</i> Цифровой ряд: 10, 9, 8... Дни недели: воскресенье, суббота... Месяцы: январь, декабрь...			
4	<p><i>Повторная речь</i></p> <p>Повторение звуков: а, о, и, у, б, д, к, с</p> <p>Повторение дизъюнктивных пар звуков: б—н, к—с, м—н</p> <p>Повторение оппозиционных фонем: б—п, п—б, д—т, т—д, з—с, с—з</p> <p>(при невозможности повторения — реакция выбора на оппозиционные фонемы или показ соответствующей буквы)</p> <p>Повторение серии звуков: би—ба—бо, бо—би—ба, ба—би—ба</p> <p>Повторение слов: дом, окно, кошка, портной, стон, слон; полковник, поклонник, половник; кооператив, кораблекрушение и др.</p> <p>Повторение серии слов: дом—пес—кот—стол; дуб—ночь—игла; сад—шкаф—день</p> <p>Повторение фраз: мальчик спит; девочка плачет; мальчик ударил собаку; девочка пьет чай</p> <p>Повторение скороговорок: «из-под топота копыт пыль по полю летит»; «шит колпак не по-колпаковски, надо его переколпаковать, и никто его не переколпакует»</p>			
5	<p><i>Называние предметов</i></p> <p>По картинкам: яблоко, лампа, чайник, бутылка, чернильница и др.</p> <p>Частей тела: нос, глаз, рука, палец, локоть, плечо и др.</p> <p>(отмечается характер затруднений: помогает ли подсказка; поиски, отказы; литеральные и вербальные парафазии и т. д.)</p>			

6	<p><i>Понимание речи</i></p> <p>Понимание слов (с опорой на картинку): по одному элементу; по два элемента; по три элемента</p> <p>Понимание значения слов (частей тела без зрительной опоры): показать ухо — нос — глаз по одному элементу (ухо и т. д.); по два элемента (ухо — глаз и т. д.); по три элемента (глаз — нос — ухо и т. д.)</p> <p>Понимание малочастотных слов (заусеница, гусеница и т. д.)</p> <p>Понимание обиходных инструкций и предложений: откройте рот, откройте глаза, закройте рот, закройте глаза и т. п.; положите левую руку в карман халата и т. д.</p> <p>Понимание логико-грамматических конструкций: показать: карандашом ключ, ключом карандаш; показать или выполнить инструкцию: книга под тетрадью; тетрадь под книгой; книга над тетрадью и т. д.; треугольник под крестом; крест под треугольником и т. д. показать: какой предмет более светлый; более темный; менее светлый; менее темный; показать или разъяснить значение слов: мамина дочка, дочкина мама; брат отца, отец брата</p> <p>Я позавтракал после того, как прочел газету. Что я делал раньше?</p>			
7	<p><i>Спонтанная развернутая речь</i></p> <p>Рассказ по сюжетной картинке</p> <p>Устное сочинение на тему «Отдых», «Север» и др. (отмечаются активность, развернутость, связность текста, наличие аграмматизмов: телеграфный стиль, несогласование, соскальзывание на побочные связи и др.)</p>			

СОСТАВЛЕНИЕ ЗАКЛЮЧЕНИЙ ПО ДАННЫМ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ³

Подобно тому, как нет и не может быть стереотипного построения исследования, стереотипного подбора методик, не может быть и стандарта в составлении заключения. Каждое заключение составляется обычно как ответ на поставленный клиникой вопрос. Оно не может быть понято и не должно рассматриваться вне этого клинического вопроса, вне истории болезни и задачи исследования.

После того как применение нескольких экспериментальных приемов позволяет (с большей или меньшей степенью убедительности) ответить на поставленный вопрос, т.е. после анализа полученных экспериментальных данных, составляется заключение. Может быть дана некоторая внешняя форма или схема таких заключений, но основная часть содержания заключений не поддается никакой унификации, она всегда пишется как ответ на конкретный вопрос. Схема заключений такова.

Вначале в одной или двух фразах описываются жалобы больного на состояние умственной работоспособности, памяти, внимания, утомляемости, но отнюдь не жалобы на состояние здоровья в целом. Такое ограничение возникает по следующим причинам.

Поскольку экспериментальное исследование проводится не лечащим врачом, а сотрудником психологической лаборатории или кабинета, он (даже если он и является сам тоже врачом-психиатром) не должен вмешиваться в тактику лечащего врача, не должен подменять его в беседе.

Поэтому исследование в целом мотивируется для относительно сознательных больных, как исследование их памяти, внимания, умственной работоспособности. Из этого не следует, конечно, что психолог этим ограничивается; он исследует, разумеется, мышление и личностную сферу, т. е. критичность больного и внутреннюю картину болезни в целом. Но поскольку с самого начала больному объявляют, что цель исследования — проверка памяти и внимания, то и расспрос ведется главным образом в отношении памяти, внимания, работоспособности. Однако даже эти жалобы в сопоставлении с последующим фактическим исследованием интеллектуальной деятельности больного дают очень ценный материал для представления о критичности больного, его самооценке и сознании болезни.

Если же больной, не обращая внимания на вопросы экспериментатора, начинает жаловаться ему на боли в ногах, в сердце или излагать какие-либо бредовые идеи, в заключении эти жалобы опускаются. Нередко бывает, что больной сообщает психологу какие-либо заслуживающие внимания, но не отраженные в истории болезни, т. е. неизвестные лечащему врачу, данные.

³ Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии. — М.: ЗАО Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2004.

Эти факты необходимо, конечно, сообщить врачу, но не следует вносить их в заключение. Последнее замечание адресовано не психиатрам, а сотрудникам лаборатории, имеющим психологическое, дефектологическое или педагогическое образование. Их иногда соблазняет возможность дополнить, расширить клинические данные лечащего врача. Такие дополнения могут быть ценными, но вносить их в заключение по экспериментальному исследованию не следует.

Следующая часть заключения (также очень краткая) представляет собой описательную характеристику того, как больной работал, т. е. как он выполнял задания — старательно или неохотно, проявлял ли заинтересованность в достижении правильных решений, мог ли критически оценить свои успехи. Об этом психолог судит по тому, старался ли больной исправлять свои ошибки, если замечал их, огорчался ли, замечая свои неудачи, выражал ли желание довести начатую работу до конца или предпочитал от нее отказаться, принимал ли незаслуженную похвалу. У больных-учащихся можно иногда даже спросить о том, какую оценку они бы считали справедливым получить за тот или иной вид работы. Все эти данные, характеризующие отношение больного к факту обследования его умственных способностей и к качеству своих действий, могут быть выражены в одной - двух фразах, но они составляют важную часть заключения, так как дают материал для суждения о личности больного. Эту часть заключения, хотя она и имеет форму описания и обозначается в устной речи как микростатус, как статус за столом экспериментатора, не следует рассматривать как внеэкспериментальную. Она является материалом естественного эксперимента, каким в целом представляется ситуация проверки умственных способностей человека. Чем сохраннее личность, тем обычно глубже выражена эмоциональная реакция на исследование в целом. У психопатов она принимает иногда утрированный характер. Безучастное отношение к факту исследования наблюдается при глубоком распаде личности либо при очень глубокой депрессии.

Третья, наиболее содержательная часть заключений должна ответить на конкретный вопрос клиники. Она пишется в виде отдельных положений, доказываемых или хотя бы иллюстрируемых экспериментальными данными, полученными с помощью разных методик. Таким образом, эту часть заключений нецелесообразно писать ни по отдельным методикам, ни по психическим процессам (мышление, память и т. д.).

Иногда возникает сомнение в необходимости конкретных иллюстраций, примеров или фактических экспериментальных данных в заключении. Необходимо, конечно, очень скупно подбирать всякие доказательства из большого количества экспериментальных данных, нужно научиться кратко их формулировать, но приводить их в заключении, на данном этапе необходимо.

В конце заключения резюмируются наиболее важные данные, полученные при исследовании. Эта концовка ни в коем случае не должна содержать

суждения о диагнозе, так как диагноз может быть лишь итогом общего клинического изучения больного, в то же время концовка, несомненно, содержит данные, имеющие диагностическое значение. Так, например, если на первый план в этом итоге заключения выступает разноплановость мышления и неадекватная эмоциональная реакция на исследование, такой итог более типичен для шизофрении. Если же на первый план в резюме выносятся ослабление памяти и внимания, утомляемость при правильности суждений и содержательности ассоциаций, то такой итог более типичен для органического заболевания, чем для шизофрении.

Приведем несколько примеров заключений. Эти заключения вовсе не должны рассматриваться как некоторые идеальные образцы; они приведены лишь затем, чтобы проиллюстрировать зависимость заключения от клинической задачи.

1. Больная Н. несколько раз госпитализировалась в психиатрические больницы разных городов, с разными диагнозами: шизофрения, психопатия, эпилепсия. Во время предыдущей госпитализации после консультации очень авторитетного психиатра ей поставили диагноз «эпилепсии», хотя припадков в стационаре никто не наблюдал. Поведение психопатоподобное, с признаками выраженной деградации (в прошлом педагог, в последние годы не работает, ведет легкомысленный образ жизни).

Была направлена на исследование с целью разграничения эпилептической деградации от шизофрении.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования.

Считает себя совершенно здоровой, работоспособной, охотно, даже азартно выполняет экспериментальные задания, потому что ей кажутся занятными подобные «задачи», но настоящего личностного отношения к факту проверки ее умственных способностей у больной не выявляется. Некритично, с удовольствием принимает похвалу экспериментатора, не замечая, что похвала не заслужена, так как в большинстве заданий больная обнаруживает несостоятельность. Не устанавливает зависимости между данным исследованием и оценкой ее здоровья в целом.

Инструкции к новым видам деятельности улавливает легко, работает довольно быстро. Может понять довольно сложные абстрактные логические связи, а иногда устанавливает их самостоятельно. Легко переключается, подхватывает помощь, подсказ, может исправить допущенную ошибку. Однако самостоятельные рассуждения больной отличаются непоследовательностью, обилием пропущенных звеньев, соскальзываниями, приводящими к разноплановости, растекаемости и нелепости суждений. Так, например, она не может выделить существенные признаки чтения. И рассуждает при этом так: «Читать можно и по картинкам... печатными бывают картинки и книги... напечатанного без глаз не прочтешь... слово мы не читаем, а слышим...». В конце концов, выделила слова «печать и картинка», объяснив это тем, что «слова не только

читают, но и слышат, а к печати картинка ближе...». Такого рода «кривая логика» встречалась в рассуждениях больной очень часто. Она отказалась признать делимое и делитель существенными признаками деления на том основании, что у этих слов общий корень, а так не может быть.

Множество побочных, идущих в разных направлениях ассоциаций, не только усложняют и загромождают ход рассуждений больной, но и вовсе отвлекают ее от заданной темы. Понимает переносный смысл пословицы, но, пытаясь записать объяснение пословицы, совершенно отходит от ее логического смысла. Не может даже запомнить конкретный рассказ: начинает писать его изложение и отходит от заданного содержания. Лучше запоминает отдельные слова (5, 7, 7, 7, 9, спустя час — 8), но хуже воспроизводит пиктограмму. Таким образом, на первый план при исследовании выступила эмоциональная неадекватность (эмоции живые, но хаотичные) и растекаемость, беспорядочность мышления (при живой сообразительности).

По совокупности клинических данных, но с учетом данных патопсихологического исследования этой больной был поставлен диагноз шизофрении.

2. Больной Е. учился, но не закончил вспомогательную школу. Во время стационарной психиатрической воинской экспертизы была диагностирована олигофрения в степени дебильности. Во время настоящего поступления поведение больного показалось врачу странным. Был направлен на исследование для разграничения олигофрении и шизофрении.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования.

В начале исследования больной сидит, отвернувшись; односложно, неохотно отвечает на вопросы. Говорит, что «память пропала, а старое вспоминать неохота». Постепенно втянулся в экспериментальную работу, стал более разговорчив, выполнил много заданий.

Предлагавшиеся больному тексты, картинки, слова он часто сам связывал с вопросами своей жизни и с пережитыми невзгодами.

При выполнении экспериментальных заданий выявилось, что больному доступно понимание довольно сложных для его образовательного уровня обобщений, он легко, без помощи выполняет классификацию, самостоятельно устанавливает группу измерительных приборов, одушевленных, неодушевленных предметов и т. д. Речь больного отличается богатым словарным запасом, выявляется также неожиданно большой запас представлений. Больной сообразителен (иногда это и не выявляется из-за медлительности, инертности и отсутствия направленности на задание).

В ряде экспериментальных заданий выявилась большая причудливость суждений и ассоциаций больного. Так, в опыте на опосредованное запоминание (по Леонтьеву) больной для запоминания слова «собрание» выбрал рисунок кровати, отвергнув лежащие рядом рисунки стола и стула,

«так как кровать большей вместительности». К слову «сосед» он выбрал рисунок с двумя ученическими перьями, объясняя это тем, что «хотя это неодушевленные, но их два рядышком». Для запоминания слова «праздник» больной выбрал кошку, для слова «пожар» — солнце.

Классифицируя предметы, больной наряду с правильно обобщенными группами пытался объединить карточки по признаку элементов движения, изображенных на рисунке. «Кузнец двигает молотком, а ребенок двигает зубами». Лисицу больной также отнес к этой группе, отделив от остальных животных, так как «в ее изображении также есть элемент движения». Исключая предметы, выделяет в одной из задач «барабан», «так как зонт, наган и фуражка являются средством защиты». Относительно рисунка лыжника сказал, что это «видимость движущегося одушевленного предмета в виде человека». Сравнивая понятия, больной говорит, что «дождь — это капля, снег — пушинка, если погреть, то когда масса сгущается, получается влага».

Объединяя в классификации посуду, называл ее «вместимости». Подобного рода причудливых выражений и своеобразных изменений слов у больного было много. Так, например, исключая предметы, больной говорит: «Конверт — это "письменное", а остальное — "все слуховое"». И далее: «Барабан осуществляет мелодию своим стуком». Правильно, исключая солнце, больной говорит: «Солнышко всходит ежедневно и находится на просторах независимо от масштабов его окружения, а остальное в помещении».

Таким образом, на первый план при исследовании больного выступили явления разноплановости, инертности мышления, причудливость ассоциации при хорошем уровне обобщений.

В данном случае доступность обобщений, сообразительность, богатый запас представлений — все это говорило против олигофрении, а наличие разноплановости и причудливости ассоциации свидетельствовали в пользу диагноза шизофрении.

Клинический диагноз больного по получении дополнительных объективных данных и после длительного наблюдения: шизофрения.

3. Следующий больной — студент. Не стационарировался, был направлен на амбулаторное исследование с целью разграничения шизофрении (простой формы), психопатии и неясного органического заболевания.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования.

Больной жалуется на апатию, трудность сосредоточить мысли, невозможность заниматься какой бы то ни было работой.

Задания выполняет послушно, подчеркнуто дисциплинирован, но к факту исследования его умственной работоспособности остается совершенно безучастным, ни о чем не спрашивает, неудачами не огорчается, похвале не рад.

Новый материал понимает и запоминает хорошо. Обращает на себя внимание несоответствие выхолощенных, псевдоабстрактных связей, устанавливаемых больным в пиктограмме, и непоследовательности конкретности суждений, выступающих в классификации. Так, например пиктограмма больного состоит главным образом из штрихов и черточек (развитие — извилистые линии, справедливость — параллельные, счастье — завитушка кверху, болезнь — такая же завитушка книзу и т. д.). В классификации больной наряду с обобщенными группами объединяет доктора и термометр, кузнеца и лопату, считает, что ботинки могли бы быть отнесены к средствам передвижения, так как в них ходят.

Больной работает вообще внимательно, но, допуская в процессе такой внимательной работы ошибки, не спешит их исправить, иногда даже оспаривает, не замечая их нелепости.

Таким образом, на первый план при исследовании выступили нарушения мышления больного (выхолощенность, непоследовательность) и эмоциональная безучастность.

Клинический диагноз после стационарирования: шизофрения.

4. Еще два примера заключений, направленных на разграничение сосудистой патологии и шизофрении.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования.

Больная говорит, что еще в детстве «стала тупицей и плаксой». Задания выполняет старательно, спокойно, во все время исследования остается однообразной, вежливой, но безучастной.

Обнаруживает хороший уровень умственного развития; больной доступно понимание абстракций и установление логических связей. Решила сложные аналогии, методика Сахарова—Выготского. Неплохо запоминала новый материал, читала, усваивала сложные инструкции. В то же время в работе, требовавшей самостоятельных рассуждений и обобщений, выявились элементы разноплановости мышления, соскальзывания, синкретические связи. Так, например, правильно в основном классифицируя предметы, установила также группу «красоты», сложив в нее бабочку, золотую рыбку и двух птиц. Сама предположила, что бабочка должна быть объединена с жуком «как насекомое», но передумала, так как жук может быть противный, вредный, и предпочла объединить его с грибом-мухомором, а бабочку — с «красотой».

В конце (при легкости абстрагирования) у больной группы назывались так «жизнь, природа и труд».

Таким образом, у больной выявились элементы разноплановости и причудливости суждений при достаточной сообразительности и хорошей памяти. Клинический диагноз при выписке: шизофрения.

5. При аналогичной клинической задаче (разграничение сосудистой патологии на почве ревматизма от шизофрении у больного с депрессией,

идеями отношения и падением трудоспособности) экспериментальные данные оказались иными.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования.

Больной жалуется на забывчивость, утомляемость. Просит выяснить и устранить причину снижения работоспособности.

Задания выполняет старательно, непрерывно проверяет свои действия и, если замечает ошибку, огорчается и тотчас исправляет ее. Следит за выражением лица экспериментатора, пытаясь ориентироваться в том, правильно или ошибочно выполняет задания. Новый материал понимает быстро, правильно, но запоминает хуже, из 10 слов воспроизвел 5, 7, 9, 8, 7, спустя час — 4 слова. Ассоциации больного (при составлении пиктограммы) в меру конкретны, содержательны, воспроизвел 11 из 15, остальные 4 приблизительно верны по содержанию, но неточны.

Суждения больного также просты, адекватны; при небольшой организующей помощи приходит к правильным обобщениям. Внимание неустойчивое; как в счетных заданиях, так и во многих мыслительных — много случайных, легко исправляемых ошибок. К концу исследования число таких ошибок нарастало.

При исследовании зрительно-моторной координации — толчкообразность движений.

Таким образом, на первый план при исследовании выступило ослабление внимания, памяти, утомляемость.

Клинический диагноз при выписке: ревматическое поражение центральной нервной системы.

6. Приводим пример заключения, составленного с целью разграничения сосудистого слабоумия с последствиями локального кровоизлияния, опухоли и атрофического заболевания мозга.

Больная жила одиноко, объективные сведения крайне скудны, в больницу поступает впервые. Образование 7 классов, работала счетоводом, давно на пенсии.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования.

Беседовать с больной чрезвычайно трудно. Она плохо понимает обращенную к ней речь, отвечает бессвязно. В то же время старательно выполняет предлагаемые ей задания в меру своего разумения. Работает довольно долго, не утомляясь и мало отвлекаясь. При явной несостоятельности (не может читать и писать) удивляется этому и пытается объяснить, что раньше она это хорошо делала.

На первый план выступили явления выраженной сенсорной афазии и апраксии и грубые расстройства памяти. Больная узнает предметы и пытается объяснить их назначение, но часто не может их назвать. Подсказ части слова или даже всего слова полностью не помогает больной. Так, например, показаны ботинки. Больная указывает на ноги, говорит: «Их

две». Экспериментатор подсказывает: «Боти...». Больная говорит: «Бойцы?» Показывают вишни. Больная говорит: «Из нее делают... там разные, похожие на эту, забыла все, пошла бы, купила ее и узнала бы...». Экспериментатор подсказывает: «Вишня». Больная говорит: «Вище?».

Больной подсказывают: «Лошадь» Больная повторяет: «Локоть».

«Ландыши» «Ламбыши»

«Слон» «Клон»

«Дом» «Гомка»

Больную спрашивают: «Какой цвет?». Больная переспрашивает: «Кепка?». Больную спрашивают про внучку, она повторяет: «Внутри». Ее утешают: «Пройдет это». Больная переспрашивает: «Праздник?». Просят написать ее фамилию: «Жукова». Больная повторяет «Укола?». Читая слово «погреб», больная каждый раз прочитывает его по-разному: «погреде, в пограду, поргабе, порбебе». Не может зашнуровать ботинок.

Больная совершенно не может писать не только под диктовку, но даже не может написать собственную фамилию. Не может списать слово, пишет лишь отдельные буквы. Беспомощна в повторении движений и поз рук. Больная ничего не помнит, не только прошлого, но даже того, что с ней только что произошло (заново поздоровалась с экспериментатором после эксперимента). Не усваивает самый короткий рассказ, фразу.

Таким образом, на первый план выступают явления амнезии, **сенсорной афазии и апраксии**.

Диагностического вывода в конце заключения нет, но сочетание грубых расстройств памяти, сенсорной афазии и апраксии без утомляемости может рассматриваться клиницистами как дополнительный довод в пользу диагноза болезни Альцгеймера.

Приведем примеры заключений, составленных при исследовании больных с заведомо ясным и бесспорным диагнозом. Задача в этих случаях заключалась в том, чтобы выявить, какие интеллектуальные возможности еще сохранились у этих больных и в чем сущность их дефекта.

7. Так, например, на исследование была направлена больная в исходном состоянии шизофрении, т. е. в состоянии глубокого дефекта, оставшегося неизменным на протяжении последних 10 лет. Больной 42 года, больна 25 лет.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования.

Больная по-детски радуется исследованию, как какому-то развлечению; рада тому, что пошла по двору, что с ней разговаривают, занимаются и т. д. Эмоциональные реакции на смысл исследования и на свои достижения и неудачи чрезвычайно поверхностны, ребячливы; радуется тому, что задача получилась правильной, что ее похвалили, совершенно не интересуясь общим выводом о состоянии ее умственных способностей и психического здоровья.

При выполнении предложенной работы мало утомляема, однообразна. В связи с предложенными ей вопросами или показанными пособиями

стереотипно, одними и теми же выражениями жалуется на то, что ее все «спихивают», на то, что ей не приносят конфеток и т. д.

Несмотря на детскость поведения, больная довольно многие экспериментальные задания в состоянии выполнить. Она классифицирует и обобщает предметы до 3 групп, устанавливает аналогии отношений между понятиями, сравнивает понятия, составляет пиктограмму, записывает изложение рассказа и т. д. При выполнении всех этих заданий обращает на себя внимание аспонтанность, расплывчатость, разноплановость суждений больной. Ей доступно понимание сложных обобщений и логических связей, но наряду с правильными рассуждениями она высказывает паралогичные, причудливые. Так, например, правильно выделив в классификации группы мебели, инструментов, измерительных приборов, животных и т. д. больная объединяет затем лопату с мебелью, так как эти вещи «наиболее нужные». Диван же отделила от мебели, соединив с велосипедом и чернильницей на том основании, что это «вещи», а остальной мебелью «чаще пользуются». В «простых аналогиях» больная отлично решала и объясняла большинство сложных задач, но с правильными решениями чередовались нелепые: «Железо кует кузнец, а дерево имеет кору», «Вода утоляет жажду, а пищу дает еда». После замечаний и возражений больная могла найти правильное решение, а затем снова с легкостью вернуться к прежнему нелепому или иному столь же абсурдному: никакого чувства обязанности следовать инструкции, никакого предпочтения истины у нее не было.

При составлении пиктограммы ассоциации больной были конкретными, но не связанными по содержанию, «пустыми». К слову «развитие» — вишни, так как «смотришь на вишни и развиваешься», к слову «теплый ветер» — платье, так как если бы было пальто, то это бы означало холодный ветер, к слову «справедливость» — портфель, так как справедливость — это человек к чему-то стремится, у него ясные мысли... К слову «разлука» больная рисует стул и объясняет это так: «я сижу за столом одна со своими мыслями», воспроизводит как «одиночество». К слову «сомнение» рисует забор и объясняет: «Сомнение — это значит незнание — человек валяется под забором — он без всяких знаний валяется — если б не было забора, то он бы знал, забор — препятствие».

Несмотря на такие выхолощенные, бессодержательные связи, больная некоторые слова вспомнила правильно. Без напряжения и вдумывания запоминала 10 слов, рассказ и т. д. Правильно употребила в свободной беседе пословицу, но при вопросе, что значит «не все то золото, что блестит», ответила: «Это кому что нравится — вот стоят на окне цветы — вам они нравятся...».

Таким образом, на первый план при исследовании выступила аспонтанность, расплывчатость, разноплановость мышления больной. Эмоциональные реакции больной неадекватны; при кажущейся безучастности и аспонтанности поведения больной они содержат также активную негативистичность; больная пуэрильна, но в ней нет детской

послушности, внушаемости. Она остается отгороженной, упорно бездеятельной; принятая ею позиция беспомощности фиксирована и неподвижна.

Аналогичные вопросы о структуре дефекта были поставлены клиникой при некоторых редких заболеваниях.

8. Так, например, больная П., которой был установлен диагноз «эритремия», обращала на себя внимание склонностью к шуткам, благодушными, иногда нелепыми высказываниями.

Была направлена для характеристики структуры дефекта, так как возникали сомнения, обусловлены ли нарушения психики эритремией или имеются дополнительные, может быть, локальные нарушения.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования.

Больная не может сформулировать свои жалобы, говорит лишь, что ей трудно, она больная, ей дурно.

В процессе исследования выявляются элементы осознания своей интеллектуальной неполноценности: больная отказывается от трудных для нее заданий, охотнее выполняет доступную ей простую работу. Замечает свою несостоятельность, огорчается; следовательно, хотя отдельные поверхностно-шутливые высказывания больной наводят на мысль о благодушии, в эксперименте обнаруживаются элементы критичности.

Признаков преимущественной локальной корковой патологии не выявилось. Обращенную к ней речь понимает, легко парирует, по крайней мере, простые реплики. В самостоятельной речи — легко выраженные амнестические западения. Больная читает, пишет, узнает рисунки, выполняет простые задания. Однако во всех этих действиях отчетливо выступает быстро нарастающая по мере утомляемости недифференцированность актов. Больше всего выступает недифференцированность зрительных восприятий. Рисунок ландыша она называет сиренью, сантиметр — термометром, вишни — яблоками, собаку — кошкой и т. д. В письме и чтении часто заменяет одни буквы другими. Вставляя вкладки Сегена, путает звездочку с крестиком, ромб — с длинным шестиугольником. Неловки, некоординированы движения больной.

При исследовании интеллектуальной деятельности на первый план выступают признаки выраженной инактивности и грубые расстройства памяти. Больная совершенно не может удержать в памяти ни слов, ни текста рассказа, ни простейших инструкций. Даже плохо узнает то, что видела раньше.

Очень показательной для характеристики интеллектуальной деятельности больной была проба с отыскиванием чисел. Поняв инструкцию, больная медленно, с трудом находила числа, но почти после каждого поиска забывала, что нужно делать дальше. Нуждалась в подталкивании: например, «Нашли 6, а затем что нужно делать?» Тогда больная сама начинала искать 7, но, найдя, опять забывала, что делать

далее и, если напоминаний не было, начинала просто «читать» числа какие попало.

Почти так же производилась больной любая работа: для каждого следующего акта нужен был толчок извне, после которого, спустя миг, деятельность больной угасала. При отсутствии коррекции со стороны экспериментатора начинала действовать бездумно или просто замолкала.

В заданиях, требовавших воспроизвести какой-нибудь материал, заменяла забытое вымыслом типа конфабуляций. Однако конфабуляции эти были крайне скудны, неразвернуты. В целом больная крайне непродуктивна. Лишь тогда, когда ей предлагают работу, доступную имбецилам (доска Сегена), она оживляется, начинает старательно, охотно, с достаточной целенаправленностью ее выполнять.

Таким образом, на первый план выступила слабость, истощаемость, инактивность интеллектуальных актов больной, недифференцированность всех анализаторов.

Мы привели лишь небольшое количество заключений для того, чтобы показать, сколь различны они могут быть по построению и как велика их зависимость от клинической ситуации.

Так разнообразно строятся заключения в итоге исследования больных в больнице.

Это так называемое общее исследование больных. Совсем иначе строится исследование и иначе составляется заключение при исследовании больных по какой-либо теме клиницистов. В этих случаях, как уже говорилось в главе о выборе программы исследования, должны быть подобраны однотипные экспериментальные методики, направленные на выяснение какого-либо запланированного исследованием вопроса. Задача как бы перемещается с анализа отдельного больного на анализ группы больных либо стадии заболевания, либо результатов лечения определенным препаратом и т. д. (анализ отдельного больного лишается особого значения, ибо для исследования избираются больные, бесспорные в диагностическом отношении). Исследование в таких случаях строится по «жесткой» программе.

Поэтому перед началом исследования всегда необходимо заранее отобрать минимальный набор экспериментальных методик и исследовать этими методиками всех тематических больных. Совершенно иначе строятся при этом и заключения по данным экспериментального исследования. При исследовании тематических больных заключения должны быть написаны обязательно по отдельным методикам; иными словами, кроме сохранения фактических протоколов и материалов исследования, должны быть написаны также краткие заключения, но написаны так, чтобы было видно, что в каждом отдельном случае получилось в итоге каждого отдельного эксперимента.

Это необходимо для того, чтобы в конце исследования можно было подвести итоги по каждой методике в отдельности.

