

УДК 616.89(075.8) ББК 88.4я73 3-433

Авторы книги:

Н. В. Зверева — введ., гл. I —3, 4.1.4, 5.1, 6.1, 7.1, заключение, словарь терминов; О. Ю. Казьмина — 5.2, 6.2, 7.2, словарь терминов;

Е. Г. Каримулина — 2.2.3, 3.3.3, гл. 4, 6.3, 7.3, заключение, словарь терминов

Рецензенты:

доктор психологических наук, заведующий кафедрой нейро- и патопсихологии факультета психологии МГУ им. М. В.Ломоносова, профессор А. Ш. Тхостов; доктор психологических наук, руководитель Лаборатории психологии детского и подросткового возраста Отдела социальных и судебно-психиатрических проблем несовершеннолетних ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава» Е. Г.Дозорцева

Зверева Н.В.

3-433 Патопсихология детского и юношеского возраста : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Н.В.Зверева,

О. Ю. Казьмина, Е. Г. Каримулина. — М.: Издательский центр «Академия», 2008. — 208 с.

18ВЫ 978-5-7695-4814-7

В пособии в сжатой интегрированной форме содержится информация по основным разделам патопсихологии детского и юношеского возраста, пред­ставлена логика развития данной отрасли, ее методический арсенал, обозна­чены направления практической работы по диагностике и сохранению психи­ческого здоровья в детском и юношеском возрасте.

Для студентов высших учебных заведений, обучающихся по психологиче­ским специальностям. Может быть полезно психологам-практикам, медикам и всем интересующимся проблемами психического здоровья детей и юно­шества.

УДК 616.89(075.8) ББК 88.4я73

Оригинал-макет данного издания является собственностью Издательского центра «Академия», и его воспроизведение любым способом без согласия правообладателя запрещается

© Зверева Н. В., Казьмина О. Ю., Каримулина Е.Г., 2008 © Образовательно-издательский центр «Академия», 2008 18В1Ч 978-5-7695-4814-7 © Оформление. Издательский центр «Академия», 2008

Предисловие

Патопсихология, в отечественной традиции связанная с именем Б. В. Зейгарник, является неотъемлемой частью современной кли­нической (медицинской) психологии. В патопсихологии выделя­ют направление, ориентированное преимущественно на психи­ческую и мозговую патологию взрослых (условно можно назвать общей, или клинической, патопсихологией), а также отдельную область, направленную на изучение возникновения и развития указанной патологии в детском возрасте, — патопсихологию дет­ского, подросткового и юношеского возраста. Эта часть патопси­хологии близка психологии аномального развития. Для специа­листов, работающих в патопсихологии и психологии аномально­го развития в XXI в., важно ориентироваться в истории и логике развития данных отраслей, в их основных практических задачах и сферах применения, а также в теоретических проблемах этих научных направлений, уметь пользоваться методическим инстру­ментарием диагностики и коррекции. Практическая работа по сохранению психического здоровья, диагностике и коррекции нарушений психики (в эмоциональной, когнитивной и поведен­ческой сферах) в детском и юношеском возрасте весьма серьезна. Не менее сложна деятельность по подготовке специалистов, спо­собных реализовать перечисленные задачи.

По образному выражению Б. В. Зейгарник, патопсихология является смежной областью знаний. Мультидисциплинарный под­ход реализуется при решении разнообразных вопросов, связанных с состоянием психического здоровья человека. Детская и юноше­ская патопсихология имеет теснейшие связи с медициной (детской и социальной психиатрией, неврологией, эпилептологией и др.); биологией (нейро- и психофизиологией, генетикой, психобио­логией развития и др.); педагогикой (дефектологией, коррекци­онной педагогикой, логопедией); психологией (возрастной и клинической, нейропсихологией детского возраста, психологи­ческой диагностикой, психотерапией и др.).

Читателям стали доступны зарубежные и отечественные издания, посвященные детской патопсихологии (работы В. В. Лебединского,

О.С. Никольской, И. Ю.Левченко, Н.Л. Белопольской, Х.Рем- шмидта и др.)[[1]](#footnote-1). Понимание термина «патопсихология» в отечест­венной (идущей от В. М. Бехтерева и Б. В. Зейгарник) и зарубежной (Э. Мэш, М. Перре и У. Бауманн, Г. Каплан и Б.Сэдок и др.) тради­циях сильно различаются. Психологическая терминология, опора на общие для нормального и отклоняющегося развития законы формирования психики, приоритет качественного анализа, ме­тодология отличают отечественный подход к патопсихологии и ее отраслям от западного. В западном подходе во многом не диффе­ренцируются патопсихология и психопатология: патопсихология рассматривается как научная область, близкая к психологии для медиков, а психопатология — как психиатрия для психологов.

В течение многих лет научное и практическое сообщество психиатров и психологов живет, ориентируясь на Международную классификацию болезней (МКБ) уже 10-й редакции. Однако, как справедливо считают отечественные психиатры (А.С.Тиганов, М.Я. Цуцульковская, И. А. Козлова и др.), МКБ требует адаптации к особенностям той или иной страны. Опираясь на эти взгляды, авторы пособия сочли возможным при анализе нарушений пси­хического здоровья у детей и юношества использовать разные (классические и современные) классификации заболеваний.

Настоящее пособие является вводным в патопсихологию дет­ского и юношеского возраста. Оно может дать представление о видах психического дизонтогенеза, психологической квалифика­ции нарушенного психического развития при различных видах психических расстройств и отклонений в детском и подростковом возрасте (в том числе и возрастно-специфической патологии). Пособие дает читателю представление о методах диагностики и коррекции детской патопсихологии, областях ее применения.

Главное внимание сосредоточено на темах, отраженных в со­держании книги. Прежде всего это краткая история отрасли, предмет и задачи патопсихологии детского и юношеского возраста, сферы ее теоретического и практического применения (глава 1).

Авторы книги имеют значительный многолетний и разнообраз­ный опыт научно-практической работы в научных, клинических и образовательных учреждениях. Знакомство с методами работы в патопсихологии детского и юношеского возраста, спецификой экспериментально-психологического подхода к анализу особенно­стей развития психики у детей с аномалиями развития, принципа­ми проведения диагностической и коррекционной работы и пси­хологической квалификацией расстройств составляют главу 2.

Основное содержание представлено психологическим анализом возрастной специфики развития (типы дизонтогенеза) и психи­ческих расстройств в детском и юношеском возрасте. Обозначены возможности психологического вклада в дифференциальную диа­гностику патологических состояний (главы 3 и 6). По-новому представлены материалы, касающиеся аффективной патологии в детском и юношеском возрасте (глава 5).

Отдельные главы посвящены пограничной патологии, включая школьную, и проблеме дезадаптации (глава 4). Оценка роли семьи в возникновении отклонений в психическом здоровье детей и юношества, а также направления психологической помощи паци­ентам и их семьям представлены в главе 7.

Важным для понимания содержания патопсихологии является точное определение понятий, поэтому в конце книги приводится словарь терминов. Истории пациентов и реальные жизненные примеры оживили книгу.

Авторы пособия благодарны пациентам и докторам, их лечив­шим, клинические материалы которых легли в основу пособия.

Авторы книги признательны и благодарны своим учителям — Блюме Вульфовне Зейгарник, Юрию Федоровичу Полякову — и выражают благодарности своим коллегам и близким за поддержку и советы.

**Глава** 1 Предмет и задачи патопсихологии детского и юношеского возраста

1. Исторические аспекты становления патопсихологии детского и юношеского возраста.

Современные тенденции развития науки

Данное направление науки развивается уже более века. Первые серьезные работы ученых по изучению психического нездоровья и умственной отсталости у детей и юношества приходятся на се­редину XIX — начало XX в. Ж.Э.Д. Эскироль — выдающийся французский психиатр, автор первого двухтомного труда об умст­венно-отсталых (1839), — проанализировал медицинские, медико­социальные и психологические аспекты проблемы. 3. Фрейд одним из первых исследователей обратил внимание на значение детства и разных его периодов для возникновения патологических пси­хических состояний. Французские психиатры Ж. Итар и Э.Сеген стояли у истоков обучения и изучения умственно отсталых детей психологическими методами. Имена А. Бине и Т. Симона прочно связаны с началом диагностики количественных отклонений «ненормальных детей». М. Монтессори явилась автором ориги­нальной психолого-педагогической системы работы с детьми-си- ротами и умственно отсталыми детьми [88, 93, 97].

Драматично судьба этой научной области сложилась в нашем Отечестве. Конец XIX — начало XX в. были отмечены взлетом интереса к проблеме «ненормальных детей». Значительную роль в разработке данной проблемы сыграли выдающиеся русские ученые — неврологи, психиатры, педагоги. В. М. Бехтерев был одним из первых, кто применил научный подход к изучению по­ведения и воспитания детей раннего возраста. Ему принадлежит разработка методов объективной оценки нервно-психического развития детей. Г. И. Россолимо создал шкалу для измерения уров­ня развития общих способностей, вошедшую в историю психо­логии и психодиагностики под названием «Психологические профили» [цит. по: 151. В. П. Кащенко много внимания уделял вопросам оценки, лечения «дефективных», или «исключитель­ных», детей, систематике накопленных знаний в этой области [69]. Незаслуженно забытый выдающийся отечественный медик, педа­гог, психолог Г.Я.Трошин был организатором общественно-педа- i огического и медико-педагогического движения России в защи­ту аномального детства. Он придерживался эволюционной теории и понимании психического недоразвития, разработал свою си­стему оценки его проявлений, критически относился к количест­венному подходу в оценке развития ребенка [15, 115]. Немалый вклад в развитие системы психолого-педагогического сопровож­дения (если выражаться современными терминами) трудных и аномальных детей внесли К. Г.Ушинский, A.C. Макаренко.

Начальный советский период становления патопсихологии дет­ского возраста связан с идеями Л. С. Выготского о принципиальном сходстве развития нормального и аномального ребенка, его разработ­кой культурно-исторической концепции и открываемых новых воз­можностей исследования психики больного и здорового ребенка.

Одновременно развивалась детская психиатрия, накапливался клинический материал по разным вариантам описания и диагно­стики отклоняющегося и болезненного развития (работы Т. П. Сим- сон, М. М. Модель, Г. Е. Сухаревой, С.С.Мнухина и др.).

Активно разрабатываемая в 1930-е гг. педология (общая наука

о ребенке) внесла свой вклад в диагностику и воспитание ано­мальных детей. Известное постановление ЦК ВКП(б) «О педо­логических извращениях в системе Наркомпроса» от 4 июля 1936 г. но многом закрыло пути развития этого направления.

В послевоенные годы интерес к психологии аномального ребен­ка возродился, появилось много экспериментальных работ, возобно­вилось практическое применение полученных материалов в диа­гностике детей с аномальным развитием, прежде всего в области дефектологии, неврологии и психиатрии. Патопсихология, развива­емая Б. В.Зейгарник, охватывает и период детства. Активно работают н смежных областях психологии и педагогики А. Р. Лурия, М. С. Певз­нер, Т. А. Власова, В. И.Лубовский, К. С. Лебединская и другие.

Последние 30 лет ведутся активные исследования в данной области. Детская патопсихология входит в психологию аномаль­ного развития, которая в отечественной традиции рассматрива­ется как неотъемлемая часть клинической (медицинской) пси­хологии. В этой области проводятся научные экспериментально­психологические исследования умственной отсталости [131], одержанного психического развития [ 14, 87,93], детской шизофре­нии [124, 125, 147, 163]. Интенсивно ведутся экспериментально- мсихологические исследования по психологической квалификации различных вариантов юношеской шизофрении и шизоаффектив- ныхпсихозов(В.А.Литвак,Т. К. Мелешко, В.П.Критская, Н.С. Курек, Д. Н.Хломов, О. Ю. Казьмина) [62, 166]. Психологами и психиат­рами изучается ранний детский аутизм в его многообразных фор­мах (В. М. Башина, В. В.Лебединский, О.С.Никольская, Н.В.Си- машкова и др.). В психологии и психиатрии разрабатываются новые психологические диагностические средства для оценки ано­

мального развития (например, обучающий эксперимент А. Я. Ива­новой, ПДО А. Е.Личко) [92]. Отечественные психологи адапти­руют западные методики оценки нарушения интеллектуального и социально-личностного развития (А. Ю. Панасюк, Э. М. Алек­сандровская, Л.Ф. Бурлачук и др.).

В. В.Лебединский обобщает представления о нарушениях психического развития и создает свою классификацию типов дизонтогенеза [88]. В стране создается система психологической диагностики и коррекции, специальной психолого-педагогической поддержки детей и подростков с проблемным развитием. Над этим работают в Москве Г. В. Бурменская, Н.Я. и М. М.Семаго, в Санкт-Петербурге И. И.Мамайчук, И. М. Никольская и еще многие специалисты. Проблемами аутичных детей в Москве за­нимаются О. С. Никольская, Е. Р. Бае не кая, М. К. Бардышевская,

Н.Г. Манелис, Т. Г. Горячева и другие. Разрабатываются средства психологической коррекции и поддержки страдающих шизофре­нией в юношеском возрасте (В. Д. Вид, Б.З.Драпкин, Д.Н.Хломов,

О. Ю. Казьмина, Ю. А. Слоневский и др.). Активно развивается оте­чественная система психолого-педагогической (В. И.Лубовский, И. А. Коробейников и др.), психолого-психиатрической экспертизы детей и подростков (В. В. Гульдан, Ф.С.Сафуанов, М. В. Морозова, Е. Г.Дозорцева) [102]. Появляются новые области пограничного знания в психологии, существенные для психологии аномального развития, — психология телесности и перинатальная психоло­гия (представлены работами А. Ш.Тхостова, М. В. Колосковой, Л.Л. Баз, И. В.Добрякова, Л.А. Васиной и др.).

В последнее время появилось новое направление в клинической психологии и патопсихологии — работа с аддикциями (в детском и юношеском возрасте). А. Ю. Егоров выделяет следующие виды аддикций: химические (алкоголизм, наркомании, токсикомании); нехимические (гэмблинг, интернет-зависимость и т.д.); пищевые (переедание, голодание) [46].

История развития данной отрасли психологии показывает ее междисциплинарный характер. Патопсихология детского и юноше­ского возраста в настоящее время является одной из общепрофессио­нальных дисциплин при подготовке специалистов клинических психологов.

1. Место детской патопсихологии в ряду психологических, медицинских, педагогических наук

Детская патопсихология представляет собой междисциплинар­ную область знаний, существенно связанную с такими науками, как психология, медицина, биология, педагогика и их отраслями.

Создание концепции детской патопсихологии — представлений о закономерностях нарушенного развития — не может базировать­ся только на биологических факторах. Биопсихосоциальная модель здоровья и болезни, принятая в современной науке, сочетает био­логические факторы со значимыми факторами другого ряда — развития (отдельных высших психических функций (ВПФ), эмо­ций, особенностей личности) и среды (влияние семьи, социаль­ного окружения, особенностей обучения и т.д.) [56, 66, 73, 80, 88, 107, 112, 119].

Взаимодействие психологии с психиатрией, по мнению Ю. Ф. По­лякова, определяется тем, что для изучения сущности психических болезней, раскрытия природы психопатологических феноменов одного клинического психопатологического метода недостаточно. Патология мозга не разрушает психическую деятельность в целом, нарушаются лишь определенные ее факторы, изменяются те или иные звенья (компоненты), входящие в структуру психических процессов. В зависимости от характера этих факторов и их роли в структуре психической деятельности оказывается измененным определенный круг психических процессов, что сказывается на «объеме» психопатологического синдрома. Экспериментальные патопсихологические исследования выявляют закономерности измененного протекания психической деятельности и конкретных процессов в зависимости от роли, которую играют в их структуре звенья, нарушенные при данной патологии мозга [ 122]. Традици­онный для отечественной патопсихологии индивидуализирован­ный экспериментальный подход с преобладанием качественного анализа успешно реализуется при решении дифференциально­диагностических и коррекционных задач у детей, подростков и юношей, страдающих шизофренией [55, 63]. Использование ма­тематических методов обработки подкрепляет сотрудничество специалистов, более всего эти методы используются в «доказа­тельной» медицине и психологии.

Изложенное Ю. Ф. Поляковым мнение относительно взаи­модействия психологии и психиатрии в полной мере относится и к патопсихологии детского и юношеского возраста. В последние годы на первый план в оказании практической помощи больным и научных исследованиях выступает слаженная совместная дея­тельность специалистов разного профиля, т.е. мультидисциплинар- ный подход. Над разрешением клинико-психологических проблем аномального развития детей и подростков работают авторские коллективы, включающие в свой состав психиатров, неврологов, психологов, дефектологов, педагогов, логопедов, нейрофизио­логов, генетиков и т.д. Только совместная работа специалистов может стать успешной. Так считают Г. И. Каплан и Б.Дж.Сэдок,

Н.М.Иовчук, А.А.Северный, Н.Б.Морозова, А.Ш.Тхостов и другие [59, 64, 148].

Связь патопсихологии с новыми направлениями — социальной и коррекционной педагогикой, семейной психологией и медици­ной и т.д. — прямо соотносится с базисными принципами взаи­модействия психиатров с другими специалистами при решении проблем психического здоровья.

Е. В. Макушкин выделяет ряд следующих базисных принци­пов совместной работы для реализации психо­профилактического и лечебного подходов к психическому здоровью детей и юношества.

Семейная центрированность — реализация психопрофилак­тического подхода в организации помощи семье и детям с про­блемами развития и поведения с опорой на практический опыт социальной работы в области семейной психологии и семейной терапии через кабинет клинического психолога в педиатрической поликлинике.

Мультидисциплинарность — междисциплинарное взаимодейст­вие специалистов, основанное на согласовании общих усилий различных специалистов — педиатра, детского психиатра, меди­цинского и школьного психологов, социального педагога и соци­ального работника — при проведении профилактической и ре­абилитационной работы в семьях, образовательных учреждениях и в сфере досуга детей.

Дифференцированность — индивидуализация социально-ме- дицинского подхода по отношению к детям с особыми потребно­стями с учетом проблем развития ребенка или его поведения, возрастных особенностей, личностных свойств, типа семейных отношений, степени выраженности дезадаптации и др. [ 1011.

Сотрудничество детских психиатров и психологов в течение многих лет осуществляется в Научном центре психического здо­ровья (НЦПЗ РАМН). Взаимодействие психиатров и психологов — неотъемлемая часть современной клиники. Этот опыт представ­ляет интерес для характеристики взаимодействия смежных дис­циплин и определения места патопсихологии в их ряду.

На основании многолетнего сотрудничества выделены несколь­ко типов продуктивного взаимодействия врачей и психологов:

1. специализированное научное исследование какого-либо определенного психического процесса (памяти, мышления, вос­приятия и т.д.) у аномальных детей;
2. диагностическое патопсихологическое обследование детей, больных шизофренией с определенным набором расстройств (синдром и коморбидные расстройства и др.);
3. динамическое (в том числе катамнестическое) клинико-пси- хологическое наблюдение детей, впервые заболевших или имею­щих определенный тип и тяжесть течения заболевания;
4. совместный анализ индивидуальных сложных случаев (в виде консилиумов) (Н. В.Зверева, И.А. Козлова).

Результаты мультидисциплинарных исследований позволяют выработать общий подход к объяснению психопатологических феноменов, служащих проявлением измененного протекания психических процессов. Исторически исходным уровнем изучения психического нездоровья был клинический, психопатологический уровень. С ним иерархически связаны психологический, физио­логический, биохимический и генетический уровни.

Психопатологические данные играют двоякую роль: служат классификации больных для других уровней исследования, одно­временно содержательно ориентируя проведение лабораторных исследований, способствуя формулировке рабочих гипотез при построении экспериментов, в частности патопсихологических.

Нарушение анатомической структуры, химизма мозга, измене­ние синаптических связей и т.д. влияет на осуществление базиру­ющихся на них физиологических процессов, что приводит к из­менению протекания прижизненно сформированных на их осно­ве психических процессов.

Выстраивается определенная связь смежных дисциплин: экс- периментально-психологическое раскрытие закономерностей на­рушенного развития (протекания) основных, адекватно выбран­ных психических процессов при той или иной болезни (синдроме), объясняя происхождение клинических феноменов, давая возмож­ность построения нейрофизиологических исследований, отвеча­ющих на вопрос, почему именно так нарушается протекание психических процессов 1122].

Существует не менее тесная связь патопсихологии детского и юношеского возраста с педагогикой, поскольку решаются общие задачи психолого-педагогической поддержки детей с отклонени­ями в развитии. В рамках педагогики наработано много специ­альных методов исследования и средств обучения детей с аномаль­ной психикой. Большой вклад внесли Т. А. Власова, М.С. Певзнер, С.Я. Рубинштейн, В. И.Лубовский и другие [31, 93, 131 и др.].

1. Предмет и содержание, основные понятия патопсихологии детского возраста

«Ум человека, у которого в детские годы не сформировалось должным образом непосредственное восприятие окружающего и наглядно-образное мышление, может получить впоследствии од­ностороннее развитие, приобрести чрезмерно отвлеченный, ото­рванный от конкретной действительности характер». Высказы­вание выдающегося отечественного детского психолога А. В. За­порожца в наглядной форме описывает нормальное и аномальное развитие человека.

Детская патопсихология представляет собой часть клинической психологии и изучает:

* основные закономерности нарушенного психического раз­вития детей;
* особенности возрастно-специфических видов отклонений развития;
* психологические характеристики отдельных форм психиче­ских расстройств в детском возрасте;
* методы работы и области применения патопсихологической диагностики и коррекции в детском и подростковом возрасте.

Находясь на пересечении психологии, педагогики и психиат­рии, детская патопсихология соединяет в себе научный подход к закономерностям нарушенного развития (или развития в изме­ненных воздействием различных вредностей условиях) и практи­ческую направленность на оказание диагностической, коррекци­онной и других видов психолого-педагогической помощи детям с отклонениями в развитии.

В книге «Детская патопсихология» Э.Мэша и Д. Вольфа по­дробно описаны история, мифы и представления, связанные с изучением аномальных детей. По мнению авторов, большую опас­ность представляет существенная доля ненаучных представлений

о болезни, ее причинах, исходе и, особенно, методах диагностики и лечения. Эти ненаучные представления часто тормозят развитие науки, мешают своевременному оказанию помощи аномальным детям. Научный подход в этой области, к сожалению, часто заме­няется житейскими или обывательскими представлениями [107].

Патопсихолог должен учитывать многообразные особенности развития ребенка, оказывающие негативное влияние на формиро­вание его личности или сочетающиеся с другими отклонениями.

С.Я. Рубинштейн в знаменитой книге «Психология умственно отсталого школьника» дает свое видение предмета детской пато­психологии — это оценка нарушенных и сохранных звеньев пси­хики умственно отсталого ребенка для разработки медико-психо- лого-педагогических мероприятий [131].

Ю.Ф. Поляков, рассматривая теоретические проблемы и прак­тические задачи патопсихологического исследования больных шизофренией, выделяет генетический аспект, связанный с проис­хождением аномальных особенностей познавательной деятельно­сти, формированием этих аномалий в онтогенезе [165].

В. В. Лебединский, обсуждая предмет и основные задачи пато­психологии детского возраста, обращает внимание на то, что специфическую задачу составляет определение качественного характера нарушения психического развития ребенка [88].

Н. Л. Белопольская пишет о том, что «предметом детской пато­психологии является изучение любых возможных нарушений психического развития детей» [14].

Обобщая изложенное и опираясь на понятие предмета пато­психологии, разработанное Б. В. Зейгарник, можно дать следующее ее определение. Предметом изучения патопсихологии детского и подросткового возраста являются особенности развития, функцио­нирования и распада высших психических функций и свойств личности (иными словами — закономерности измененного фор­мирования психической деятельности и поведения), возникающие у детей, имеющих отклоняющееся или дефицитарное развитие психики вследствие душевного заболевания, патологии мозга или особых условий воспитания, развития и созревания.

Учитывать многообразные особенности развития ребенка, оказывающие негативное влияние на формирование его психи­ки и личности или сочетающиеся с другими отклонениями — условие профессиональной деятельности специалиста, работаю­щего с аномальными детьми.

Все авторы отмечают одну существенную особенность проте­кания любой болезни в детском возрасте — продолжающееся развитие (физическое и психическое) несмотря на имеющиеся отклонения. Обращается внимание на пластичность детского мозга, высокие возможности адаптации.

Введем основные понятия, без которых невозможна патопси­хология детского подросткового и юношеского возраста.

Аномальное развитие — развитие, отклоняющееся от нормы. Само понятие нормы, по мнению Э. Мэша, Д.Вольфа, Г. И. Капла­на, Б.Дж.Сэдока, М.Перре, У. Бауманна, В. В.Лучкова, В.В.Ро- китянского и других, является во многом условным, конвенцио­нальным. Под аномальными понимают все виды отклоняющегося развития — патологически обусловленные, болезненные, дизон- гогенетические (это все варианты аномального развития как бы со знаком «минус»). Детьми с аномальным развитием считаются и дети одаренные, вундеркинды (это варианты аномального раз­вития как бы со знаком «плюс») |64, 95, 107, 119].

Таким образом, понятие «аномальное развитие» может рас­сматриваться в широком и узком смысле. В широком смысле — это всякое отклоняющееся от нормативного (по психологическим и социокультурным нормам) развитие ребенка, в том числе с ретар­дацией (запаздыванием и приостановкой психического развития) и акселерацией. В таком случае аномальным может считаться развитие двух категорий детей:

1. с опережающим интеллектуальным, моторным, эмоциональ­ным и социальным развитием;
2. с задержкой развития указанных свойств или с разнообраз­ными сочетаниями нарушений развития.

В узком смысле аномальное развитие — это болезненное по происхождению, ведущее к дезадаптации отклонение. Узкое по­нимание аномального развития относится только ко второй кате­гории детей, в которую входят дети с генетической, перинатальной, неврологической, психической патологией, умственной отстало­стью разных форм, нарушениями адаптации и т.д.

Наряду с базисным понятием «аномальное развитие» сущест­венным является целый комплекс понятий. К ним относятся: возраст и периодизация психического развития, стадии психиче­ского развития ребенка, критические возрастные периоды, разви­тие в норме и патологии, гетерохрония и асинхрония психического развития, типология «вредностей», возрастные симптомы, уровень поражения (тип дефекта). Некоторые из упомянутых терминов являются устоявшимися и не требуют специального объяснения [56, 114].

Возраст в психологии определяет временные характеристики индивидуального развития. Различают хронологический (паспорт­ный), биологический и психологический возраст. Психологиче­ский возраст имеет стабильные (согласованность компонентов социальной ситуации развития, наличие ведущей деятельности) и критические (преобразование социальной ситуации развития с формированием новообразований) периоды. Кризис психическо­го развития связан с динамикой преобразования социальной ситуации развития. В современной отечественной психологии принята следующая периодизация психического раз­вития, разработанная Д. Б. Элькониным и дополненная другими исследователями:

младенческий возраст — от 0 до 1 года (интимно-личное об­щение)';

ранний — от 1 до 3 лет (предметно-манипулятивная); дошкольный — от 4 до 7 лет (игровая); младший школьный — от 7 до 10 лет (учебная); подростковый, или пубертатный, — от 11 до 15 лет (интимно­личностное общение со сверстниками);

юношеский — от 15 до 18 лет (учебно-профессиональная) [79, 156, 167].

Нормально протекающее по естественным законам развитие ребенка происходит неравномерно на протяжении всех периодов детства.

Гетерохрония является базисной характеристикой развития в целом, проявляется в неравномерности становления различных психических функций в связи с неравномерностью физического развития, становления нервной системы, социально-средовых условий и т.д. Например, для того чтобы ребенок начал ходить, сначала необходимо иметь определенную массу и длину тела, степень развития мышц и костей скелета, уровень нервной регу­ляции движений. Более того, есть определенная последователь­ность, в которой, при нормативном развитии, ребенок овладева­ет движениями: сначала ребенок научается сидеть и ползать, а потом ходить.

Существует определенная последовательность проявления психических функций, временная последовательность их различ­ных фаз. Связи между ВПФ или сферами психической деятель­ности тоже претерпевают изменения. Неравномерность, связанная со сроками созревания мозговых структур, степенью освоения социального опыта, является необходимым условием психическо­го онтогенеза; об этом говорили многие ученые: Л.С. Выготский, Д. Б.Эльконин, В. В.Лебединский, А. Валлон [23, 35, 88, 167].

В норме развитие психических функций протекает гетерохрон- но, что обусловлено прежде всего разным временем созревания мозговых структур, обеспечивающих нормальное становление функции непосредственно и во взаимосвязи с другими функция­ми. Различные заболевания и другие виды вредностей (неврологиче­ская, соматическая и психическая патология, дефекты органов чувств, патология семейной ситуации и условий воспитания) из­меняют, искажают процесс формирования психики ребенка. Влия­ние этих факторов и приводит к асинхронному, аномальному развитию.

Асинхрония развития — одно из базовых понятий для оцен­ки психического развития аномального ребенка. Впервые использо­вано Е.Кречмером для анализа патологического развития с точки зрения гармоничности развития отдельных функций. В. В. Лебедин­ский определяет асинхронию развития как диспропорцию разви­тия межфункциональных связей. Несоответствие естественной гетерохронии, последовательности смены приоритетов (ведущих функций) и видов связей между функциями при патологическом развитии приводит к тому, что на одном возрастном этапе имеется смешение психологических образований, наблюдаемых в норме в различные возрастные периоды [89]. Например, для шизотипиче- ского диатеза характерно диссоциированное, относительно неза­висимое асинхронное развитие моторики и интеллекта: часто дети начинают самостоятельно ходить и пользоваться речью одновре­менно, или даже овладение речью происходит раньше нормативных сроков, что отмечают многие психиатры (М. М. Вроно, В. М. Башина, Г. В. Козловская, И. А. Козлова и др.) [12, 34, 75, 76|.

Дисгармоничное, диссоциированное развитие разных сторон отдельных психических процессов мышления и восприятия (опе­рационной и предметно-содержательной) у детей, больных шизо­френией, было показано в работах Т. К. Мелешко, С. М. Алейни­ковой, Н. В. Захаровой [101, 125|.

В своих работах В.В.Лебединский выделяет несколько ситуа­ций, при которых возникает асинхрония разви­тия.

Гипертрофия явления временной независимости — изоляция функций (как поврежденных, так и сохранных, если для их даль­нейшего развития и осуществления требуется координация со стороны нарушенной функции). Например, стереотипность дви­жений у детей с тяжелыми формами умственной отсталости свя­зана не только с дефектностью моторного аппарата, но и с грубым нарушением мотивационной сферы.

Нарушения формирования жестких связей — одновременно сохраняется и старый и новый способ реагирования, не происходит замены жестких связей на иерархические, и при осуществлении функции процесс приобретает неустойчивый характер (инертность при некоторых формах олигофрении имеет как раз такое происхож­дение — нарушено переключение с одного звена на другое, причем возможно несоответствие инертности отдельных звеньев).

Нарушения иерархических связей — координация сложных межфункциональных связей нарушается как на смысловом, так и на техническом уровне.

Учитывая такие измененные ситуации развития, В. В. Лебедин­ский выделяет основные типы асинхронии: ретардацию (незавершенность отдельных периодов развития, сохранение более ранних форм), характерную для олигофрении и задержек психи­ческого развития, и патологическую акселерацию (чрезвычайно раннее изолированное развитие какой-либо функции в сочетании с грубым отставанием в развитии другой) — присущую раннему детскому аутизму.

Возникновение патологических симптомов развития связано с реакцией на тот или иной вид «вредности». «Вредность» — это исторически закрепившееся в научно-практической литературе, посвященной проблемам аномального развития, определение для всякого рода патологических воздействий разной интенсивности и происхождения. Типология «вредности» психического развития включает в себя биологические, наследственные, социальные, эмоциональные, семейные и другие ее виды. Если воздействие вредности происходит в момент сензитивной стадии развития функции — могут возникнуть неспецифичные для определенного заболевания расстройства (например, рано начавшаяся злокачест­венная шизофрения приводит к умственной отсталости вследствие общей реакции мозга на вредность, хотя сама по себе шизофрения прямо не приводит к умственной недостаточности).

Каждый возраст имеет свой стереотип реагирования на вред­ность. Чем меньше ребенок, тем большее место в картине заболе­вания занимают возрастные особенности симптомов. Например, такие возрастные симптомы, как расстройства сна, пищеваре­ния, — наиболее характерны для младенчества и раннего возраста (хотя могут встречаться и в другие возрастные периоды); страх — для дошкольного возраста; эмоционально-личностная нестабиль­ность — для возрастных кризов от 3 лет; «негативизм» — для подростков и т.д. |9, 11, 34, 57]. Различные симптомы болезни могут быть специфичны для возраста, в котором началось забо­левание. Если они специфичны для более раннего возраста — про­исходит регресс или нечто подобное. Если болезненные симптомы характерны для старшего возрастного периода — наблюдается своеобразное искажение-опережение.

Специфичность нарушений снижается по мере отхода (удале­ния) наблюдаемых симптомов от первичного дефекта. Выделяют тотальный и парциальный дефект. Чем сложнее строение функ­ции, чем она более опосредована межцентральными взаимодейст­виями, тем больше различных факторов может привести к воз­никновению патологической симптоматики более общего поряд­ка. В. В. Лебединский обращает особое внимание на роль времени возникновения симптомов дизонтогенеза. Он пишет, что время повреждения нервной системы серьезно влияет на характер фор­мирующейся аномалии развития. Более раннее поражение влечет за собой наиболее вероятное недоразвитие. Временной фактор оказывается значимым и с позиции длительности периода раз­вития функции в онтогенезе: функциональные системы с отно­сительно коротким временным циклом развития чаще подверга­ются повреждению [88, 89].

1. Практические задачи детской патопсихологии

Выделение практических задач патопсихологии детского воз­раста большинством отечественных авторов базируется на пред­ставлениях о практических задачах патопсихологии, сформули­рованных Б. В.Зейгарник [14, 56, 90, 115]. Основные практические задачи, с которыми психолог сталкивается в ежедневной работе, следующие.

1. Проведение дифференциальной диагностики.
2. Оценка соответствия уровня развития ребенка при каком- либо отклонении нормативным показателям данного возраста.
3. Оценка возможности обучения детей с аномальным разви­тием, участие в разработке специализированных программ и форм обучения для аномальных детей.
4. Профессиональная ориентация и социальная поддержка детей, страдающих отклонениями в развитии психики.
5. Работа с семьей, в которой живет ребенок.
6. Участие в экспертизах.
7. Психотерапевтическая и психокоррекционая работа.

Безусловно, как в клинической психологии, так и в патопси­хологии детского и юношеского возраста, одной из первых практических задач является задача дифференциальной диагностики. Она подразумевает участие в постановке клиниче­ского нозологического диагноза, который проводит врач. Поста­новка психологического диагноза дает ответ на вопрос о том, какой онтогенез наблюдается у пациента (нормальный онтогенез или какой-либо вид дизонтогенеза), какова структура нарушений. Разновидностью дифференциальной диагностики является отде­ление патологически протекающих возрастных кризов и начала (обострения) заболевания или оценка возрастных кризов с точки зрения продромов заболевания. Собственно нозологический диа­гноз ставит врач-психиатр, но данные патопсихологического об­следования принимаются во внимание [14, 133, 144|.

Вторая практическая з ад а ч а тесно связана со зна­нием возрастной психологии — оценка соответствия уровня психического, интеллектуального, эмоционального, личност­ного, социального и других видов развития ребенка норматив­ным для данного возраста показателям в случае отклоняюще­гося развития или заболевания [ 131, 1331.

Третья практическая задача — оценка возможности обучения детей с аномальным развитием. На долю психологов выпадает участие в разработке специализированных программ и форм обучения для аномальных детей. Особенность этого вида деятельности связана с тем, что нужно не только обеспечить раз­витие сохранных психических функций, навыков и т.д., но и преодолеть недостатки, найти обходные пути для максимально полноценного развития в условиях уже имеющегося стойкого де­фекта. Наиболее разработанными являются программы обучения, адресованные детям с интеллектуальной недостаточностью. В по­следние годы появилось много работ по формированию специа­лизированных коррекционных программ для детей с РДА (ранним детским аутизмом), ДЦП (детским церебральным параличом), генетическими нарушениями, эпилепсией, апробируется система интегрированного обучения детей как здоровых, так и с различ­ными отклонениями в развитии 138, 57, 81, 90, 112, 131, 146, 147].

Четвертая практическая задача, также очень важ­ная, — это профессиональная ориентация и социальная поддерж­ка людей, страдающих отклонениями в развитии психики. Почему стоят рядом профессиональная ориентация и социальная поддержка? Деги, имеющие проблемное развитие, чаще всего та­кими же остаются и при взрослении, иногда эти проблемы могут с возрастом уходить на второй план. Проблема профессиональной ориентации подростков (юношей) с аномальным развитием оста­ется, и без помощи психологов, социальных работников и т.д. такую ориентацию провести достаточно сложно [61, 62, 112, 128].

Пятая практическая з ад ач а —работа с семьей, кото­рая для ребенка имеет особое значение. При решении этой зада­чи на первый план выступают: нормализация родительски-детских отношений, работа по просвещению и психологической поддерж­ке родителей, возможно, помощь в организации родительских сообществ и т.д. Эта область практической деятельности составля­ет достаточно широкий и разнообразный пласт работы патопси­хологов с детьми, подростками и юношеством. В этой области ра­ботали такие ученые, как: Л.Л. Баз, А. Я. Варга, Л. М. Вильдавская, Е.Л. Винокурова, С. В. Воликова, А. И.Захаров, О.С. Никольская, И. М. Никольская, Л. С. Печникова, Э. Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис 124, 29, 30, 52, 110, 111, 121, 165].

Шестая практическая задача — участие психологов в экспертной деятельности, которая включает в себя работу в судебных, образовательных и военных экспертных комиссиях. На первом месте — образовательная экспертиза (медико-психолого- педагогическая комиссия, в которой работают клинические психо­логи). Особое место занимает судебная экспертиза (по уголовным и гражданским делам), имеющая отношение к детству, подростни- честву и юношеству. Разрабатываются новые пути в диагностике и экспертизе при работе с призывным контингентом [93, 1031.

Седьмая практическая задача — осуществление пси­хотерапевтической и психокоррекционной работы. Возможность преодолеть дефект, скомпенсировать его, улучшить адаптацию в целом позволяет повысить качество жизни детей, подростков и юношества, имеющих отклонение в развитии. Для работы с дан­ным контингентом испытуемых выработаны различные техники и методические приемы. Значительную роль психотерапевтические техники играют при работе с группой пограничного психического здоровья, или группы высокого риска развития заболевания [52]. Внимания заслуживают классические работы по психоанализу

1. Фрейда [151], а также сравнительно новые направления для работы с детьми и молодыми людьми, страдающими психически­ми расстройствами, современные психотерапевтические школы и семейной терапии Б.З.Драпкина, Д. Н.Хломова, О. Ю. Казьми­ной, Ю. С. Шевченко, В. П.Добриденя, А. Б.Холмогоровой, С. В. Бе­ликовой, И. В.Добрякова и других [44, 45, 62, 152, 153, 161].
2. Теоретические проблемы патопсихологии детского и юношеского возраста

Патопсихология детского и юношеского возраста дает широкую возможность для теоретических разработок проблем смежных с ней «материнских дисциплин» — психологии и психиатрии. Ма­териал патологии всегда служил доказательным примером точно­сти теоретических построений как психологов, так и психиатров. Можно привести примеры из мировой науки, ссылаясь на теорию психоанализа, в возникновении которой существенную роль сыг­рали наблюдения и реконструкции отклоняющегося детского развития [ 151 ]. Пример из отечественной психологии: классические работы Л.С. Выготского по педологии трудного детства способ­ствовали рождению культурно-исторической теории [35]. «Фено­мен Зейгарник» получил свое очередное подтверждение в иссле­довании больных с нервной анорексией, проведенном М. А. Каревой и Б. В. Зейгарник [67]. Разнообразие типов нарушенного психиче­ского развития в зависимости от биологических, психологических или социальных факторов и их сочетаний подтверждает верность биопсихосоциальной модели болезни и других теоретических представлений общей и возрастной психологии. Изучение психо­генных заболеваний в детском и юношеском возрасте дает воз­можность уточнить роль психологических факторов в генезе за­болеваний [52, 107].

Круг теоретических проблем, к разрешению которых имеет прямое отношение патопсихология детского и юношеского возраста, достаточно обширный. Остановимся на следующих.

1. Проблема соотношения развития и распада психики.
2. Проблема первичного и вторичного (третичного и т.д.) де­фекта.
3. Роль биологических и социальных факторов в развитии пси­хики.
4. Проблема психологических факторов и триггеров в психо­патологии детского возраста.
5. Психологическая квалификация психического дизонтогене- за (виды, движущие силы, возможность коррекции).

Проблема соотношения развития и распада психики находит свое отражение в том, что развитие ребенка продолжается, не­смотря на патологию, на наличие болезни, особые условия жизни. Каким образом происходит измененное патологическими усло­виями развитие и как проявляются элементы распада, если это вызывается заболеванием? На практическом уровне нелегко про­вести точную дифференциальную диагностику нарушения разви­тия и проявления дефекта заболевания. Теоретическое обобщение полученных клинико-психологических наблюдений вносит свой вклад в решение этой проблемы.

Проблема соотношения первичного, вторичного и третичного дефекта тесно связана с обозначенной выше проблемой. Соглас­но представлениями Л.С.Выготского, в аномальном развитии всегда имеется два ряда симптомов: первичные — нарушения, непосредственно следующие из биологического характера болез­ни, и вторичные — нарушения, возникающие опосредованно, надстраиваясь над первичными [35].

Первичный дефект связан либо с поражением материального субстрата нервной системы — мозга, либо с поражением (полным или частичным) определенной анализаторной системы. В ходе индивидуального развития этот первичный дефект «обрастает» вторичными, третичными и т.д. проявлениями нарушенного раз­вития. Оценка уровней поражения, нарушения внутри- и межфунк- циональных связей — это тоже одна из серьезных теоретических проблем, которые решает психология аномального развития.

Один из вариантов научного решения вопроса о первичных и вторичных нарушениях представлен в работах В. В. Лебединского. Продолжающееся в детском возрасте развитие делает особенно актуальной проблему соотношения уровней поражения — пер­вичного, вторичного и других дефектов при отклоняющемся развитии. Вторичные и все последующие типы дефекта — всегда менее специфичны (например, если глухота, слепота — это пер­вичные расстройства, то задержки эмоционального и интеллек­туального развития — вторичные, а личностные расстройства в данном случае — третичные расстройства) [11, 88, 89].

Особое значение в патопсихологии детства и юношества име­ет обшепсихологическая проблема роли биологических и соци­альных факторов в развитии. В работе отечественного психиатра

В. В. Ковалева анализируется проблема взаимоотношения биоло­гического и социального в психиатрии — смежной с патопсихоло­гией области знаний. Он считает, что в психологии и психиатрии проблема соотношения биологического и социального у человека сводится к соотношению природно-психического и социально­психического.

Рассматривая различные варианты соотношения биологиче­ских и социальных причин в этиологии различных видов откло­няющегося развития (от олигофрении до шизофрении и эпилеп­сии), он показывает сложное переплетение и взаимовлияние со­циального и биологического [33, 73].

Формы наследственной патологии дают возможность изучать вклад биологических факторов в нарушение онтогенеза. С другой стороны, изучение влияния социальных факторов возможно на модели госпитализма и неогоспитализма, всевозможных вариантов депривации, которые могут вести к самостоятельным проявлениям отклоняющегося развития или быть дополнительными к основно­му заболеванию [86].

Р. А.Туревская, определяя пути помощи аномальным детям, гакже отмечает, что среди социальных факторов, негативно влия­ющих на развитие (как первично, так и вторично), следует особо выделить депривацию (социальную и сенсорную). Больной ре­бенок из-за физического дефекта может испытывать сенсорную депривацию, быть ограничен в возможности полноценно взаимо­действовать со своими здоровыми сверстникам, иметь трудности овладения социальными ролями, необходимыми для успешной адаптации [147].

Психологические факторы и запускающие механизмы (тригге­ры) в психопатологии детского возраста отражают причины, вы­зывающие заболевание, или поводы для его обострения. Общепри­нято, что невротические расстройства возникают в ответ на стресс, конфликт, психотравму. Разрабатывается типология реагирования болезнью, либо отклоняющимся, особым развитием и функцио­нированием (диатезом) на различные жизненные невзгоды [52, 73, 156[. В ряде исследований оценивается роль семьи и ближай­шего окружения в возникновении, развитии и исходе психической патологии в различные возрастные периоды (перинатальный, дет­ский и юношеский) [29, 44, 78].

Спектр теоретических проблем дополняет задача разработки психологической квалификация психического дизонтогенеза. Эта проблема тесно связана со всеми остальными. Вопросами систе­матики, описания видов дизонтогенетического развития, его дви­жущих сил, типологией нарушений занимались в разное время Г. Е.Сухарева, С. С. Мнухин, В. В. Ковалев, О. П. Юрьева, В. В. Лебе­динский, Г. В. Козловская, Н. В. Римашевская и другие [11, 73, 76, 88, 105].

**Глава** 2

Методы психологии аномального развития

1. Исторический обзор диагностических методов

В патопсихологии детского и юношеского возраста применяют те же методы, что и в клинической психологии, адаптируя их под возрастную, нозологическую и иную специфику. К основным методам следует отнести следующие.

1. Наблюдение — как за естественной деятельностью испытуе­мого (в быту, в условиях госпитализации), так и в период психо­логического обследования, психотерапевтической сессии.
2. Экспериментальное исследование высших психических функ­ций (психических процессов) и личности с использованием на­учно-разработанных методик или их модификаций (эксперимен­тальные исследовательские методики).
3. Тестирование с помощью готовых диагностических тестов, специализированных для возрастных категорий и типов отклоня­ющегося развития.
4. Анализ графической продукции (рисунки на произвольную или заданную тему, проективные рисунки).
5. Проективные методы исследования.
6. Анализ истории жизни (по данным истории болезни и другим материалам).
7. Анализ медицинской документации и результатов паракли­нических и дополнительных медицинских обследований.
8. Клиническая беседа.
9. Психокоррекционные технологии.
10. Психотерапевтические техники.
11. Метод возрастных срезов и лонгитюда (динамического на­блюдения за развитием одних и тех же испытуемых).
12. Метод анализа клинических случаев.

В реальной деятельности патопсихолога или специалиста по аномальному развитию решаются практические задачи диагно­стики нарушений психической деятельности, их психологической квалификации и определения структуры дефекта, соотношения нарушенных и сохранных звеньев психики, обосновываются ре­комендации по учебной деятельности, общению, родительско- детским отношениям и т.д. Для решения поставленной задачи подбирается конкретный набор диагностических средств в соот­ветствии с индивидуальными особенностями испытуемого. При­меняемые в практической деятельности патопсихологов методы и техники имеют свою историю происхождения.

Гуманное отношение к умственно отсталым и душевнобольным людям, сформировавшееся в Европе к середине XIX в., потребо­вало новых стандартов ухода за детьми с отклонениями в психике и их воспитания. Возникла потребность в разработке единых критериев для выявления, оценки и квалификации нарушений психики и особых вариантов развития в детстве. По обе стороны океана открывались общественные и государственные заведения по уходу за умственно отсталыми детьми и взрослыми. Отбор пациентов требовал проведения дифференциальной диагности­ки (например, душевной болезни и умственной отсталости). Ж.Э.Д.Эскироль, например, предлагал дифференцировать раз­личные степени отставания умственного развития через анализ умения человека пользоваться речью (языком).

В пособиях по психодиагностике подробно описана история развития тестирования. Для патопсихологии важно, что методы экспериментальной психологии по оценке интеллекта и личности внедрялись в клиниках и соответствующих интернатных учрежде­ниях сразу по мере их возникновения в недрах психологии и смеж­ных наук [19, 97, 132].

Знаменитый немецкий психиатр Э.Крепелин (1895), которого прежде всего интересовало клиническое обследование пациентов с психическими расстройствами, создал серию тестов для изме­рения памяти, внимания и подверженности утомлению, используя простые арифметические операции, одна из этих методик — «Счет по Крепелину» — входит в арсенал патопсихологов и в настоящее время.

Его соотечественник Г.Эббингауз (1897) предложил тесты на арифметический счет, сохранение заученного материала в памяти, на завершение предложений. Им было получено соответствие уровня выполнения методики и уровня развития (учебных дости­жений) детей. Последняя методика также осталась в патопсихоло­гии под именем своего создателя (методика Эббингауза). Данные методические средства требовали от пользователей не только количественной оценки, но и качественного анализа связи вы­явленных особенностей психики и нарушений, проявлений бо­лезни [132].

Появление методик, дающих возможность количественно оце­нить общий показатель интеллектуального развития и тем самым решить вопрос объективной квалификации состояний умственной отсталости, было для своего времени весьма прогрессивным ша­гом, перевернувшим представления о возможностях тестирования. Предложенная А. Бине и Т. Симоном в 1905 г. шкала определения интеллектуального уровня была статистически проработана и основывалась на представлении о независимости интеллектуаль­ного развития от обучения.

Дальнейшее совершенствование метода выразилось в создании Шкалы интеллекта Стэнфорд—Бине, в которую был введен по­казатель коэффициента интеллекта 1С? (отношение между умст­венным возрастом и хронологическим), а также новый критерий оценки тестирования — статистическая норма.

Своего «апогея» данное направление достигло с созданием батареи тестов, разработанных для измерения интеллекта амери­канским психологом Д. Векслером. Тест Д. Векслера (\V1SC) до настоящего времени широко используется в разнообразных диа­гностических, научно-исследовательских и статистических целях [6]. Особенно востребован данный тест при верификации степеней умственной отсталости (генетически, биологически обусловлен­ной или приобретенной вследствие заболевания).

В отечественной психологии своего рода аналогом интеллекту­альной шкалы Бине —Симона явился «Психологический профиль» Г. И. Россолимо. При создании методики Г. И. Россолимо опирал­ся на систему теоретических представлений о структуре личности и интеллекта. Не менее интересны и исследования Ф. Е. Рыбакова, разработавшего тест для определения уровня развития пространст­венного воображения «Фигуры Рыбакова». Свои оригинальные методики качественного и количественного анализа нарушений психики предлагали В. М. Бехтерев, Г.Я.Трошин, Н.И.Озерецкий 160, 93]. Отечественная традиция тестирования была прервана в середине 1930-х гг. после разгрома педологии по политическим мотивам.

Еще один прорыв в мировом развитии диагностических средств возник с появлением графических (рисуночных) тестов и разно­образных проективных тестов [6]. Материалы проективных тестов лают неоценимые данные для работы патопсихолога несмотря на то, что механизм проекции, положенный в основу метода, не всегда «работает» при разных формах психической патологии 156, 132].

До настоящего времени сохранилось несколько направлений и психологической диагностике нормального и аномального раз- нития — применение психометрических тестов, с преобладанием количественного анализа и идеографических методов, основанных на уникальном материале и требующих качественного анализа. Промежуточное положение занимают методики, разработанные на основе научных экспериментально-психологических исследо­ваний, направленных на изучение генеза определенных психиче­ских процессов или их составляющих.

1. Современные методы исследования

Данный раздел пособия посвящен преимущественно отечест­венным методам работы в патопсихологии детского и юношеско­го возраста.

1. Принципы диагностической работы патопсихолога

В основе практической работы патопсихолога лежит ряд прин­ципов. Этические аспекты работы в этой профессии во многом совпадают с этическими (деонтологическими) требованиями, существующими в психиатрии, и этическими аспектами психоло- го-педагогической диагностики в образовании. В психиатрии это следующие основные принципы: оказание помощи, ненанесение вреда, учет проявлений заболевания (некритичности, неадекват­ности и т.д.) в работе с пациентом, осуществление семейного подхода и др. [33].

В психологии образования проблема психологической диагно­стики освещена в этическом аспекте Е. Г. Юдиной. Она указывает на значение обоснованности проведения диагностики и профес­сионализма специалиста, необходимость соблюдения правила кон­фиденциальности полученных результатов исследования [33].

Патопсихолог в своей работе, безусловно, опирается на обо­значенные выше принципы, а также на рекомендации, которые содержатся в работах классиков — Б. В. Зейгарник, С.Я. Рубинштейн, Ю.Ф. Полякова, В. В. Лебединского и других.

Можно сформулировать следующие принципы работы патопсихолога (применительно к детской и юношеской вы­боркам).

* Наличие задачи исследования (клиническая ее часть форму­лируется врачом).
* Обязательное ведение протокола обследования и написание заключения по его материалам.
* Использование индивидуального подхода к испытуемым в соответствии с возрастными, образовательными, социально-пси­хологическими и иными особенностями, а также с учетом клини­ческой картины и состояния пациента.
* Использование диагностических методик в их «узкой» (спе­циализированной к определенному психическому процессу или его составляющим) и «широкой» направленности (оценка про­дуктивности, темпа деятельности, эмоционального реагирова­ния и т.д.).
* Перекрестное использование дополняющих методик, с тем чтобы вывод о нарушении базировался на более объективных данных.
* Адаптация процедуры исследования и подачи инструкции к возрастным особенностям испытуемых.
* Осмотр детей амбулаторно в присутствии родителей или с их согласия; в клинике соблюдение этого правила не обязательно.
* Установление доверительного контакта (если возможно) с испытуемым и учет его отношения к проводимому обследова­нию.
* Сочетание качественных и количественных методов оценки отклонений в психическом состоянии с преимущественной опо­рой на качественный клинико-психологический анализ.
* Учет индивидуальности самого психолога-диагноста (экспе­риментатора).
* Сопоставление полученных и нормативных данных о разви­тии тестируемой психологической функции.
* Работа в команде с другими специалистами в рамках мульти- дисциплинарного подхода к лечению и курированию пациентов с нарушениями психического здоровья и адаптации.

Кроме перечисленных можно изложить еще ряд требований к осуществлению полноценной профессиональной деятельности

11ПТОПСИХОЛОГОВ.

1. Патопсихологическая диагностика в клинике

В последнее годы значительное внимание уделяется коррекци­онным технологиям работы, практикам воспитания и обучения, психотерапевтического воздействия при курировании детей и подростков с аномальным развитием. Необходимо использовать Ьогатый диагностический опыт, накопленный отечественной и мировой наукой именно в области психологической клинической диагностики. Как правило, при проведении диагностического обследования в клинике используются уже известные методики (как готовые тесты, так и исследовательские методики и приемы, наработанные в науке).

Проведение психологического обследования в клинике направ- пено на решение задач постановки нозологического диагноза (до­полнительная информация для врачей, проводящих нозологиче­скую диагностику); уточнения состояния пациента (вопросы ди­намики состояния в связи с пребыванием его в стационаре, видами оказываемой терапии); постановка психологического диагноза. Кроме того, обследование всегда направлено на поиск сохранных

1. груктур психики и оказание реабилитационной помощи, поэтому итогом обследования могут быть также рекомендации к обучению, рекомендации родителям и т.д.

Для решения возникающих в клинике задач может быть ис- иользован прием «моделирования» известных методик (под спе­

цифику задач обследования). Материалы обследования анализи­руются в полном объеме, проводится оценка выполнения методик по их «широкой» и «узкой» направленности, данные сопоставля­ются с результатами наблюдения и анамнестическими сведениями. Полноценная работа требует, чтобы патопсихолог владел большим арсеналом диагностических средств, дополняющих и взаимозаме- няющих друг друга (не менее 20 — 30 методик). Методики должны быть компактными, иметь негромоздкий стимульный материал, чтобы их можно было мобильно использовать в клинических усло­виях.

В некоторых случаях рекомендуется проводить обследование «порциями», в зависимости от состояния пациента, а также для решения задач динамического наблюдения. Проведению обсле­дования должна предшествовать работа с документами: направ­ление на консультацию, запрос со стороны родителей и т.д.; школьная характеристика (если есть); заключения специалистов (психолог, логопед, невропатолог и т.д.); выписка из истории болезни. В заключительной оценке наряду с указанными материа­лами используются результаты обследования, материалы беседы с родителями, и материалы клинической беседы.

В детской патопсихологии не существует единой готовой схемы обследования на все случаи. Каждый практикующий специалист использует свой набор основных диагностических средств, приспо­сабливая его (расширяя или сужая) под задачи практической ра­боты. В рамках клинико-психологического обследования могут бить использованы как патопсихологические, так и нейропсихо- логические методики и приемы. Можно ориентироваться на за­данные в работах классиков ориентиры, дополнив их новыми разработками ученых. В некоторых случаях (умственная отста­лость, задержанное развитие, диагностика при экспертизе обучае­мости и других видах экспертиз и т.д.) требуется количественная оценка состояния психики пациентов. Для этого подходят класси­ческие тесты по определению 10 (тест Векслера, тест Кауфманов, матрицы Равена). Большинство этих методик описаны в современ­ной литературе [6, 15, 56, 59, 92, 93, 116, 132, 133, 145, 152, 156].

Ниже дан примерный список методик, которые используются для обследования ребенка при проведении диагностической ра­боты в детском отделении НЦПЗ РАМН.

* «Десять слов» (на слух и зрительно, есть несколько равных по сложности списков).
* Парные ассоциации.
* Метод пиктограмм (количество стимулов не менее 11 и не более 18, в случае грубого затруднения — возможно неполное ис­пользование методики; использовать лист формата А4 и простой карандаш).
* Таблицы Шульте (не менее двух таблиц).
* Шифровка (субтесты из текста Векслера для детей и подрост­ков).
* РАТ (Рисуночный апперцептивный тест).
* Тест Розенцвейга (детский, подростковый и взрослый вари­анты).
* Самооценка Дембо—Рубинштейн (различные модифика­ции).
* Незаконченные предложения (различные модификации).
* Графические пробы (рисунок себя, семьи, несуществующего животного и др.).
* Психолого-образовательный тест (английская аббревиату­ра — РЕР).
* Малая классификация предметная, пересечение классов, включение подкласса в класс, конструирование объектов, страте­гия решения задачи, сравнение понятий, направленные вербаль­ные ассоциации, методики на тактильную и стереогностическую память, совместную деятельность, распознавание жестов, фигуры Л и пера, идентификация формы и другие методики, разработанные или модифицированные в лаборатории патопсихологии Инсти­тута психиатрии АМН СССР, ныне — НЦПЗ РАМН).
* Другие (из числа готовых тестов и исследовательских мето­дик).
* Нейропсихологическая диагностика (при необходимости).

Приведем пример использования комплексной пато­психологической динамической диагностики.

История болезни (лечащий врач — зав. отделени­ем Т. К. Елисеева). Кириллу Г. 11 лет, он ученик VI класса массовой школы. С ним проводится надомно-урочное обуче­ние. Место жительства: Москва. Давность заболевания — 8 лет.

Диагноз: шизотипическое расстройство, псевдопси- хопатическая форма (F21.4).

Анамнез. Мальчик из неполной семьи (отец уже 5 лет состоит в другом браке, сыном не интересуется), един­ственный сын у матери. Наследственность: со слов мате­ри, у родственников психических заболеваний не наблю­далось. Ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом. Физиологические роды были своевременными. Закричал сразу. Масса при рождении — 3 800 г, рост 55 см. Оценка по Апгар — 8/9 баллов.

Находился на грудном вскармливании до 9 мес., хорошо сосал грудь матери и прибавлял в массе. Однако был беспо­койным, плохо спал.

Раннее психомоторное развитие своевременное (ходит с 1 года, говорит фразами с 2 лет). До 4 лет воспитывался

дома. Рос неловким, неуклюжим; мог подолгу играть один машинками, кубиками, пересыпать песок.

В 4 года был отдан в детский сад. Находясь в детском саду, без матери, плакал, был расторможенным, дрался с детьми, в результате прекратил посещение детского сада.

На 6-м году жизни возобновил посещение детского сада. Мальчик по-прежнему не мог мирно общаться с детьми, дрался, ссорился.

В школу пошел с 7 лет, к обучению был подготовлен, с программой справлялся, учиться ему нравилось, но с од­ноклассниками не дружил, дрался.

В 8 лет (II класс) получил сотрясение мозга. Впослед­ствии стал жаловаться на головокружения, не переносил духоту, жару, его «укачивало» в транспорте.

С 9 лет (III класс) у мальчика снизился интерес к учебе, он стал хуже учиться, самостоятельно домашние задания делать не мог. Нарастало двигательное беспокойство. Обост­рилась конфликтность. На уроках он отвлекался, разгова­ривал вслух, вертелся, мешал классу и учительнице. В этом же возрасте жаловался на боли в животе. Его обследовали в стационаре, педиатр поставил диагнозы: эрозивный гас­трит, дисметаболическая нефропатия, нейрогенный моче­вой пузырь, дискинезия желчевыводящих путей. Несмот­ря на конфликтность, был робким, неуверенным в себе, не мог поддерживать разговор, легко смущался. Иногда как будто не понимал речь, переспрашивал, отвечал не­впопад. Чтения книг избегал, интересовался только дет­скими журналами «про роботов», увлекался компьютер­ными играми, игровыми автоматами.

В 10 лет (IV класс) стал «неуправляемым», отказывался посещать школу, делать домашние задания. Скандалил дома, грубил, нецензурно выражался, мог ударить челове­ка, потом раскаивался, просил прощения. В школе тоже нарастали агрессивность, возбудимость, мальчик не усваи­вал учебный материал. Для верификации состояния и подбора лечения был направлен в НЦПЗ РАМН и стацио- нирован.

Первое патопсихологическое обследова­ние. Проводилось в два приема.

Мальчик формально согласился на обследование. В кон­такт со взрослыми вступает без особых проблем, не смуща­ется присутствия других людей на занятии. Самостоятельно жалуется на трудности общения с детьми, недостаточно хо­рошую память. На проблемы в учебе мальчик не жалуется.

Мотив экспертизы не формируется. Понимание инструк­ций доступно мальчику с большим трудом, требуется до­полнительное пояснение, организующая помощь со сторо­ны экспериментатора, но этого бывает недостаточно для успешной работы. Темп работы неровный, продуктивность средняя. При указании на ошибку ребенок исправить ее может, если уровень задания соответствует его развитию. Обучение новым формам деятельности резко затруднено, страдает произвольная регуляция деятельности, практиче­ски отсутствует символическая функция.

Объем непосредственного слухового запоминания па­циента невысок, заучивание не успешно (456665, отсроче­но 1, при повторном исследовании — 45667, отсрочено 4), удержание низкое. Введение сильных смысловых связей не увеличивает объема запоминания (4 и 2 соответствен­но), более отдаленные связи разрушают мнестическую деятельность. Опосредование доступно мальчику с большим трудом и только в отношении простых понятий, затрудне­ния вызывают даже простые словосочетания (теплый вечер и др.). Рисунки стереотипные, не соответствуют возрасту, размер пиктограмм не изменен. Собственно запоминание в такой ситуации не улучшается (всего 1 слово примерно по смыслу «больной» вместо «болезнь» из 6).

Элементарные обобщающие понятия у пациента сфор­мированы, спонтанно он ими пользуется недостаточно, легко соскальзывает на конкретные и другие побочные ассоциации. Введение организующей помощи со стороны экспериментатора не улучшает качества выполнения за­даний пациентом, классификация доступна ему лишь на первом этапе, включение подкласса в класс недоступно. Больного трудно обучить чему-нибудь новому, у него не сформирована стратегия в решении задач. Развитие пер­цептивных действий существенно ниже возрастных пока­зателей, есть проблема соотнесения части и целого. При необходимости предметно-содержательного анализа сти­мулов продуктивность снижена, ответы мальчика не со­ответствуют возрасту, характерны для младшего возраста. Понимание переносного смысла рассказов затруднено, мальчик может осуществлять лишь простой пересказ и описание серий сюжетных картин только по вопросам психолога.

При выполнении задания на поиск чисел ребенок ис­пытывает небольшие трудности концентрации внимания и переключения, время выполнения задания не сущест­венно выше возрастных показателей.

Распознавание эмоционально-выразительных движений (поз и жестов) отличается своеобразием, иногда связанным с гностическими и речевыми проблемами, встречаются

верные, эмоционально-насыщенные интерпретации, име­ются трудности в осмыслении символических жестов. Са­мооценка ребенка при выполнении заданий (в конкретной деятельности) неадекватно завышена.

Таким образом, на первый план у пациента выступают задержка познавательного развития со своеобразной дис­социацией, резкое снижение произвольной памяти, нару­шение произвольной регуляции, недоразвитие (или рас­пад?) основных мыслительных операций, выраженные трудности обучения новым формам деятельности, моти­вационные нарушения.

Резюме нейропсихологического обследо­вания. Полученные данные свидетельствуют о патологии срединных структур мозга, приводящей не только к дефи­циту нейродинамического обеспечения психической дея­тельности и к нарушениям памяти, но и к нарушениям межполушарного взаимодействия. Состояние двигательной сферы указывает на дисфункцию подкорковых образова­ний (больше справа?). Следует также отметить синдром нарушений произвольной регуляции деятельности, свиде­тельствующий о дисфункции передних отделов мозга.

Диагноз (поставленный доктором мед. наук И. А. Коз­ловой). Ш изотопическое псевдопсихопатическое расстрой­ство (Вялотекущая шизофрения с ранним началом, пси­хопатоподобная). Шифр Ё 21.4.

Мальчик впоследствии неоднократно попадал в клини­ку НЦПЗ РАМН.

Резюме по материалам динамического клинико-психологического обследования

В 13 лет: на фоне положительной возрастной динамики, улучшения нейродинамических характеристик деятельно­сти и частичной компенсации имевшихся ранее дефектов произвольного внимания, памяти и программирования, по-прежнему остаются нарушения всех видов праксиса и дефицитарность пространственных представлений, нару­шены межполушарные взаимодействия, что позволяет предположить функциональную дефицитарность диэнце- фально-стволовых структур.

В 16 лет: на первый план выступают особенности по­знавательной деятельности, характерные для проявления дефекта при шизофрении (диссоциация и дефицитар­ность), недостаточная социализация, эмоционально-лич­ностные особенности, инфантилизм. По сравнению с со­стоянием в 13 лет положительной возрастной динамики не наблюдается. Проявления резидуально-органических рас­стройств менее выражены, чем в прежних обследованиях.

Рекомендуется продолжать обучение на фоне поддержи­вающей терапии, проводить наблюдение в динамике.

Данный пример наглядно демонстрирует преимущества мно­гостороннего динамического обследования, которое позволяет оценить не только типичные для нозологии, но и индивидуальные особенности психической деятельности, позволяет дать более качественные рекомендации по обучению и профориентации.

1. Клинико-психологическая диагностика

школьной дезадаптации и пограничных расстройств

Для решения задач, связанных со школьной дезадаптацией, используются общепринятые методы качественной диагностики нарушений психической деятельности, разработанные Б.В.Зей- гарник. Инструкции и стимульный материал методик хорошо изложены в руководстве С.Я. Рубинштейн [132].

В последние годы в дополнение к патопсихологическому об­следованию и в качестве самостоятельного направления исполь- (уются нейропсихологические методы (особенно важен, как подчеркивалось, комплексный подход в диагностике школьной дезадаптации).

Ниже приводится примерное содержание программы клинико- психологического обследования учащихся (практическая норма и »проблемные» дети), основанное на опыте работы одного из ав­торов в школе.

1. Анализ данных школьных медицинских карт (цель: оценка состояния здоровья испытуемых) с обязательным учетом заклю­чений невропатолога, логопеда, педиатра об особенностях состоя­нии здоровья и развития. При отсутствии надлежащих данных следует обратить внимание на перенесенные тяжелые и хрониче­ские заболевания, травмы и др. Для дополнения информации рекомендуется проводить дополнительные беседы с классными руководителями и родителями, изучение учебных достижений (по кмрадям, контрольным работам).
2. Клиническая беседа (цель: выявление круга интересов, ве­дущих мотивов, особенностей переживаний, значимых отноше­ний, направленности поведения).
3. Методика «Десять слов» (цель: оценка состояния кратковре­менной и долговременной памяти, утомляемости и активности внимания). Испытуемым предлагалось на слух запомнить 10 слов, пнем их устно воспроизвести. Фиксируются: количество слов, воспроизведенных после каждого из пяти прочтений и отсрочено (через час); трудности удержания порядка; особенности ошибок при воспроизведении (по звуковому типу, амнестические западе- ния, повторы слов при воспроизведении), счет слов при запоми­нании, отвлекаемость, невнимательность во время выполнения задания, реакция на дополнительную мотивацию (поощрение, подбадривание, похвала).
4. Методика «Простые аналогии» (цель: исследование умения устанавливать логические связи и отношения между понятиями, устойчиво сохранять заданный способ рассуждений при решении длинного ряда разнообразных задач). Учащимся необходимо на основании заданного соотношения понятий выбрать из предло­женных вариантов соответствующее по основанию соотношение. Отмечается количество верно и неверно выполненных заданий, их качественные характеристики, импульсивность при решении задач, трудности вхождения в работу, отвлекаемость, невнима­тельность во время выполнения методики.
5. Методика «Классификация предметов» (цель: исследование процессов обобщения и абстрагирования, анализ последователь­ности умозаключений, критичности, особенностей памяти, объема и устойчивости внимания). Работа осуществляется в три этапа:
6. этап — начало деятельности по объединению предложенных кар­точек с изображениями различных предметов в группы; II этап — выделение всех возможных групп из предложенных карточек; III этап — объединение получившихся групп в более общие и аб­страктные. Фиксируются: трудности вхождения в работу на I этапе выполнения задания, количество верно и неверно выделенных групп на II и III этапах работы, наличие одноименных групп на
7. и III этапах работы, использование несущественных и конкрет- но-ситуационных признаков для выделения групп, наличие само­стоятельной коррекции и коррекции после дополнительных во­просов психолога.
8. Методика «таблицы Шульте» (цель: определение объема внимания и особенностей работоспособности). Испытуемым необходимо на время по порядку отыскивать и считать вслух чис­ла от 1 до 25, хаотически расположенные в таблице. Отмечаются время работы с каждой из 5 таблиц, остановки более 5 с при по­иске чисел, двигательное беспокойство во время выполнения за­дания, отвлекаемость.
9. Методика «Самооценка» (цель: исследование особенностей самооценки, которое проводится в два этапа: I этап — оценка собственных личностных качеств испытуемых по заданным шка­лам, II этап — учащегося просят на тех же шкалах отметить, как его воспринимают одноклассники).
10. Изучение уровня притязаний на материале методики «Куби- | ки Кооса». В данном контексте методика не используется для \ диагностики пространственных представлений, а применяется для выявления особенностей уровня притязаний и личностных реак­ций на успех/неуспех в ситуации, когда от ребенка не требуется актуализации недостаточно усвоенных учебных знаний, умений и навыков.

В зависимости от установленных причин дезадаптации ребен­ка подбирается методический инструментарий для изучения глу- Оинных механизмов, лежащих в основе дезадаптации. Например, н случае нарушения контактов с детьми в классе и/или с родите- ними и т.д. хорошо зарекомендовали себя проективные методики (рисунки, методика Рене—Жиля, тест Розенцвейга, CAT и др.). I Сниженная обучаемость как основная проблема требует исполь- ювания методов оценки когнитивной сферы, и в этом случае особое значение приобретают нейропсихологические методики |К2, 133].

Приведем пример подобного комплексного обследова­ния психологом Кати В., 10 лет, ученицы III класса. Мама обратилась к психологу в связи с тем, что у дочери нет друзей в классе, появился страх перед учителем, девочка не хочет идти в школу.

Анамнез. Отмечена легкая асфиксия в родах. Девоч­ка развивалась без существенной патологии, на учете у психоневролога и невропатолога не состояла.

Посещала детский сад, адаптировалась легко, проблем в общении с детьми не имела. Однако при подготовке к гимназии в возрасте 6 лет девочка испытывала трудности, но рекомендации педагогов для дальнейшего обучения не получила. В общеобразовательную школу она пошла охот­но, трудности в учебе нарастали постепенно, к III классу обозначились проблемы в школьной жизни девочки, сре­ди которых мама выделяла трудности общения как основ­ные.

Обследование. Выявлено снижение темпа деятель­ности по сравнению с возрастной нормой, трудности вклю­чения в работу во всех типах заданий. Все когнитивные показатели на нижней границе нормы, развитие уровня обобщения, произвольной регуляции деятельности недо­статочны. Эмоционально адекватна, синтонна, на момент обследования настроение снижено, переживает неудачи в школе.

Оценка результатов обследования. У де­вочки школьная дезадаптация, обусловленная нерезко выраженной задержкой формирования ВПФ сложного генеза (индивидуальные особенности в сочетании с ситуа­цией в семье — повышенные родительские ожидания при недостаточности поддержки).

Рекомендации. 1. Необходима коррекция роди­тельской позиции в ходе занятий с психологом.

1. Нужна регламентация родительской помощи ребен­ку в учебной деятельности.
2. Следует проводить коррекционные занятия с ребен­ком по улучшению темповых и содержательных характе­ристик познавательной деятельности.

В работах Н.Я. и М.М.Семаго, Г. В.Бурменской, С.Я.Рубин­штейн, А. И.Захарова и других предложены свои варианты кли- нико-диагностического обследования детей при пограничной психической патологии и состояниях школьной дезадаптации, адекватные определенным видам аномалий или проблеме пси- холого-педагогического сопровождения детей в образовательных учреждениях [19, 52, 132, 133].

Глава 3

Психологическая характеристика возрастной специфики психических расстройств в детском возрасте

* 1. Виды нарушенного психического развития

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 постна- гального 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.Вро- по, О.П.Юрьева, Г.В.Козловская [И, 34, 73, 76, 150]. Типологии психического дизонтогенеза при шизофрении в детском возрасте были посвящены специальные работы.

* + 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 — по нарушение психического развития в детском и подростковом нозрасте в результате расстройства созревания структур и функций головного мозга. Причинами могут служить биологические (гене­тические, 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 преходящая 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 [73].

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. Басилова, В.А.Лонина) [31, 87, 93, 94].

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 [34].

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 д в а 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) [154].

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

1. регредиентный\
2. стабильный (без патологической симптоматики, с патоло-
3. ическими реакциями, со спонтанными «фазами»);
4. прогредиентный [76].

Общая характеристика психического диатеза при шизофрении разрабатывается в отечественной психиатрии С. Ю. Циркиным, Л. В. Горюновой, Г. В. Козловской. Диатез — не болезнь, а наруше­ние адаптации организма к внешней среде. Феномен шизотипи- чсского диатеза относится к психическому дизонтогенезу и может выть определен как дисгармония психофизического развития. 11роявлениями шизотипического диатеза могут служить и задерж­ка темпов созревания (примерно четверть случаев), и акселерация (около 9 %). Наиболее часто встречается вариант дисрегуляторно- сти 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 исего 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 [40, 76, 145, 157].

* + 1. 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 [88, 89]. Его классификация содержит шесть типов дизонтогенеза, в последней работе эти типы объединены в зави­симости от причины основного нарушения (аномалии) (табл. 1).

Табл и ца 1

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, иггруднения формирования иерархических связей, преобладание в лсинхронии 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-органи- ческих 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 Гюлее 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 лсинхронии связаны с первичной дефицитарностью базальных форм и вторичной — высших звеньев психических процессов.

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

1. — 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-кине- стетическая, 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. Расширенная информация об экспериментально-психо­логических исследованиях детей, страдающих шизофренией, представлена в соответствующем разделе пособия (см. главу 6).

Дисгармоническое развитие. Это последний из выделенных П. В. Лебединским типов дизонтогенеза, характеризующийся нару­шенным, своеобразным, особым личностным развитием ребенка, Гюлее всего проявляющийся в формировании особой эмоциональ­но-волевой сферы. Чаще всего наблюдается у детей с формиру­ющимися психопатиями или выраженными личностными анома­лиями, причинами дизонтогении могут выступать наряду с врож­денными, генетическими, формами неблагоприятные условия воспитания [88, 89].

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 дизонтоге- пеза (отклоняющегося развития): I) группа недостаточного раз- иития (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 [ 133].

'Л.2. Возрастная специфика проявления расстройств психического здоровья

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 [12, 34, 54, 57, 58, 73, 75, 154].

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 сгертыми, незавершенными формами. Наиболее поздно выявля­ются бредовые синдромы, синдром Кандинского— Клерамбо, де­ратизации — 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 (О—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 неврозоподобные расстройства — тики, заикание, мутизм и т.д.

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

Эмоционально-идеаторный (11—17лет) — типичен для пре- пубертатного и пубертатного периода, может включать сверхцен- ные 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 [73].

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.

Табл и ца 2 Возрастные симптомы (по В. В.Лебединскому)

Возрастные симптомы

Возраст

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: локомото- 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.

Реакции протеста. Негативизм. Страхи. Патологические фантазии

Младший У мальчиков — явления возбудимости, двигательной рас- школьный торможенности, агрессия.

но зраст У девочек — астенические проявления: снижение настрое­ния, плаксивость.

Страхи (особенно часто связаны со школьной дезадапта­цией). Трудности обучения

Иотгому В. В. Лебединский предлагает ориентироваться на груп­пировку возрастных симптомов по эмпирическим данным, на­копленным в клинических исследованиях. Эти материалы приве- испы в табл. 2.

Опираясь на материалы таблицы, удобно работать с историей (юлезни, вычленяя возрастные симптомы в анамнестических опи­саниях.

1. Возрастная специфика в патопсихологии

В психологии подчеркивается значимость фактора развития /ши оценки уровня психического функционирования субъекта. 1’шлнчные варианты возрастной периодизации предложены спе-

циалистами-психологами Д. Б.Элькониным, Д. И.Фельдштейном, Л.Ф.Обуховой и другими [79, 114, 167|.

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, вычленить реабилитационные параметры.

В предлагаемой табл. 3 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,

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Возможности реабилитации | | РАННИЙ ВОЗРАСТ | Большие возможности реабилита­ции связаны с пластичностью детского мозга. Чем раньше нача­лась реабилитация, тем успешнее будет ее результат.  Необходимы врачебная помощь, организованный образовательный процесс по психолого-педагоги- ческому сопровождению отклоня­ющегося развития | ДОШКОЛЬНЫЙ ВОЗРАСТ | Высокие возможности адаптации. Использование интегративных образовательных учреждений для воспитания и обучения аномаль­ных детей.  Применение специальных пси­хокоррекционных технологий индивидуально и в группе при­менительно к ребенку и родите­лям.  Внимание должно уделяться типологии переживаемого кризисного периода |
| Методические и процедурные особенности деятельности патопсихолога | Преимущественно ретроспективные анализ и оценка истории жизни пациента.  Методы наблюдения — в естественной или регла­ментированной ситуации — включают в себя: оценку реакции ребенка на нового человека и предъявляемые стимулы (игрушки и т.д.). Необходима кратковременность взаимодействия с пациентом (до 15 мин).  Факторы риска: ареактивность или гиперреактив­ность ребенка (например, в отношении тактильного контакта) | Ретроспективная и непосредственная оценка раннего развития.  Ограничение по времени работы непосредственно над заданиями — 15 — 20 мин. Можно работать с перерывом, сочетая метод интенсивной работы и отдыха.  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).  Спектр применяемых методик — специализирован­ные для возраста и общие патопсихологические. Оценка результатов идет в соответствии с возрастными нормативами |
| Задачи | 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. 2. Оценка соответствия психиче­ского, моторного и эмоционального развития нормативному | 1. Дифференциация возрастных симптомов реагирования на «вред­ность» от проявления болезни (страхи нормальные и патологиче­ские, дидактогения при поступлении в детское дошкольное учреждение   и психическая болезнь).   1. Оценка нормативного-отклоняю- щегося психоэмоционального развития. 2. Оптимизация детско-родительских отношений. 3. Определение обучаемости ребенка с отклонениями и профиля дальней­шего обучения |



Окончание табл. 3

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Задачи | Методические и процедурные особенности деятельности патопсихолога | Возможности реабилитации |
| МЛАДШИЙ ШКОЛЬНЫЙ ВОЗРАСТ | | |
| 1. Разграничение возрастных про­явлений реакции на сложные об­стоятельства (например, поход в школу) от заболевания. 2. Оценка соответствия интеллекту­ального и психического развития нормативному для возраста. 3. Оценка обучаемости и определе­ние формы обучения. 4. Оптимизация детско-родительских отношений. 5. Забота о соблюдении социальных прав | Форма проведения непосредственного обследова­ния — сочетание игровых видов и академических форм психологической диагностики. Индивидуаль­ная и групповая формы работы.  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: TAT (CAT), детский вариант Розенцвейга, методика Рене—Жиля (особенности адаптации, социальная ситуация развития), детский вариант Кеттелла (6 — J2 лет), детский вариант Векслера (интеллект), тест Кауфманов и др. | 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.  В коррекционной работе можно опираться на личность пациента, использовать соревновательную мотивацию.  Эффективны индивидуальные, групповые и семейные формы работы |
| ПОДРОСТКОВЫЙ ВОЗРАСТ | | |
| 1. Дифференциация проявлений пу­бертатного криза от симптомов забо­левания. 2. Дифференциация проявлений пу­бертатного криза от возрастно-специ- фической 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 элементы групповой формы. | На первом плане — сотрудниче­ство с личностью, попытка включить мотивационные механизмы.  Адекватный подбор учебного учреждения (школы, техникума) и формы обучения. |

4^

оо

1

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Дисморфофобия, нервная анорек­сия, метафизическая интоксикация требуют возрастной дифференциаль­ной диагностики. 2. Профилактика суицидального по­ведения. 3. Задача психологической поддерж­ки больных и организации проф­ориентации | Групповая (фронтальная) форма работы дает дополнительную информацию.  Методики — патопсихологии, возрастной, общей и социальной психологии: опросник Л ичко, опросники и тесты, специализированные для подростков. Большое значение имеют личные симпатии/антипатии к психологу | 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 профреализа- ция. 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 |

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 [57, 58, 101].

1. 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 гиперак- тивностью, освещена проблема суицидального поведения у детей и юношества. «Метафизическая интоксикация» как возрастно­специфический синдром подробно описана в главе 5.

1. Ранний детский аутизм и его разновидности

Ранний детский аутизм (РДА) в настоящее время входит в МКБ-10 в раздел Р8 — расстройства психологического развития, собственно аутистические расстройства (с началом до 1,5 лет) — инфантильный аутизм, инфантильный психоз, синдром Каннера и типичный аутизм (с началом после 3 лет).

Прошло более полувека с того времени, когда впервые были опи­саны особые состояния детей с нарушением контакта и общения независимо Л. Каннером (1942), Г.Аспергером (1943) и С. С.Мну- хиным (1947). Дискуссии о нозологической принадлежности данных состояний продолжаются до сих пор.

В настоящее время выделяют типы РДА: синдром Каннера, синдром Аспергера (аутистическая психопатия), аутизм процес­суального генеза (следствие ранней детской шизофрении) и ати­пичный аутизм. Отдельно стоит группа так называемых высоко­функциональных аутистов — как правило, это взрослые, имевшие в детстве диагноз синдром Аспергера. По современным представ­лениям, аутизм не является только сугубо детским диагнозом и остается таковым на протяжении жизни пациента [ 13, 154].

Для всех видов аутизма его проявления возникают в очень раннем (до 3 лет) возрасте, выражаются в грубых нарушениях общения, особом развитие моторики, эмоциональной сферы, специфике овладения речью (выраженное недоразвитие экспрес­сивной речи, искажение сроков и формулы ее развития).

При синдроме Каннера наблюдается задержка психического развития (в данном случае она проявляется как симптом). Осо­бенности речи: искаженное развитие, нет периода нормального развития речи, например гуление больного ребенка отличается от гуления здоровых детей; дети не обращают внимания на обращен­ную к ним речь и не пользуется речью для общения, характерен мутизм, имеются эхолалии (часто повторяют слова, которые им нравятся), может наблюдаться феномен фонографии (дословное воспроизведение ранее услышанного). Дополнительные симптомы, которые позволяют диагностировать данное расстройство: выра­женные стереотипии; наличие большого количества страхов, свя- кшных с новой обстановкой, новыми стимулами, в том числе страх общения, трудности адаптации к любым новым условиям.

Другой вариант РДА, который также носит имя своего перво­открывателя, — синдром Аспергера. Аутичные дети с синдромом Дснергера не имеют интеллектуальной задержки, у них наблюда­ется скорее опережающее развитие, в первую очередь это отно­сится к мышлению наряду с особым развитием речи, когда пра­вильный грамматический строй речи сочетается с редким ее ис­пользованием, часто в речи используется взрослый лексический состав; манерная и механическая речь; ребенок разговаривает для себя. Этих детей отличает особое эмоциональное состояние, не­способность к близкому контакту с другими и т.д.

Вышеприведенные описания относятся к так называемому синдромальному подходу. Подобное переживание действительно­сти удивительно точно описано в книге «Загадочное ночное убий­ство собаки» М.Хеддона, которая написана от лица подростка, страдающего РДА. Герой учится в специализированной школе и, с одной стороны, является свидетелем события, вынесенного в (аголовок книги, а с другой стороны, пытается расследовать это цело. В книге описаны все особенности ребенка с аутизмом: сте­реотипность, наличие ритуальных форм поведения, которые ослаб­ляют страх, эмоциональное неприятие всего нового, показана особенность эмоционального взаимодействия с каждым из взрос­ших, окружающих мальчика. Книга прекрасно проиллюстрирова­на рисунками, которые похожи на рисунки детей-аутистов.

Аутизм процессуального генеза, который формируется из-за начавшегося в течение первых 3 лет жизни ребенка эндогенного процесса, проанализирован в работе М. Г. Красноперовой (руко­водитель В. М. Башина). В структуре такого аутизма имеют место психотические симптомы и признаки нарушения психического развития разной степени тяжести. Манифестация заболевания чаще приходится на второй год жизни. В клинической картине преобладающими являются кататонические, аффективные, пси­хопатоподобные, неврозоподобные расстройства и нарушения развития. Последние выступают на первый план по мере затухания болезненного процесса. Обязательные составляющие психопато­логической структуры манифестного эндогенного психоза — ка­татонический синдром с разной степенью выраженности и глуби­ны, связь между глубиной и тяжестью кататонических проявлений, тяжестью аутистических расстройств и глубиной формирующего­ся отставания в развитии (возможен регресс наиболее сложных и поздно формирующихся в онтогенезе психических функций).

Выделены критерии благоприятного прогноза: своевременное формирование навыков опрятности и частичного самообслужи­вания; психогенно-спровоцированное начало эндогенного про­цесса с регрессом психического развития; отсутствие проявлений регресса навыков и речи; прерывистость и стертость кататониче­ских симптомов с сохраняющейся возможностью психического развития ребенка; значительная выраженность или доминирова­ние в клинической картине психоза аффективных, психопатопо­добных и неврозоподобных расстройств.

Неблагоприятному прогнозу сопутствуют: начало заболевания до 18 месяцев; аутохтонное развитие психоза с явлениями регрес­са (в том числе в отношении навыков опрятности); непрерывное и длительное кататоническое возбуждение; выраженность отре­шения пациентов в психотическом состоянии.

Проводилась оценка диссоциации развития сфер психической деятельности (крупная моторика, мелкая моторика, восприятие и др.). Максимально выраженной оказалась диссоциация в раз­витии подражания и экспрессивной речи [ 13].

Наряду с традиционными и обозначенными в МК.Б-10 син­дромами Каннера и Аспергера выделяют так называемый атипич­ный аутизм и парааутистические состояния. Атипичный аутизм не укладывается ни в один из известных синдромов, хотя по внеш­ним проявлениям может быть на них похожим. Эти варианты аутизма относительно редко встречаются, не соответствуют клас­сическим синдромам РДА, часто сопряжены с наличием генети­ческой патологии, например: синдром Ретта, синдром Марти­на—Белл, синдром Дауна [13, 137].

Большой вклад в изучение нарушений развития вносят биоло­гические дисциплины. Исследование Н.Л. Горбачевской посвя­щено изучению особенностей формирования электроэнцефало­граммы у детей с первазивными нарушениями развития (различ­ные виды аутизма). Показана специфика возрастной динамики ЭЭГ в разных случаях аутистических расстройств, что позволяет использовать метод количественной ЭЭГ для дифференциальной ниашостики и оценки эффективности лечебно-реабилитацион­ных мероприятий [39].

I/арааутистические состояния — это близкие, похожие на аутизм по своим внешним характеристикам, особенности психи­ческого развития ребенка, но вызванные не наличием синдрома, .1 неблагоприятными условиями жизни ребенка: ранняя родитель­ская или иная депривация, большое количество времени, которое ребенок провел в больнице, в отрыве от родителей, длительные чронические заболевания и др. Приставка «пара-» указывает на то, чк) сходные с аутизмом состояния развиваются по иным причинам н само состояние не всегда является стойким: изменение условий 1>атития ребенка приводит к тому, что аутизм становится все менее п менее заметным вплоть до полной нормализации общения.

Психологический подход к классификации типов аутизма существенно отличен от психиатрического. О. С. Никольская раз­работала свою оценку типов детского аутизма. Ею выделены ч е- I ы ре типа аутизма, каждый из которых отражает степень I ижссти этого заболевания, разные уровни дезадаптации и нару­шения саморегуляции (в том числе аффективной).

Первый тип — это наиболее грубые проявления синдрома 1’ДЛ с одновременным нарушением психического тонуса, произ- иояьной деятельности; поведение носит преимущественно полевой характер, дети мутичны, не имеют потребности в контактах, не пладеют навыками социального поведения и самообслуживания.

Второй тип характеризуется большим количеством разно­образных стереотипий (двигательные, речевые, поведенческие), аутостимуляцией, страхами, часто встречаются примитивные симбиотические отношения с матерью, у детей имеются трудности усвоения нового и переноса.

Третий тип отличает более высокий уровень интеллектуаль­ного (когнитивного) развития, хорошие речевые навыки, аутизм у них проявляется как захваченность собственными переживаниями.

Четвертый тип характеризуется неглубоким аутизмом, в первую очередь имеются трудности организации общения, невро- юиодобные расстройства, пугливость. Дети с четвертым типом аутизма нередко имеют парциальную одаренность [112].

Психологи описали разнообразные особенности психической деятельности детей-аутистов, среди которых следует отметить: стереотипность поведения, особый тип формирования перцеп-

1. инных схем, более длительную сохранность опоры на контактные анализаторы по сравнению со здоровыми детьми, более частое использование периферического, а не центрального зрения, от­ставание от здоровых сверстников в оценке мимики, жестов, поз и интонаций, нейропсихологический дефицит, своеобразие игры, контактов, графики, восприятия медиаинформации и т.д. [11, 38, КК, 89, 98, 112].
2. **Нервная анорексия и нарушения пищевого поведения**

Нервная анорексия (НА) — заболевание, возникающее пре­имущественно у девушек-подростков (11 — 15 лет) и молодых де­вушек (16—18 лет); иные названия — болезнь отличниц, болезнь тинэйджеров (США), проявляющееся в сознательном и стойком стремлении к похуданию, выражающемся в отказе от еды. По МКБ-10 относится к разделу Ё50 — расстройства физиологиче­ского функционирования.

Классические исследования нервной анорексии проводились на взрослых (молодые девушки и женщины). Клинико-психоло­гические исследования показали, что имеется специфика разных сторон психической деятельности (прежде всего — в мотиваци­онной сфере и в области самовосприятия) у всех больных нервной анорексией. Выявлены следующие особенности психики: 1) вы­сокая степень концентрации на достижении поставленной цели — похудеть, приобрести соответствующий стандартам референтной группы внешний облик; 2) изменение иерархии мотивов (см. ра­боты М.А. Каревой, М.А. Цивилько, Б. В.Зейгарник); 3) изменение самовосприятия и «образа Физического Я» (см. работы В.Доро- жевца и Е.Т. Соколовой); 4) высокий интеллектуальный уровень («болезнь отличниц») (см. работы М. А. Каревой).

В детском и подростковом возрасте выделяют синдром нервной анорексии как: 1) самостоятельное возрастно-специфическое заболевание (Е. Е. Балакирева) [ 10]; 2) синдром в рамках наруше­ния пищевого поведения (по МКБ-10 рубрика Р50.1); 3) синдром в рамках эндогенного заболевания (шизофрении) (Е.Е. Балаки- ш; рева).

В первом случае у больных формируется замещающее удовле­творение базисной биологической потребности в пище (вместо еды — интерес к процессу приготовления, кормление других, походы за едой в магазины и на рынки, коллекционирование ре­цептов и аксессуаров, связанных с приготовлением пищи, и т.д.). Отказ от еды сочетается с изнуряющими физическими упражне­ниями, действиями, чтобы пища не могла усваиваться (прием специальных препаратов для вызова рвоты, слабительных средств и т.д.).

В течении заболевания выделяют несколько этапов. Иници­альные проявления: изменение самооценки, стремление похудеть. Развернутая стадия заболевания (в том числе на высоте болезни — кахексическая стадия), характеризуется активной деятельностью по отказу от еды в угоду похуданию. На этой стадии обычно насту­пают физиологические изменения со стороны систем органов — отсутствие месячных, ухудшение в деятельности желудочно-ки­шечного тракта, изменение кожи и т.д. У пациентов отмечается

ре »кое похудание на 10—25 кг (потеря до 20 % массы тела за два-три месяца). Исход заболевания — вплоть до летального (около 5 % из числа заболевших).

Клинико-психофизиологические исследования показали, что и (учение нервной анорексии у детей и подростков должно про- иодиться с анализом семейных особенностей (в том числе наслед-

1. пенно или биологически обусловленных, а также связанных с социально-психологическими факторами). ВработеЛ.П.Якуповой и Е. Е. Балакиревой обнаружено соответствие особых изменений паттернов ЭЭГ у девочек, страдающих нервной анорексией, и их матерей.

Исследование нервной анорексии у детей и подростков с бу- чимией и вомитоманией, проведенное Е.Е. Балакиревой, уточни- ж> феноменологию и клиническую типологию синдрома в данной ишрастной категории больных. Были выявлены варианты сопут­ствующих нарушений. Разработаны дифференцированные подхо­ды к лечению и диагностике этих заболеваний. Выделены три мша их течения:

синдром НА с доминированием монотематической дисморфо- фобии сверхценного (полнота) и обсессивно-фобического харак- юра и сопутствующими депрессивными расстройствами;

синдром НА с доминированием булимии; характерны дисмор- фофобические идеи сверхценного и обсессивно-фобического ха- рактсра (бредовый характер идеи полноты), атипичная длительная депрессия с короткими гипоманиями, в депрессивной триаде — ве­дущее место занимает дистимический компонент (без суточного ритма);

синдром НА с доминированием булимии и вомитоманически- ми нарушениями, при котором отмечается бредовая дисморфофо- (>ии, идеи отношения, стертые аффективные расстройства (депрес­сии и психопатоподобная мания с эйфорией) [Балакирева, 2004).

Клинико-катамнестические наблюдения выявляют различные иидоизменения протекания синдрома нервной анорексии, смену аноректических и булимических проявлений, возникновение других «замещающих» форм зависимости (например, алкоголиза­ции в булимической стадии), «сквозной синдром» нервной ано­рексии у пробандов, матерей и сибсов, наблюдаемые в семьях (юльных нервной анорексией.

Известно, что нервная анорексия своим высоким «рейтингом» среди психосоматических и психических расстройств во многом обязана влиянию социальных факторов — определенного стан­дарта внешности (90x60x90), телесного облика и стиля жизни, нанизываемых рекламой и средствами массовой информации. Психологические исследования, проведенные на нормативной иыборке девушек с разной степенью приятия своего телесного об- ника, показали, что девушки, неудовлетворенные своим телом, в просмотре телевизионных программ тяготеют к «телесно-ориен­тированным» передачам (10, 101].

Приведем пример заболевания нервной анорексией. Рассмотрим историю болезни Ольги В., 14,5 лет, ученицы IX класса, описанную Е. Е. Балакиревой. Девушка живет в Туле. Родилась в полной семье. Мать (46 лет) и старшая сестра (23 года) имели тенденции к нервной ано­рексии или даже эпизоды такого поведения. В семейном анамнезе обнаружены указания на аффективную па­тологию. Отец Ольги умер (диагноз: «боковой амиотрофи­ческий склероз»), когда девочке было 13 лет. Обследуемая родилась в срок от второй нормально протекавшей бере­менности (масса 4 000 г, рост — 54 см). При родах про­изошло обвитие пуповиной тела девочки. Закричала сразу. К груди приложена на третьи сутки. Выписана из роддома на пятый день. Ребенок реагировал на дискомфорт (мок­рые пеленки, голод), проявляла на первом году жизни беспокойство, капризы, требовательность. Прогулок де­вочка не любила: когда мать выносила ее из дома, начина­ла плакать и пронзительно кричать. В младенчестве ночью спала только на руках у матери, часто пробуждалась.

В 5 мес. перенесла двусторонний отит, лечилась в боль­нице в течение трех недель. В больнице девочка не спала, отказывалась от кормлений, постоянно плакала.

Психомоторное развитие: ходить начала к 1 году, пол­зала только назад, речевое развитие с опережением — про­стая фразовая речь с 1 года. Ольге легче было общаться со взрослыми. Были трудности установления эмоциональных контактов. Девочка играла всегда одна в закрытой комна­те. Читать книги не любила. В детском саду воспитывалась с 2 лет 4 мес. К детскому саду привыкала тяжело, там ни с кем не общалась, не разрешала никому подходить к себе, целый день стояла у двери, плакала и звала родителей. После перехода в новый детский сад адаптация прошла легче, девочке удалось наладить отношения с воспитате­лем. О ней отзывались как о послушной, но не активной девочке.

До 3 лет была полной, в 3,5 года похудела. С 4 лет пациент­ка дружила со многими детьми. Была ведома в коллективе, но дети ее очень любили, она помогала им, конфликтов избегала.

В школу пошла в 7 лет (английская спецшкола). С пер­вых дней познакомилась с девочкой, которая была лидером в общении, но отличалась непослушным поведением. Ольга стала подражать подруге. Кроме школы девочка

посещала различные секции (играла в волейбол, занима­лась танцами, научилась играть на гитаре).

С I класса была отличницей. Увлекалась сказками, представляла себя в романтическом мире. Была недоста­точно живой, открытой, была ведома подругой. Первые три класса подруга везде брала ее с собой. Всегда прислу­шивалась к мнению окружающих.

С 10 лет начала ходить в серьезные туристические по­ходы вместе со старшей сестрой и знакомыми. В походах была вынослива, выполняла требования наравне со взрос­лыми. Преобладающим был оптимистический, жизнера­достный фон настроения. С 10 лет готовила пищу само­стоятельно. Легко прощала обиды, быстро их забывала.

Когда Ольге было 10,5 лет, у нее серьезно заболел, а потом умер отец. У девочки изменился характер, нарушил­ся сон. Отмечались частые смены настроения. Девочка заболела пиелонефритом. Часто жаловалась, что ей «хуже всех», высказывала мысли, что она «никому не нужна», ее «никто не любит». Требовала, чтобы ее хвалили, постоян­но отмечали ее достоинства. Мать Ольги тяжело перенес­ла смерть мужа (на протяжении 2 лет у нее наблюдалась реактивная депрессия), что послужило причиной отдале­ния ее от детей.

В 14 лет Ольга отдыхала в лагере, где начала соблюдать диету (возможно, поводом были замечания со стороны детей в адрес ее внешности). Это она делала тайком. Мама стала замечать, что девочка отказывается от гостинцев, питается крайне избирательно. Когда Ольга вернулась из лагеря, ее масса была 39 кг. Мама стала следить за ее пи­танием, но девочка старалась под любым предлогом отка­заться от пищи. Абсолютно было исключено из рациона масло, сало, сахар, бананы. В это время Ольга стала уделять большое внимание приготовлению пищи, постоянно ва­рила каши, которые ела по 1 ч.л. в течение вечера. Стала кутаться в теплые вещи, спала одетой. Старалась спрятать­ся от матери, чтобы она не заметила снижения веса до­чери. Сделалась мрачной, недовольной. У нее появилась скупость, жадность, экономия к деньгам. Пациентка тща­тельно рассчитывала пищевой рацион. В сентябре того же года Ольга перенесла артрит, из-за болезни была вынуж­дена отказаться от занятий в волейбольной секции. Уехала ее преподаватель игры на гитаре. Девочка лишилась «важ­ного общения», «осталась не у дел». В октябре у старшей сестры родился ребенок. Ревностно, болезненно воспри­няла известие о рождении племянника, расстраивалась, что сестра не уделяет ей прежнего внимания. Состояние ухудшалось, и в апреле девочка поступила в детскую кли­нику НЦПЗ РАМН.

Психический статус (при поступлении в кли­нику и в динамике). В больничное отделение Ольга вошла спокойно, адаптировалась быстро, в детском коллективе держится скованно. В беседу с врачом вступает охотно, на вопросы, касающиеся бытовых тем, отвечает по сущест­ву, на вопросы, касающиеся болезненных переживаний, озлобляется, проявляет негативизм, пытается уйти. Ее мимика обеднена. Одета неопрятно, за внешним видом не следит. Чувствуется инфантилизм.

Своей внешностью недовольна, расстраивается из-за маленького роста и «некрасивого лица». Сообщает, что с начала осени минувшего года ограничила прием еды, так как испытывала неприятные ощущения в желудке.

Жаловалась на ощущение скуки, тоски. В отделении настроение снижено, без суточных колебаний, подавлена, плаксива. Временами демонстративна, конфликтна. Тре­бовала к себе повышенного внимания как со стороны медперсонала, так и детей. Склонна к лживости, оговорам. Настроение менялось ситуационно. С детьми эгоцентрич­на, амбициозна, стремится к лидерству. Старается при­влечь внимание мальчиков, на замечания некритична.

В пищевом поведении сохранялись ограничения в еде, пыталась вызывать рвоту. Питалась только под присмотром персонала. Пребыванием в больнице крайне тяготилась, настаивала на выписке, шантажировала мать. С персона­лом и врачами дистанции не соблюдала. Во время домаш­них отпусков состояние было неустойчивым, была рас­строена прибавкой в весе, у пациентки усиливалась дис- морфофобическая симптоматика с элементами тревоги и аффективных нарушений.

На фоне терапии состояние улучшилось, настроение стало более ровным, хотя сохранялась тревога. Питалась до­статочно, но белого хлеба и жирного в пищу не употребляла. Возобновила занятия в классе, но испытывала затруднения в учебе, особенно при изучении нового материала. В отно­шениях с окружающими была обидчива, злопамятна.

Соматический статус (по консультациям специа­листов). Гипотрофия II степени при массе тела 28,5 кг, проявления гиповитаминоза, ферментной недостаточно­сти, обменные нарушения. Дискинезия кишечника, за­держка полового развития. Масса тела при выписке 42 кг. Нейрогенная анорексия, менструации прекратились.

Неврологический статус (по консультации невропатолога). Рассеянная мелкоочаговая неврологиче-

ская симптоматика на фоне резидуально-органической недостаточности ЦНС (центральной нервной системы). Признаки ВСД (вегето-сосудистой дистонии) пубертатно­го периода.

Психологическое обследование. На первый план выступает сложная картина особенностей психиче­ской деятельности девочки с высоким, близким диссоци­ированному, познавательным развитием, недостаточной эмоциональностью, выраженными личностными особен­ностями при сохранности высоких темповых характерис­тик деятельности и отсутствии утомления.

Диагноз (поставленный руководителем клиники И. А. Козловой): Шизотипическое расстройство личности Р 21.8. Синдром нервной анорексии Р 50.1.

Представленный случай демонстрирует серьезность патологи­ческих изменений, сопровождающих нервную анорексию у под­ростков.

А. В.Занозиным проводилось специальное исследование кли­нико-эпидемиологических и психопрофилактических аспектов нервной анорексии. С помощью сплошного клинико-эпидемио­логического обследования выявлена частота встречаемости нерв­ной анорексии и случаев группы риска по данному синдрому. И зучена представительная выборка — 2 062 испытуемых 12— 17 лет, жительниц Нижнего Новгорода. Распространенность нервной анорексии составила 3,78 % в выборке. В клинической картине у девушек преобладают начальные проявления заболевания с мень­шей выраженностью булимических расстройств. В группе риска оказались 11,3 % в выборке. Это были девушки со сходной симп­томатикой, не достигающей болезненного уровня (нестойкость имеющихся нарушений, клиническая незавершенность прояв­лений). Влияние семейного микроклимата более выражено в группе больных, несколько меньше — в группе риска. По мнению

А. В.Занозина, большинство больных нервной анорексией (при отсутствии выраженных вторичных проявлений соматоэндо- кринной патологии) могут лечиться психиатром амбулаторно, продолжая учебу. Такой вид оказания помощи улучшает возмож­ность дальнейшей социальной адаптации. Профилактика данных расстройств заключается в раннем выявлении симптомов и соот­ветствующей квалификацией их специалистами. Практические выводы из этой работы, касающиеся деятельности медиков: не­обходимы внедрение знаний о нервной анорексии в практику педиатров, детских эндокринологов, детских гастроэнтерологов, гинекологов, неврологов, тесное сотрудничество перечисленных специалистов с психиатрами. Все больные с низким весом и типичными соматоэндокринными нарушениями должны направ­ляться на специальное комплексное исследование по выявлению ранних симптомов нервной анорексии [51].

Имеется много работ по изучению нарушения пищевого пове­дения. Внимание этим нарушениям как проявлениям возрастно­го расстройства уделяется в работах многих авторов [57, 107].

1. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью и его разновидности

Для большинства специалистов синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) является ключевым (наряду с мини­мальной статико-моторной недостаточностью, диспраксией-дис- гнозией) в клинической картине минимальных мозговых дисфунк­ций и рассматривается как нейробиологическое нарушение, па­тогенез и этиология которого носят комбинированный характер. Помимо невнимательности, гиперактивности, импульсивности, отмечаются трудности в обучении, межличностных отношениях и социализации. Это нарушение может сочетаться с поведенче­скими расстройствами, задержками формирования языка и речи, школьных навыков.

В 1962 г. на специальной конференции международных экс- пертов-неврологов в Оксфорде был введен термин ММД — мини­мальные мозговые дисфункции (другие названия — легкая мозго­вая дисфункция, гиперактивность, гиперкинез и т.д.). В настоящее время этот термин употребляется относительно редко. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью с 1987 г. — отдельный вид патологии по 08М-1У, включен в МКБ-10 (раздел Р90.0 — рас­стройства активности и внимания).

Распространенность этого синдрома по разным оценкам со­ставляет в США — 4—20 %; в Великобритании 1 — 3 %; в Италии

1. 10 %; в Китае 1 —13 %; в России и СНГ — 5 —7 %. По данным современных исследователей, частота проявлений синдрома СДВГ растет с каждым годом. Ю.С. Шевченко полагает, что такая кар­тина является следствием общих тенденций, связанных с ухудше­нием психического здоровья детей (причинами могут выступать: особенности семьи, школы, общей экономико-политической ситуации) [160]. Н. Н.Заваденко связывает тенденцию роста дан­ных по частоте проявлений СДВГ с улучшением диагностики, указывает число больных 5 —7 % от общего числа детей [50].

Синдром имеет выраженные гендерные различия: частота встречаемости у мальчиков в 2 — 3 раза чаще, но с возрастом со­отношение мальчиков и девочек меняется: в 7— 12 лет это соот­ношение — 3:1; в 13— 15 лет — 1:1; в 20 — 25 лет —1:2 (преобла­дают девушки). Специфика проявлений также меняется с возрас­том. У детей на первый план выступают нарушения школьных навыков, разрушительное поведение, аффективные и тревожные расстройства, нарушения развития моторики и речи. У подрост­ков — делинквентное поведение, злоупотребление ПАВ и алко­голем. У взрослых чаще встречаются личностные расстройства, нарциссизм, пограничные нарушения психики, обсессивно-ком- пульсивные расстройства, депрессии, злоупотребление ПАВ.

Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) яв­ляется диагностически наиболее частой причиной школьной дез­адаптации. Нарушения внимания, гиперактивность и импульсив­ность, обнаруживаемые у ребенка, свидетельствуют о недостаточ­ности адаптационных возможностей ребенка. В возрасте 3 — 6 лет аналогичные нарушения наблюдаются у детей как гипердинами- ческий синдром. Для СДВГ характерно постоянство нарушений и относительная независимость от микросоциальных условий пребывания ребенка (и дома, и в детском коллективе). Диагностиче­скими критериями в соответствии с 08М-1У данного синдромо- комплекса являются дефицит внимания, гиперактивность и им­пульсивность.

Нарушения внимания квалифицируются, когда ребенок:

* с трудом сохраняет внимание при выполнении заданий или но время игр;
* не в состоянии выполнять задания до конца, что не связано с негативным настроением или непониманием сути задания;
* легко отвлекается на посторонние раздражители;
* избегает заданий, при выполнении которых требуется дли­тельное сохранение внимания, либо проявляет агрессивность, чтобы не делать такие задания;
* испытывает затруднения при самостоятельной организации различных видов деятельности;
* часто теряет предметы, необходимые для выполнения зада­ний;
* проявляет забывчивость в повседневных ситуациях;
* не слушает «обращенную» речь;
* демонстрирует неспособность удержать внимание на деталях, допускает частые ошибки.

Синдром гиперактивности проявляется следующими симп­томами:

* ребенок не может играть в тихие, спокойные игры;
* бегает, крутится, пытается куда-то влезть, проявляет бесцель­ную двигательную активность;
* находится в постоянном движении, «как будто к нему при­крепили мотор»;
* не сидит спокойно, вскакивает;
* крутится, ерзает на месте, совершает лишние движения кистями и стопами;
* демонстрирует болтливость.

Синдром импульсивности включает ряд типичных симп­томов:

* ребенок отвечает на вопросы, не задумываясь, не дослушав вопрос;
* допускает выкрики во время уроков;
* мешает другим детям, взрослым, пристает, влезает в игры, разговоры;
* не ждет своей очереди в коллективных играх;
* совершает опасные для себя и окружающих действия, но при этом не ищет острых ощущений или приключений;
* часто вступает в драки, но не по причине агрессивности, а из-за неумения проигрывать.

Диагностическим критерием выступает сочетание шести симп­томов гиперактивности и импульсивности и шести нарушений внимания, наблюдаемые не менее шести месяцев (по А. Л. Сиротюк) (1391.

Существует ряд теорий относительно ведущих факторов пато­генеза данного заболевания. Основными среди них являются:

1. генетическая концепция;
2. теория, сосредоточивающаяся на роли пренатальных, пери­натальных и ранних постнатальных факторов;
3. теория, подчеркивающая значение факторов негативного воздействия в первые годы жизни ребенка.

Наследственная предрасположенность — наиболее распростра­ненный фактор в этиопатогенезе заболевания. Ее значимость как этиологического фактора при СДВГ велика, несмотря на разброс статистических данных, обусловленный широким спектром при­чин (социальных, временных, методологических и т. д.). Ю.С. Шев­ченко, ссылаясь на данные американских ученых, говорит, что 20 —30 % родителей страдают или страдали синдромом нарушения внимания и гиперактивностью (1601. Кроме того, у родителей чаще, чем среди популяции в целом, встречаются алкоголизм, асоциальная психопатия и аффективные расстройства. В настоя­щее время ведется активный поиск генетических маркеров забо­левания. Для СДВГ типична не только избыточная двигательная активность и импульсивность поведения, но и нарушения когни­тивных функций, двигательная неловкость. Эти проявления в значительной степени связаны с недостаточностью организации, программирования и контроля психической деятельности и ука­зывают на важную роль дисфункции префронтальных отделов больших полушарий головного мозга в генезе СДВГ [139|.

Большинство специалистов указывают на значимость повреж­дений ЦНС в пренатальный и перинатальный период жизни ре­бенка. Н. Н.Заваденко отмечает роль раннего повреждения ЦНС в период беременности и родов в формировании СДВГ (более 84% наблюдений) [50].

1. **Суицидальное поведение**

Суицидальное поведение в подростковом и юношеском возрас­те привлекает большое внимание психиатров, психологов, кри­миналистов и социологов, таких как А. Г. Амбрумова, Е. М. Вроно,

В. К. Каубиш и В.Ф. Войцех |5, 65, 101]. За 1990 —2000-е гг. общий показатель смертности от суицидов по РФ составил в детском иозрасте (5 —9 лет) около 0,2, в подростковом (10— 14 лет) возрас­те за тот же период — около 3,5, а для мальчиков — около 6 слу­чаев на 100 000 [101].

Суицидальное поведение как форма девиации может быть след­ствием социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого микросоциального конфликта или пато­логической реакцией неуравновешенной, психически нездоровой личности.

Принято считать, что суицидальные тенденции обусловлены прежде всего наличием депрессии, а попытки самоубийства яв­ляются «барометром тяжести» подростковых депрессий [174].

Независимо от нозологической принадлежности депрессивно­го синдрома, у подростков и юношей прослеживается устойчивая тенденция к совершению повторных попыток самоубийства [ 184]. Даже демонстративные суицидальные действия при нозологиче- ски и феноменологически разных депрессиях имеют склонность к повторению и не всегда заканчиваются благополучно [5].

У подростков и в юношестве много так называемых парасуи- цидальных поступков: фиксация на теме смерти, страхи и любопыт­ство к смерти, суицидальные мысли, шантажно-демонстративные суицидальные попытки. Действия подростков направлены не столько на самоуничтожение, сколько на восстановление нару­шенных социальных отношений [58].

Детские и подростковые суициды отличаются от взрослых суи­цидов. Практически нет самоубийц до 5 лет. Редкий случай суи­цидального поведения в 6-летнем возрасте был описан А. В. Ку­ликовым [85]. Суицид — это действие, преднамеренно направлен­ное на лишение себя жизни. Однако само понятие смерти как категории, обозначающей конец жизни, окончательно формиру­ется лишь у зрелой личности. В литературе имеются описания специфики детско-подростковых суицидов как для индивидов без нарушений психического здоровья, так и для психически больных (Е. М. Вроно, Д. Н. Исаев, Л.Я.Жезлова) [5, 48, 58, 65, 85, 101].

Социально-психологическая дезадаптация вследствие острых психотравмирующих ситуаций, нарушения взаимодействия лич­ности с ее ближайшим окружением — общая причина суицида у детей и взрослых. Для детей она обычно связана с нарушением общения с близкими, с семьей. Дети и подростки, в силу отсут­ствия жизненного опыта и осведомленности, не всегда могут

найти способ ухода из жизни. Нерасчетливость, отсутствие знаний

о способах самоубийства создают повышенную угрозу смерти вне зависимости от формы самовоздействия.

Опасность повышают и возрастные особенности биологиче­ской реактивности организма на интоксикацию, травматические повреждения, асфиксию и другие последствия. В отличие от взрос­лых у детей и подростков картина пресуицидального состояния не имеет монолитного, единого признака. Мозаичность, вариа­бельность, лабильность пресуицидального статуса создают особые затруднения в распознании угрозы самоубийства.

В механизмах развития суицидального поведения огромную роль играют условия, в которых возникают суицидальные тенден­ции. Для детей и подростков наиболее значимым фактором явля­ются их семьи, не обеспечивающие по тем или иным причинам равновесия, предохраняющего их от суицида. Роль семьи для лиц детско-подросткового возраста более существенна и многогранна, чем для зрелой личности.

Л.Я.Жезлова показала связь различных семейных деформаций и наследственной отягощенности личностной патологией в гене- зе детских суицидов. В большинстве случаев нарушения межлич­ностных отношений отмечались задолго (от 1 до 5 лет) до совер­шения детьми суицидальных попыток. Типичной была ситуация, когда оба родителя одновременно оказывались в оппозиции к ребенку.

В «суицидальных» семьях, наряду с хорошими материальными условиями и достаточно высоким образовательным уровнем ро­дителей, имеются причины, объясняющие дисгармонию воспи­тания: характерологические особенности родителей, психические отклонения у них и у детей приводят к осложнениям во взаимо­отношениях. Отмечалось отсутствие единой линии воспитания с чередованием морально-унижающих наказаний и материальной формой поощрения.

В большинстве наблюдений суицидальной попытке предшест­вовали конфликты в семье. При этом для лиц допубертатного периода наиболее значимыми оказались острые конфликты, а для подростков — систематически повторяющиеся, перерастающие в пролонгированную психогенную ситуацию [48].

Суицидологическая практика показывает, что само по себе наличие в семье указанных аномалий не может служить достаточ­ным основанием для отнесения данной конкретной семьи в разряд суицидоопасных. «Благополучные» семьи нередко могут содержать в себе латентные суицидогенные факторы, которые трудно распо­знать на фоне внешнего благополучия семьи |5, 48, 58, 85, 101].

Клинико-психологическое изучение суицидального поведения подростков, находившихся на стационарном лечении в НЦПЗ РАМН, показало неоднозначность долевого участия «внешних» и

«ннутренних» условий как причинных факторов суицида. Крайние варианты представляют, с одной стороны, случаи остро форми­рующейся ситуационной реакции, когда причина суицидального поведения определяется «внешней» ситуацией; с другой — когда причины суицида целиком определяются содержанием психопа­тологических расстройств, а субъективные мотивы представляют не что иное, как бредовые интерпретации. Наблюдения доктора Л. В. Куликова и их психологическая интерпретация иллюстриру­ют эти выводы.

Вика О., 16 лет. Родители страдают хроническим алко­голизмом.

В течение всей своей жизни девочка подвергалась унижению и физическим наказаниям со стороны обоих родителей. Когда ей было 5 лет, отец у нее на глазах убил собаку.

В 16 лет Вика ушла из семьи, пользуясь поддержкой со стороны бабушки, и жила одна у нее в квартире, готовилась к поступлению в институт. Но родителям не нравились друзья девочки. Они предложили либо продолжать жить с ними, либо уходить к друзьям. Общение между ними и Викой происходило в форме скандалов с употреблением нецензурной лексики и угрозой физической расправы со стороны родителей девочки.

Девочка, которая и раньше с трудом переносила семей­ную обстановку, почувствовав всю безысходность сложив­шейся ситуации, грозила выпрыгнуть с девятого этажа.

Через три дня попала в реанимацию, рассказала врачам, что принимала ртуть (разбила 5 градусников для этого) и ела толченое стекло.

Сергей Ш., 13 лет. Родители мальчика более десяти лет находятся в конфликте. Муж изменял матери Сергея, а она все эти годы пыталась сохранять семью, «чтобы у сына был отец».

Ссоры между супругами стали учащаться, часто это про­исходило на фоне употребления родителями алкоголя. Ре­бенок был свидетелем этих сцен.

Три года назад родители развелись, поняв, что не могут создать хороших условий для ребенка.

Отец часто навещает сына. У Сергея нет друзей, по словам мамы, дружить не с кем, вокруг «асфальтовые дети». У мальчика пропал интерес к учебе, снизилось настроение.

Обратились к частному психиатру, который сказал: «У вас ленивый ребенок, вы его редко наказываете». В этот же вечер мама наказала мальчика: без всяких оснований ото-

65

брала купленную накануне игру, на которую Сережа долгое время копил деньги, и отдала отцу, чтобы он сдал ее в магазин.

Через несколько дней, пока мать была на работе, маль­чик решил отравиться: выпил пузырек валокордина, а в двери оставил записку: «Папа, что же ты сделал? Это ты во всем виноват!»

Несмотря на различия, существующие в семейных ситуациях, в приведенных выше примерах можно выделить общий радикал — родители не считаются с интересами ребенка, а действуют по отношению к нему исходя из собственных интересов, побуждений и установок.

Дисфункциональная семья не обеспечивает молодому челове­ку потребность в принятии, уважении, признании, эмоциональной поддержке, психологической защите. Подростки из таких семей лишаются возможности обеспечения эмоциональной стабилизации, способности совладания со своим аффективным состоянием.

В случае психического заболевания причины суицида могут целиком определяться содержанием психопатологических рас­стройств подростка, что демонстрирует ниже приведенный при­мер.

Катя Г., 15 лет, страдает гебефренической шизофрени­ей. Девочка живет с приемной матерью, которая удочери­ла ее в возрасте 6 мес. Физиологической матери было 14 лет, она отказалась от ребенка еще в роддоме, никаких других данных о ней нет.

В этом случае суицидальное поведение проявляется как патологическое влечение в рамках шизофрении. Находясь в состоянии аффекта, Катя бросалась на мать, потом пы­талась воткнуть нож себе в сердце. Несмотря на то что на улице ее всегда сопровождала мать, она вырвалась и сде­лала попытку броситься под транспорт.

Приведенные выше материалы убеждают в том, что необходи­мо различать случаи влияния внешних факторов, таких как стрес­совая ситуация в семье, и случаи проявления суицидального по­ведения в рамках грубой патологии.

А. В. Куликов делает выводы о том, что суицидальное поведение у больных детско-подросткового возраста с эндогенными заболе­ваниями является в большинстве случаев хроническим динами­чески развивающимся процессом, становление которого опреде­ляется и экзо-, и эндогенными факторами. Депрессивный аффект и особенности детско-подросткового возраста играют значитель­ную роль в формировании суицидального поведения у больных с эндогенными заболеваниями [85].

Область детской суицидологии, таким образом, оказывается областью междисциплинарного сотрудничества специалистов (психиатров, психологов, педагогов) и сотрудников правоохрани­тельных органов.

1. Проблема дифференциальной диагностики в патопсихологии детского и юношеского возраста

Патопсихологическая дифференциальная диагностика ис­пользуется в практике отечественной детской и юношеской пси­хиатрии уже давно. Фундаментом этого служат клинические ра­боты Г. Е.Сухаревой, Т. П.Симеон, М.С. Певзнер, С.С. Мнухина,

А. В.Снежневского, М.Ш.Вроно, В. В. Ковалева, К.С.Лебединской, Д. Н. Исаева, В.М.Башиной, И.А. Козловой, Н. М. Иовчук, М.Я.Цуцульковской и других. Психологическая диагностика стро­ится на базе, заложенной трудами В. М. Бехтерева, Г. И. Россолимо, Л.С.Выготского, Н.И.Озерецкого, А.Р.Лурия, Б.В.Зейгарник,

С.Я.Рубинштейн, М. П. Кононовой, Н. П. Морозовой. В настоя­щее время она развивается в работах В. И.Лубовского, В. В.Лебе­динского, Н.Я. Белопольской, О.С. Никольской, А. Ш.Тхостова, Г. К. Мелешко, Ю.С. Шевченко, И. М. Никольской, Р. А.Туревской, И. И. Мамайчук и многих других.

Применение патопсихологической диагностики традиционно для решения дифференциально-диагностических задач, оценки интеллектуально-личностного состояния пациента, его динамики, актуальных и потенциальных возможностей его обучения и адап­тации.

Диагностика особенностей психического развития аномальных детей связана с психологической квалификацией типа отклоняю­щегося развития — психического дизонтогенеза. Обозначенные задачи решаются с помощью комплекса диагностических процедур (технологий диагностики): экспериментально-психологических методик в сочетании с готовыми психодиагностическими тестами, психиатрическими психометрическими шкалами, материалами проективных методик и техник, данными истории болезни и ма­териалами параклинических исследований. Применяются методы современной «доказательной» медицины и психологии наряду с качественным анализом нарушенного развития в его многообраз­ных проявлениях.

Проведение нозологической дифференциальной диагностики на современном этапе требует участия психологов. Самый простой пример — диагностика умственной отсталости и ее форм опира­ется на количественную (измерение 10) и качественную оценку (структура дефекта), проводимую специалистами — клиническими психологами.

Динамическое психологическое наблюдение делает возможным прогноз течения заболевания и социальной адаптации больного ребенка, а также определение характера особенностей познава­тельного, эмоционального и личностного развития.

Клинико-психологические синдромы (патопсихологические синдромы, или патопсихологические симптомокомплексы), вы­являемые в ходе патопсихологического обследования, использу­ются врачами при проведении нозологической диагностики в психиатрической клинике.

Другим направлением развития дифференциальной диагно­стики является совершенствование диагностических средств, используемых в патопсихологии.

Третье направление — работа по оценке динамики состояния пациентов (в рамках оценки эффективности лечебных мероприя­тий, коррекционной и психотерапевтической работы).

Проводятся научные исследования по изучению взаимосвязи индивидуально-типологических особенностей пациентов и вида нарушения адаптации, вида психопатологических расстройств, которые могут у него возникнуть. Примерами такой взаимосвязи могут выступать: поиск соответствия личностных особенностей (характера, акцентуации и т.д.) и типа психопатологического рас­стройства (например, типа невротических реакций); изучение когнитивного стиля (нейрокогнитивного дефицита) и типа фор­мирования дефекта [ 136].

Патопсихологическая квалификация нарушений психической деятельности, наблюдаемых при одном и том же синдроме, диагно­стированном в рамках различных нозологических единиц, — так­же одно из перспективных направлений в данной области. В ка­честве примера можно привести синдром патологии влечения, встречающийся при различных заболеваниях: в зависимости от основного заболевания иным будет и характер ведущих психоло­гических нарушений, и структура дефекта.

Примером дифференциальной патопсихологической диагно­стики может служить исследование больных с затяжными гипома- ниакальными состояниями при шизофрении в детском возрасте. Дети обнаруживали особенности познавательной деятельности, свойственные лицам шизоидного круга (диссоциированное ее развитие, нарушение избирательности мышления и восприятия), тогда как у детей с гипердинамическим синдромом вследствие раннего органического поражения центральной нервной системы не было выявлено подобной диссоциации. Напротив, для этой группы испытуемых был характерен невысокий уровень овладения перцептивными действиями и мыслительными операциями, у них отсутствовало нарушение избирательности познавательной дея­тельности. У экспансивных шизоидов, в отличие от больных шизофренией с затяжными гипоманиакальными состояниями,

нысокая продуктивность интеллектуальной деятельности сочета­лась с ускоренным и относительно гармоничным развитием по- шавательных процессов.

Таким образом, экспериментально-психологическое исследо­вание выявляет различия между разными клиническими группа­ми детей с затяжными гипоманиакальными состояниями. При малопрогредиентной шизофрении больные с непрерывной фор­мой течения болезненного процесса показывают более низкие результаты, чем дети с «нажитой» гипоманией в рамках малопро- гредиентного приступообразного течения. При этом развитие последних характеризуется более выраженной диссоциацией опе­рационного и предметно-содержательного планов познавательной деятельности и нарушениями избирательности.

Получены клинико-психологические данные о влиянии повы­шенного аффекта на возможности адаптации этих больных в за­висимости от формы течения болезни: для детей с непрерывным течением процесса такой аффект является, скорее, неблагопри­ятным признаком, тогда как у детей с приступообразным течени­ем гипомания способствует реализации потенциальных возмож­ностей личности и достаточно хорошей социальной адаптации |181.

**Глава 4**

**Психологическая квалификация особенностей психического развития в рамках пограничной психической патологии**

* 1. Проблема школьной дезадаптации и психология аномального развития

Период школьного обучения — это качественно иной в срав­нении с предшествующими институтами этап социализации, складывающийся из совокупности умственных, эмоциональных и физических нагрузок, которые предъявляют новые, усложненные требования к психофизиологическим, интеллектуальным, лич­ностным возможностям ребенка.

Многообразные аспекты проблемы адаптации ребенка к этим требованиям издавна привлекали внимание разных специалистов, работающих с детьми младшего школьного возраста и подростка­ми: детских психиатров, психологов, педагогов, педагогов-дефек- тологов, физиологов, социологов. Широко представленные иссле­дования школьной неуспеваемости детей без признаков выражен­ной интеллектуальной недостаточности, нарушения поведения у школьников, не имеющие отчетливой клинической картины, но при этом выступающие как этап формирования пограничных нерв­но-психических расстройств, послужили основанием для выделе­ния относительно самостоятельного объекта междисциплинарных исследований, получившего название «школьная дезадаптация». Специалисты, работающие по данной проблематике, единодушно отмечают рост количества учащихся со «школьной дезадаптацией» (в некоторых случаях количество таких учащихся составляет от 31,6 до 76,9 % от общего числа всех учащихся) [3, 33, 57, 81 ].

Масштаб явления, его негативные последствия (социальная дезадаптация, нарушения поведения на клиническом и крими­нальном уровнях) выводят проблему школьной дезадаптации на передний план в области пограничных расстройств детского воз­раста. В основе ухудшения психического здоровья в целом и школьной дезадаптации в частности лежат такие системообразу­ющие факторы, как политическая и экономическая нестабиль­ность общества, «духовный кризис», экологические, демографи­ческие, миграционные и другие причины [47, 57]. При всем мно­гообразии факторов, приводящих к возникновению школьной дезадаптации, она не может быть понята вне рассмотрения пато­психологических механизмов и патопсихологической оценки.

Школьная дезадаптация, безусловно, требует разработки кор­рекционных мероприятий. Известно, что школьная дезадаптация и начальной школе проявляется главным образом в нарушениях обучаемости, а не собственно поведенческими расстройствами. И основе первых лежат мозговые особенности когнитивных про­цессов. Педагоги и школьные психологи оценивали действия детей на поведенческом уровне, не учитывая очевидных опосре- дований этих действий со стороны ЦНС.

Считалось, что многие специалисты не были склонны объеди­нять две области: нейрологию и психологию. В этом смысле ин­тересна и поучительна история появления школьной нейропси­хологии на Западе. Под школьной нейропсихологией понимается область школьной психологии и консультирования, изучающая и позволяющая проводить коррекцию нейропсихологических осо­бенностей детей школьного возраста. Упоминание о школьной нейропсихологии как специальном разделе школьной психологии ипервые появилось в статье Дж.Хайнда в журнале «Школьная психология» 1197]. Спустя четверть века уже несколько сот школь­ных психологов получили докторские степени в школьной психо­логии со специализацией в нейропсихологии. Значительное число психологов прослушали семинары по нейропсихологическим основам школьного обучения и расстройствам поведения в рамках курсов повышения квалификации [ 1951.

По аналогии со школьной нейропсихологией как самостоятель­ным направлением в рамках школьной психологии на базе идей и знаний из нейропсихологии уместно говорить о школьной пато­психологии. В нашей стране более приемлемым считается сотруд­ничество школьных и клинических психологов для решения разнообразных вопросов, связанных с психическим здоровьем и идаптацией [57, 133].

* + 1. **Школьная дезадаптация**

Школьная дезадаптация — нарушение (отклонения) полно­ценной адаптации к обстановке школьного обучения, под которой подразумевается совокупность умственных, эмоциональных и фи зических нагрузок, как связанных, так и не связанных с учеб- 111.1м процессом непосредственно.

По мнению большинства психологов, поступление ребенка в школу является стрессогенным фактором, поскольку школа качест- нспно отличается от предшествующих институтов социализации (семья, дошкольные учреждения) системой требований к целост­ной личности ребенка.

Социально-психологические особенности ребенка прямо или опосредованно определяют возможности адаптации ребенка к школе. Внешними критериями школьной дезадаптации являются: несоответствие социопсихологического и психофизиологическо­го статуса ребенка и требований школы как института социали­зации; низкая успеваемость; слабое усвоение новых социальных норм; нарушения дисциплины.

Признаки могут встречаться по отдельности и в совокупности.

Школьная дезадаптация может быть частным проявлением общей социально-психологической дезадаптации (обычно у детей с наличием различных нервно-психических расстройств) или непосредственно связана с отклонениями в ведущей учебной дея­тельности, проявлением дидактогении.

В группу риска по школьной дезадаптации попадают дети, в анамнезе у которых имеются резидуальная органическая патология ЦНС и неблагоприятные социокультурные условия, предшеству­ющие школьному периоду. Риск дезадаптации ребенка повыша­ется в определенные кризисные моменты: во время поступления ребенка в школу; в период перехода из начальной школы в сред­нюю. Объективно это совпадает с появлением новой ведущей деятельности, так же как и психофизическими особенностями созревания организма подростка. Важную роль в школьной адап­тации и ее нарушениях играет личность ребенка со своими инди­видуальными и возрастно-психологическими проявлениями.

Профилактика предполагает умение прогнозировать обучае­мость ребенка с целью создания адекватных возможностям ребенка условий обучения, более раннюю коррекцию общей социально­педагогической дезадаптации различными специалистами, реали­зацию индивидуального подхода в выборе мер психолого-педаго- гической коррекции нарушений школьной адаптации.

* + 1. Дидактогении

Со школьной дезадаптацией тесно связано понятие дидакто­гении. Дидактогении (от греч. «дидактос» — приобретаемый посредством изучения и «генос» — происхождение), или педагого- гения, — это отклонения в здоровье ученика, обусловленные и связанные с процессом обучения в широком смысле. Термин «дидактогения» употребляется часто в том же значении, как в других отраслях термины «ятрогения», т. е. нанесение вреда боль­ному врачом или другим медицинским работником, а также тер­мин «сорроригения», т.е. вред, наносимый медицинской сестрой (лат. га/го/\* — сестра).

При широком понимании характера воздействия различают физическую и психическую дидактогению. ~

Психическую дидактогению относят к разряду психогений, поскольку прослеживается психогенный механизм возникновения и развития отклонения в психическом здоровье ученика.

К проявлениям дидактогении относятся различные по типу и динамике реакции:

г

депрессивные состояния, в том числе в виде страха разной интенсивности (отказ идти в школу, пассивно выражаемое неже­лание учиться, страх перед учителем, ответа у доски, контрольной работы, ожидания отметки и т.д.);

сверхценное отношение к учебе, к выполнению домашних заданий и др.

В большинстве случаев дидактогении речь идет не об острых реакциях на получаемый в процессе обучения стресс, а о хрони­ческих состояниях. Специфика дидактогении может определяться исихотравмирующей учебной ситуацией, особенностями личности ученика, его физическим состоянием и возрастом. Источниками дидактогении выступают личность ученика, а также личность педагога вкупе со стилем обучения и, собственно, особенностями процесса обучения.

Если роль личности ученика в возникновении дидактогении является решающей, следует говорить о псевдодидактогении, по­скольку трудности адаптации у данного индивида распространя­ются на все области жизнедеятельности, а не только учебную. Личность ученика, его возрастные и индивидуально-психологи­ческие особенности, например обостренная эмоциональность младших школьников, может стать «слабым звеном» и облегчить возникновение дидактогении. У девочек отмечается эмоциональ­ная нестабильность (высокая тревожность и напряженность), у мальчиков — напряженность, раздражительность, фрустрирован- ность. Среди школьников средней возрастной группы (10—11 лет) достоверно чаще встречаются не уверенные в себе и легкоранимые деги. Поданным И.Н.Гильяшевой и Э.М.Александровской, не­уверенность в себе у младших школьников связана с неблагопо­лучием в учебной деятельности |3]. В подростковом возрасте личностный фактор становится особенно значимым в возникно­вении дидактогении. Стремление к самоутверждению, обострен­ная потребность в самоуважении приводят к повышенной кон­фликтности. В этой связи возрастает значение личности педагога и проблема совместимости педагога и ученика.

Личность педагога и стиль обучения существенны для возник­новения дидактогении. В настоящее время расхожее представле­ние о типах педагогических стилей как авторитарном и демократиче- ском весьма неудовлетворительно. Стили педагога нуждаются в колее пристальном психологическом исследовании и квалифика­ции. Известно, что стили обучения, различающиеся в зарубежной психологии, такие как актерский, полемический, доверительныйи другие, изучались главным образом со стороны успешности обучения, показателей обученности, уровня знаний, а не со сто­роны влияния на психическое здоровье ученика.

Особенности самого процесса обучения, как следует из назва­ния, влияют на возникновение дидактогении. Речь идет о ситуации школьного образования в целом. Магистральным направлением развития обучения является интенсификация учебного процесса, а не экстенсификация (т.е. за счет увеличения учебной нагрузки как по времени пребывания в школе, так и за счет увеличения охвата различными предметами и увеличением объема изучаемого материала). Чрезмерные нагрузки у детей, несогласованность между структурами начальной и средней школы, отсутствие преемствен­ности в программах и методах обучения, нарушения необходимых медико-социальных, санитарно-гигиенических норм пребывания ребенка в школе — факторы, которые приводят к появлению от­клонений у детей, наблюдаемые в популяции в целом (79, 156].

* + 1. **Дети с педагогической и социальной запущенностью и пониженной обучаемостью**

Термин «педагогическая запущенность» обычно применяется к школьникам в значении одной из причин неуспеваемости (А. Н. Леон­тьев, А. Р.Лурия, A.A.Смирнов). Это частный вид дидактогении.

Социально-педагогическая запущенность понимается как ущерб­ность микросоциальных условий (социальная депривация, мате­ринская депривация) развития на ранних и/или более поздних этапах онтогенеза, вследствие которой ребенок приобретает устой­чивое состояние психики, характеризующееся как недостаточно полноценное психическое развитие. Л. С.Славина различает педа­гогическую и психологическую запущенность. Педагогическая запущенность понимается в узком значении, когда причина школь­ной неуспеваемости кроется в наличии пробелов, образовавших­ся из-за пропуска занятий по болезни, по семейным обстоятель­ствам либо другим причинам, носит обратимый характер (как только ликвидируются пробелы, неуспеваемость исчезает) 1140J.

В соответствии с методологией культурно-исторического под­хода, обучению принадлежит ведущая роль в психическом разви­тии ребенка. Чтобы ребенок развивался в процессе обучения, оно должно ориентироваться на сложившиеся особенности умствен­ной сферы ребенка и на те особенности умственной деятельности, которые еще только начинают формироваться [35]. Психическое развитие предполагает диалектическое взаимодействие внешнего и внутреннего. Внешние воздействия непосредственно не опре­деляют особенности развивающейся личности. С.Л.Рубинштейн разрабатывал проблемы внутренних условий психического разви-

I ия, общей зависимости обучения от обучаемости, предпосылок, лежащих в субъекте обучения. Он попытался определить психо­логическую сущность способности ребенка к обучению. Социаль- ио-педагогическая запущенность может иметь место на разных ггапах онтогенеза — по меткому выражению П. П. Блонского — «второгодничество до школы».

Понятие педзапущенности тесно связано с причинами пони­женной обучаемости, лежащими не столько в субъекте, сколько в особенностях условий развития ребенка. В экспериментальных работах клинических и школьных психологов исследуются особен­ности учащихся разной степени педагогической запущенности умственного, нравственного, физического развития и учащихся с нарушенным темпом физического и умственного развития вслед­ствие функциональных расстройств психической деятельности и недостатков здоровья (категория детей с ЗПР). Как правило, речь идет о детях с пониженной обучаемостью, или с так называемыми трудностями школьного обучения (ТШО). Ниже приводятся краткие характеристики детей с пониженной обучаемостью, развитие кото­рых входит в сферу изучения патопсихологии детского возраста [25].

г

Среди категории детей с низкой обучаемостью всегда находит­ся небольшая часть (из числа детей коррекционно-диагностиче­ских групп школы — 9%) (У. В.Ульенкова, 2001), отставание в развитии у которых связано с ранней и глубокой педагогической тпущенностью. Вследствие отсутствия необходимой социальной стимуляции в сензитивные сроки у них страдают все стороны психического развития. Это прежде всего педагогически запущен­ные дети, дети с ЗПР и умственно отсталые дети.

Достижения дефектологии и специальной психологии в вычле­нении специфических особенностей развития детей с проблемами в обучении дошкольного и младшего школьного возраста (Т. А. Вла­сова, К.С.Лебединская, М.С. Певзнер, В. И.Лубовский, У. В.Ульен­кова и др.) [31, 87, 93, 149| позволяют более точно дифференци­ровать эти группы детей.

Формы неуспеваемости различают по времени происхождения («ранняя» и «поздняя»), по качеству ущербности психологическо- ю развития интеллектуальной и личностной сферы, степени вреда психическому развитию. Пониженная обучаемость детей имеет разные причины и потенциальные возможности обратимости.

Острота проблемы типологии пониженной обучаемости напря­мую связана с поисками адекватных путей коррекционной помощи н им детям, необходимостью программ эффективной индивиду­ал изированной помощи детям. Низкая обучаемость вариабельна не только по степени выраженности этого качества, но и в зави­симости от причин нарушения психического развития ребенка (следовательно, и в зависимости от степени обратимости этого состояния в специально созданных условиях).

* + 1. Школьная дезадаптация детей и подростков с психическими расстройствами

Школьная дезадаптация может наступить у детей, имеющих расстройство психического здоровья. Специальное исследование, посвященное оценке школьной дезадаптации детей и подростков с психическими расстройствами, было предпринято О. П. Шмако­вой. На материале психоневрологического диспансера (г. Москва) она проследила частоту встречаемости и качество школьной дез­адаптации у психически больных детского и подросткового воз­раста. Была выявлена значительная распространенность школьной несостоятельности у пациентов амбулаторного поликлинического звена психиатрической помощи, страдающих психическими рас­стройствами. Щадящих условий обучения требовали 43 %, обуча­лись в стандартных условиях — 57 % пациентов. Щадящие формы обучения — индивидуальные (в школе и на дому); обучение в специализированных коррекционных учебных заведениях; обу­чение в школах при психиатрических больницах; в классах вырав­нивания (КРО — коррекционно-развивающее обучение).

Трудности обучения касались преодоления образовательных нагрузок и взаимоотношений с окружающими. Коррекция этих трудностей осуществлялась средствами психофармакотерапии и психолого-педагогической помощи. Успешность преодоления школьной дезадаптации связывалась с легкой степенью выяв­ляемых психопатологических нарушений; относительно более поздней манифестацией заболевания (в пубертатном и препу- бертатном возрасте) при обязательном выполнении пациентом терапевтических рекомендаций психиатра. Важным в деле адап­тации был мультидисциплинарный подход специалистов (психо­логов, педагогов-дефектологов, логопедов), работающих в одной «команде», и активное участие родителей (гиперпротективная, заинтересованная позиция родителей по отношению к обучению). Позитивное влияние оказывает наличие у ребенка (подростка) устойчивых познавательных интересов, в том числе сверхценных увлечений какой-либо отраслью знаний, и отсутствие сложивших­ся стереотипов антисоциального личностного реагирования.

Была обнаружена дифференциация частоты встречаемости школьной дезадаптации в разных выборках больных. Не справ­ляются с программой, требуют щадящих условий обучения: 83 % больных шизофрений; 67 % больных с аффективной патологией; 57 % больных с расстройствами личности; 53 % больных эпилеп­сией.

Так же, как и у здоровых сверстников, у психически больных детей существуют периоды, когда возникновение школьной дез­адаптации «облегчается». Школьная дезадаптация чаще регистри­руется при начале обучения в школе (1 класс); переходе из младшей школы в среднюю (V класс) и в период окончания средней школы (VII —IX классы). С этими периодами сопоставимы критические возрастные периоды (кризис 7 лет и пубертатный). В случае перехо­да на обучение в среднюю школу большее значение имеет измене­ние социального жизненного стереотипа (на первый план высту­пают психогенные причины для возникновения дезадаптации).

О. П. Шмакова предлагает следующее деление школьной дез­адаптации у психически больных детей и подростков (независимо от нозологии):

1. по продолжительности — временная (до 6 мес.) и стойкая;
2. по причинам — манифестация или обострение (экзацерба- ция) психического заболевания, или вследствие патологического личностного развития (по психогенным механизмам);
3. по сфере преобладающих нарушений (когнитивные, поведен­ческие, с нарушением социальных контактов, сочетанные виды);
4. по степени выраженности — выраженная, собственно нали­чие школьной дезадаптации, угроза ее возникновения.

Отмечается, что имеется нозологическая специфика видов школьной дезадаптации, а время ее преодоления может быть очень длительным [162].

Для успешного пребывания в образовательном учреждении ребенка с психическим нездоровьем необходима комплексная работа специалистов — врачей, а также качественное психолого­педагогическое сопровождение, осуществляемое силами психоло­гов, педагогов и социальных работников [57, 104, 133, 156].

* 1. Невротические реакции и неврозы как область научно-практической деятельности в психологии аномального развития

В последней международной классификации болезней (МКБ-10) невроз как самостоятельное заболевание или группа заболеваний не выделяется. Сохранилось наименование широкой группы нару­шений как «невротические, связанные со стрессом, и соматоформ- ные расстройства». В практике по-прежнему широко использует­ся диагноз «невроз» как врачами, так и теми, кто знает об этом заболевании не понаслышке. Проблема определения неврозов, их происхождения и развития волновала многих ученых, врачей. Но гораздо раньше, чем больные с неврозами оказались в их поле зрения, с этими расстройствами сталкивались священники, опи­сывали их в своих романах писатели.

Неврозы — самое распространенное нервно-психическое забо­левание среди детей и взрослых. В психологии неврозы и невро­тические реакции подверглись пристальному вниманию, начиная с 3. Фрейда, далее его последователями — А. Адлером, К. Юнгом, К.Хорни. Классические определения невротических расстройств можно найти в работах К. Ясперса, выдающегося немецкого психи­атра, психолога, экзистенциального философа. Эти авторы показа­ли, какую роль в возникновении невроза играют внутренние кон­фликты, часто относящиеся к сфере бессознательного. В отечест­венной психологии проблемой происхождения неврозов занимался

В. Н. Мясищев, в настоящее время А. И. Захаров, В. И. Гарбузов.

Существуют различные определения неврозов, высвечиваю­щие одну или другую сторону заболевания. В «Толковом слова­ре психиатрических терминов» дано следующее, принадлежащее Б.Д. Карвасарскому, определение: «Неврозы — это психогенные нервно-психические расстройства, заболевания личности, возника­ющие в результате нарушения особо значимых жизненных отно­шений человека и проявляющиеся в специфических клинических феноменах при отсутствии психотических явлений». В. Н. Мясищев в определении невроза подчеркивал, что болезнь прежде всего представляет собой нарушение развития личности.

Невроз — это психогенное заболевание, в основе которого лежит неудачно, нерационально, непродуктивно разрешаемое личностью противоречие между ней и значимыми для нее сторонами дейст­вительности, вызывающее болезненно-тягостные переживания: неудач в жизненной борьбе, неудовлетворения потребностей, недостигнутой цели, невосполнимой потери. Неумение найти ра­циональный и продуктивный выход из переживаний влечет за собой психическую и физиологическую дезорганизацию личности.

Психогенный характер заболевания означает, что оно обуслов­лено действием психических (психологических) факторов, значи­мых для человека и выражаемых в виде тех или иных существен­ных для него переживаний. Эти переживаемые человеком факто­ры обозначаются как внутренний или невротический конфликт. Связь невроза с психотравмирующей ситуацией позволяет считать его принципиально обратимым состоянием [108].

По В. В. Ковалеву, неврозы — группа психогенных заболеваний непсихотического уровня, возникающих вследствие реакции личности на внешний или внутренний конфликт, проявляющих­ся психологическими (прежде всего эмоциональными), физиоло­гическими нарушениями, сопровождаемых ощущением чуждости расстройств по отношению к личности, переживаемых ею, как несвойственные ей раньше [731.

Сам термин «невроз» был введен достаточно давно великим врачом Галеном еще в 1776 г. В переводе с греческого языка слово переводится как «болезнь нервов».

Для невроза характерны:

1. обратимость патологических нарушений независимо от их длительности;
2. психогенная (психотравмирующая) природа заболевания, которая выражается в связи между клинической картиной невроза, особенностями личности больного и конфликтной ситуацией;
3. специфичность клинических проявлений, обусловленная доминированием эмоционально-аффективных и соматовегета- тивных расстройств.

Все исследователи отмечают вариативность невротических симптомов, их взаимосвязь с уровнем напряжения психологиче­ского конфликта. К обозначенным выше критериям можно при­соединить наличие невротических особенностей личности и ха­рактерного типа невротического конфликта при недостаточности психологической защиты [66, 108, 145].

В области психологии аномального развития неврозы занима­ют особое место. Это связано со спецификой самого заболевания, и возникновении и развитии которого играют большую роль собст­венно психологические факторы (психогенное начало, характероло­гические особенности, внутренние конфликты и психологическая мщита, особенности системы воспитания и детские переживания, с ними связанные), а также методов лечения, в которых наряду с медикаментозными на первый план выходят психотерапия и пси­хологическая коррекция.

В клинической картине неврозов следует различать: невротиче­скую реакцию, невротическое состояние и невротическое развитие личности.^Невротическая реакция является кратковременным способом реагирования на стрессогенную ситуацию, тем не менее приводящая к возникновению проявлений, характерных именно для неврозов.^Невротическое состояние указывает на затяжной характер реагирования и устойчивость эмоционально-личностных проявлений. О невротическом развитии личности есть смысл гово­рить как о типологически сложившемся способе реагирования, возникшем в ситуации определенной системы воспитания ребенка.

1. Основные характеристики невротических расстройств в детском возрасте

У детей клиническая картина невроза имеет ряд своеобразий: незавершенность симптоматики, значительная выраженность соматовегетативных и двигательных нарушений, в силу возраста отсутствие или меньшая степень личностной переработки пси- хотравмирующей ситуации и самих расстройств. У детей преоб­ладают «моносимптомные» невротические расстройства в виде невротического энуреза, энкопреза, тиков и заикания. Иногда их объединяют в понятие «системные неврозы»[[2]](#footnote-2), поскольку ведущим

симптомом в таких случаях будет поражение функционирования определенной системы органов (речевая система, двигательная система, выделительная система и т.д.). По нашим данным[[3]](#footnote-3), среди детей, родители которых обратились за помощью в психологиче­скую службу начальной школы в связи со школьной дезадаптаци­ей, такие моносимптомы наблюдаются у 80 % детей (ведущий симптом — разнообразные тики).

По мнению А. И.Захарова (1982), эпидемиологическое иссле­дование неврозов затруднено, поскольку требует проведения на­правленной и довольно продолжительной беседы с каждым из детей, или хотя бы одним из родителей. Легче обратиться к данным по заболеваемости неврозами среди нервно-психических больных. Неврозы выявляются у 27 — 45 % детей с нервно-психическими нарушениями. В среднем эта цифра составляет 36 %, т.е. по край­ней мере каждого третьего из детей с нервно-психической пато­логией условно можно считать больным неврозом. К ведущим невротическим нарушениям, выявляемым у детей на неврологи­ческом приеме, относятся астеноневротический синдром и невро­тические реакции. Как справедливо отмечает А. И.Захаров, это соотношение увеличивается при массовом обследовании в школе и выявлении психогенных форм школьной дезадаптации у 15 — 20 % учащихся [52].

Невротические расстройства у детей и подростков представ­лены в основном теми же видами, что и во взрослой клинике: неврастенией, неврозом навязчивых состояний, истерическим неврозом. Описание невротических расстройств дается по мате­риалам А. И.Захарова и В. В. Ковалева.

Неврастения (астенический невроз). В этиологии астениче­ского невроза главная роль принадлежит продолжительно воздейст­вующему стрессу, хронической психотравмирующей ситуации, длительному недосыпанию, прослеживается связь с умственным или физическим переутомлением, опасной для жизни ситуацией. Конфликты в семье и школе, неадекватное воспитание, когда к ребенку предъявляют чрезмерные требования, не соответствующие его возможностям, — факторы, которые можно обнаружить в анамнезе детей, заболевших данным неврозом. В развернутой форме неврастения встречается у детей школьного возраста и подростков, в младшем возрасте встречаются более или менее выраженные психогенные реакции со сходными проявлениями. Основными симптомами болезни являются жалобы на повышен­ную утомляемость, снижение успеваемости и продуктивности в разных делах, невозможность сосредоточиться, физическую сла­бость и истощаемость даже после минимальных усилий, невоз­можность расслабиться. Часто к этому присоединяются и другие неприятные физические ощущения, такие как головокружения, головные боли, желудочно-кишечные расстройства. Наблюдаются раздражительность, потеря чувства радости жизни, удовольствия, различные нарушения сна. Основными внутренними факторами предрасположенности к возникновению неврастении являются соматическая ослабленность (например, после перенесенного 1аболевания) и резидуальная органическая недостаточность.

По характерологическим особенностям ребенок обычно робок п неуверен в себе. Основной внутренний конфликт — это конфликт между «Я могу, у меня получится!» и опасениями «А вдруг не по­мучится?» Стилем приспособления ребенка, его психологической шцитой становится бегство от жизни: «Я болен, оставьте меня в покое». Выглядит он весьма жалким и слабым. Окружающие ре- «емка действительно жалеют, опекают. Следует помнить, что такая позиция появилась у ребенка в результате длительной психотрав­мирующей ситуации (например, неуспехов в школе, которые могут «ыть и чисто субъективными). Другая позиция: «Я хочу! А что если решиться, попробовать?!» — также присутствует, но подавлена и не проявляется. В некоторых случаях второй мотив побеждает, и ребенок становится непредсказуемо отчаянным, смелым.

В литературе появилась интересная книга Павла Санаева «По­хороните меня за плинтусом», в которой он в художественной форме описывает свое детство в условиях тяжелого конфликта с тарших поколений, невозможности выдержать весь груз этих пе­реживаний, и, как результат, бегство в болезнь (повышение темпе­ратуры, приступы астмы).

Резюме по неврастеническим расстройствам у детей: характер­но сочетание повышенной возбудимости с быстрой утомляемо­стью, снижение работоспособности, неустойчивость настроения, как правило, сопровождается расстройствами сна. Причинами служат обычно хронические психотравмы, связанные с конфлик- 1ами в семье и школе; чрезмерные требования к ребенку; непре­одолимые противоречия между «надо» и «не могу»; ребенок берет ма себя больше, чем он может [52, 73].

Невроз навязчивых состояний (невроз навязчивых страхов, или фобический невроз, и невроз навязчивых действий, или «бсессивный невроз). У детей и подростков в возникновении и ого невроза главную роль играет психотравмирующая ситуация, снизанная с конфликтом между чувством долга и желанием, с >моциональным напряжением из-за осознания повышенной ответ- сгиенности, внушенной взрослыми. У более маленьких детей 1акой невроз может возникнуть под влиянием острой психотрав­мы, под воздействием сильного испуга. Основной чертой этого расстройства являются повторяющиеся навязчивые мысли или исйствия. Проявляется в виде навязчивых страхов или навязчивых действий. У детей школьного возраста основную роль играют дли­тельные психотравмирующие ситуации; эмоциональное напряже­ние из-за сознания повышенной ответственности, внушенной взрослыми; острые психотравмы, сопровождаемые испугом; на­личие специфических черт характера (тревожность, мнительность, педантичность); страх ко всему новому; гиперпротективный стиль воспитания (тревожное, требовательное отношение). Симптомы неврозов могут возникать довольно рано и проявляться, например, в совершении навязчивых действий, таких как хождение опреде­ленным маршрутом, мытье рук, навязчивый пересчет предметов и др. Невроз навязчивых страхов и невроз навязчивых действий (обсессивный) — это длительно протекающие неврозы с частыми рецидивами. Внутренний конфликт у этих детей возникает между обостренным инстинктом самосохранения и чрезмерной требо­вательностью к себе («все должно делаться, как надо»). Психоло­гическая защита ребенка строится на чувстве собственного пре­восходства над другими детьми. «Если я что-то делаю, что кажется другим глупым, то это потому, что понимаю больше и вижу дальше и глубже». Навязчивые образы, идеи, влечения стереотипно при­ходящие на ум больному, тягостны, больной пытается сопротив­ляться им. Идет невротическое развитие личности по обсессивно- фобическому типу. Жизнь ребенка становится ритуализированной. Сами навязчивые действия не доставляют внутреннего удовольст­вия, их задача — предотвратить какие-либо события, способные причинить вред ребенку или членам семьи [52, 73, 100].

От навязчивых действий следует отличать защитные ритуалы. По мнению В. И. Гарбузова, последние обусловлены психической защитой от имеющейся внутриличностной тревоги и сами по себе не имеют характера навязчивости. В этом случае ритуальные сте­реотипные действия предпринимаются для предупреждения тре­воги и являются попыткой совладать с ней.

Истерический невроз. Возникает вследствие подостро или хронически действующей психотравмирующей ситуации, свя­занной с конфликтом между желаемым и реально достижимым, возможным. Истерия как отдельное заболевание известна с глу­бокой древности, ее описание есть в Новом Завете и Ветхом Завете. Уже в период раннего детства могут возникать невротиче­ские истерические реакции, являясь непосредственным ответом на психотравмирующее воздействие.

Первоначально эти реакции ограничиваются отдельными симп­томами: моторная протестная («аффективная двигательная буря»), соматовегетативная (нарушение глотания, привычная рвота, за­держка мочеиспускания), речевая (мутизм) реакции. В дальней­шем происходит фиксация симптоматики, если этому способствует особое воспитание (по типу «кумир семьи»), и развитие развер­нутого истерического синдрома.

Для истерии характерно большое разнообразие клинических проявлений. Предрасполагающими факторами являются наличие истероидных характерологических черт, повышенная внушаемость и самовнушаемость, высокая эмотивность, психический инфан- шлизм. Многие психологи и психиатры указывают на примитив­ность истерических способов реагирования, их связь с невысоким уровнем интеллекта. Ребенок эгоистичен, капризен, упрям. Внут­ренний конфликт возникает между желанием «хочу» или «не хочу» ребенка и требованиями к нему окружающих, которые не стано- нится его собственными, внутренними: «надо», «нельзя», «стыдно». Формы защиты довольно разнообразны, но в них, как правило, отражаются эгоистические установки ребенка: «меня не понима­ют», «не любят», «не хотят принять». Из всех форм неврозов ис­терический невроз больше других доставляет проблем родителям, фуднее всего поддается лечению [52].

1. Особые виды невротических расстройств детского и подросткового возраста

г

Как отмечалось выше, невротические симптомы и невроз как тболевание в детстве сходны с аналогичными нарушениями в дру- I их возрастах. Тем не менее иногда выделяют особые формы невро­тических расстройств, часто встречающихся в детском возрасте.

Ипохондрический невроз. Как самостоятельная форма забо­левания встречается в препубертатном и пубертатном возрасте.

Причины возникновения: длительная психотравмирующая ситуация, связанная с тяжелым заболеванием близких; особый стиль родительского воспитания (гиперпротекция с тревожным отношением родителей к здоровью ребенка); сам пубертатный нозраст также является критическим фактором.

Симптомы: преходящие опасения и страхи по поводу здоровья, кратковременные вегетативные расстройства (обмороки, покрас­нения, сердцебиение и т.д.). Имеет тенденцию к длительному течению и часто переходит в невротическое развитие личности.

Невроз страха. Страхи, различные по содержанию и клиниче­ским проявлениям, встречаются при любом неврозе, поэтому не исегда состояния страха выделяют в качестве самостоятельной формы невроза, его можно также рассматривать как вариант не­кроза навязчивых состояний, но для детского возраста его чаще вы­деляют как самостоятельный вид нарушения. В этиологии данного невроза большую роль играет шоковая или субшоковая психоге- иия, острый испуг, а также длительная психотравмирующая ситуа­ция, страх перед которой порождает невротическое реагирование.

Существенно, что при неврозе страха характерен отход от психо- травмирующей ситуации, возможна иррадиация страха на другиеntvht'Ki'hi, сграх становится гипертрофированным, сверхценным, поскольку возникает прежде, чем конкретные опасения. Страх темноты, одиночества, утраты здоровья, перемен, за свою жизнь или жизнь близких определяет поведение ребенка. К предраспо­лагающим факторам относят повышенную впечатлительность, внушаемость, тревожную мнительность. В семье таких детей ро­дители склонны к гиперопеке, тревожным опасениям за ребенка. Так же, как и при неврастении, гипертрофированные опасения играют роль психологической защиты в сверхтрудных для лично­сти ребенка ситуациях. Страхи оправдывают ребенка в его собст­венных глазах и глазах взрослых в случае необходимости выпол­нить непосильную задачу. Часто в школьной практике наблюда­ются страхи перед учителями, ответов у доски, контрольной работы (в его основе часто лежит внутренний конфликт между I «надо», «так хотят окружающие» и «я могу», т.е. страх не соответ- ;' ствовать ожиданиям окружающих). 1

По особенностям динамики невроза страха различают кратко­временный и затяжной невроз. Кратковременный более типичен для детей младшего возраста. Продолжительность — до 3 — 4 не­дель. Затяжной вариант встречается в более старшем возрасте. Отмечается более сложная картина нарушений — тематика страхов расширяется, появляются соматовегетативные расстройства, рас­стройства сна, аппетита, ипохондрические опасения.

Системный невроз (специфически детский). Это невроти­ческое расстройство, поражающее функционирование определен­ной системы органов (нарушение речи — заикание; нарушение выделительной системы — энурез, энкопрез; нарушения, связан­ные с появлением дополнительных движений, — невротические тики). Эти доминирующие симптомы в системных неврозах близ­ки к нарушениям, которые возникают у взрослых при неврозах органов, при которых в клинической картине на первый план выступает нарушение деятельности одной из соматических функ­циональных систем (ССС; ЖКТ).

Типичным проявлением системных неврозов у детей являются моносимптомные невротические расстройства: тики, энурез, эн­копрез, расстройства сна, аппетита, патологические привычки, такие как сосание пальца, кусание ногтей и ногтевых валиков, онанизм, выдергивание бровей, ресниц и т.д., которые могут протекать изолированно.

Невротические тики. Это разнообразные автоматизирован­ные привычные элементарные движения (мигание, наморщивание лба, раздувание ноздрей, подергивания головой, плечами, «ухмы­лочки», «улыбочки», кусание губ, различные движения конечно­стей); респираторные тики (покашливание, «хмыкание», «хрюка­ющие» звуки). В части случаев тики имеют навязчивый характер и относятся к неврозу навязчивых состояний. Немаловажную роль

и возникновении тиков играют резидуально-органические фак- юры в виде системной слабости стриопаллидарных функциональ­ных механизмов и особенности наследственности. Невротические шки часто наглядно демонстрируют наличие конфликтной для ребенка ситуации развития и говорят о повышенной невротиза- ции. В ряде случаев состояние ребенка ухудшается, присоединя­ются другие невротические расстройства: эмоциональная лабиль­ность, плаксивость, нарушения сна, астенические симптомы. Гики могут подавляться усилием воли, во сне исчезают. Невроти­ческие тики довольно часто сочетаются с энурезом и заиканием.

Энурез. Это недержание мочи во время сна. Энурез — одно из самых распространенных заболеваний в детском возрасте. Диа­гностика возможна с 2,5 лет. В дошкольном возрасте встречается чаще у мальчиков — 12 — 15 % (у девочек — 7 %). В начальной школе частота снижается до 4 %, в пубертатном возрасте практи­чески не наблюдается.

Энурез является неоднородным расстройством в силу разно­образия причин возникновения и по клиническим особенностям. Существуют две формы: невротическая (или неорганическая) и неврозоподобная. При невротическом неврозе значение в его этио­логии имеет психотравмирующее воздействие (в том числе новое место жительства или пребывания), энурез сочетается с астени­ческими проявлениями, тиками, страхами.

Временное исчезновение психотравмирующей ситуации способ­ствует уменьшению и прекращению энуреза. В младшем школь­ном возрасте энурез воспринимается ребенком болезненно, как серьезный недостаток, тем самым усугубляя общую невротическую картину.

Энкопрез. Это непроизвольное выделение кала, преимущест­венно в бодрствующем состоянии. Также, как и энурез, представ­ляет собой сложное в этиологическом, патогенетическом и кли­ническом отношениях расстройство.

У ребенка появляется небольшое количество испражнений на белье, первое время ребенок может сам не замечать этого. В даль­нейшем дети начинают стыдиться, прячут белье, в остальных отношениях становятся подчеркнуто аккуратными. Либо, наобо­рот, не воспринимают энкопрез как что-то неподобающее.

При энкопрезе выявляются общеневротические симптомы (страхи, астеническое состояние и др.). В этиологии энкопреза су­щественную роль играют нарушенные материнско-детские отно­шения (депривация, симбиотическая привязанность) [73, 156[.

Основные предпосылки возникновения неврозов у детей. На сложность заболевания, многообразие лежащих в их основе причин указывают следующие предпосылки: психологическая травма как дебют заболевания, длительно действующие стрессо­генные факторы, приводящие к истощению адаптационных воз­можностей ребенка; особенности внутреннего конфликта и психо­логической защиты ребенка; предневрозные характерологические черты и особенности темперамента. Однако даже наличие только характерологических особенностей — это повод обратиться за консультацией к психологу, чтобы избежать формирования невро­тического характера.

Характер как предпосылка невроза. Он формируется на основе определенного сочетания следующих черт: неуверенность в себе, мнительность, робость; зависимость от окружающих, низкая ответ­ственность; недоверчивость; малая активность, повышенная вну­шаемость, обидчивость, тревожность, фиксация на неудачах и т.д.

Каждому типу невроза, как правило, соответствует свой набор характерологических черт. Принято считать, что при истерическом неврозе ребенок демонстративен, капризен, эгоистичен, эмоцио­нально нестабилен. В случае невроза навязчивых состояний у ребенка преобладает педантичность, боязливость, тревожность, мнительность, повышен инстинкт самосохранения, он чрезмерно рассудителен, «правилен». При предрасположенности к невра­стении ребенок физически слаб, утомляем, робок, боязлив, вну­шаем. При неврозах страха, так же как и при неврастении, ребенок слаб, боязлив, робок, впечатлителен, эмоционально чувствителен, склонен к фантазированию.

Сквозным симптомом всех невротических расстройств являет­ся страх. Страх как эмоциональное переживание и реакция имеет серьезное адаптивное значение в жизни любого индивида. В слу­чае невроза адаптивный механизм утрачивает адекватность, ста­новится несоразмерным ситуации или «застревает», перестает выполнять приспособительную роль, утрачивает актуальность.

А. И.Захаров обратил внимание на различия страхов как возрас­тных проявлений, присущих нормальному онтогенезу, и страхов невротических. Невротическим страхам, в отличие от возрастных страхов, присущи:>большая эмоциональная интенсивность и на- пряженность;<>длительное или постоянное течение Н'Неблагопри- ятное влияние на формирование характера и личности^болезнен- ное заострение;«взаимосвязь с другими невротическими расстрой­ствами и переживаниями (т.е. невротические страхи — это один из симптомов невроза как психогенного заболевания формирую­щейся личности);\*отражение на поведении не только посредством избегания объекта страха, но и всего связанного с ним нового и неизвестного, т.е. развитие реактивно-защитного типа поведения; более прочная связь с родительскими страхами; относительная трудность в плане их устранения. Кроме того, он выделил так называемую триаду страхов, которая гораздо чаще встречается при неврозах: страх одиночества, темноты, животных [52]'.

Следует дифференцировать истинные невротические расстрой­ства и неврозоподобные расстройства, которые сопровождают другие заболевания (эндогенные, органические). Неврозоподобная симптоматика (как следует из самого названия) сходна с невроти­ческой по симптомам, однако не всегда имеет в качестве причины возникновения реальную связь с психотравмой. По мнению пси­хиатров, неврозоподобная симптоматика может указывать на иегрубые проявления психопатологических расстройств.

Многочисленные психологические и клинические работы, посвященные неврозам и их коррекции в детском возрасте, не рассмотрены в пособии, однако цель авторов книги — указать тип нарушений и важность роли психолога в установлении причин развития и устранении симптомов заболевания.

**Глава 5**

**Краткая психологическая характеристика аффективных нарушений**

1. Психологическая характеристика аффективных нарушений в детском возрасте

Эмоциональное реагирование в детском возрасте — одна из ведущих форм взаимодействия ребенка с окружающим миром, регуляции его поведения и деятельности. М. К. Бардышевская и

В. В.Лебединский выделяют в базальной системе эмоциональной регуляции пять уровней [11]:

1. й уровень — оценки интенсивности средовых воздей­ствий;
2. й уровень — аффективных стереотипов;
3. й уровень — аффективной экспансии;
4. й уровень — аффективной коммуникации;
5. й уровень — символических регуляций.

О. С. Никольская, рассматривая уровни аффективной органи­зации поведения, говорит о четырех типах адаптивных задач, в каж­дую из которых включен свой тип аффективного взаимодействия с миром [112].

Эти исследователи иллюстрируют свои модели эмоциональной регуляции примерами их патологического развития, прежде всего раннего детского аутизма. Нарушения эмоциональной сферы могут выступать как следствие собственно дисбаланса или неправильного развития самих эмоций в онтогенезе, и, кроме того, нарушения эмо­ций могут сопровождать определенную психическую патологию.

Для патопсихологии детского возраста большое значение име­ют оба подхода. В данном пособии мы остановимся более подроб­но на феноменологии нарушения эмоциональной сферы, аффек­та в детском возрасте. Длительное расстройство настроения ре­бенка может указывать на психические нарушения у него, так как основной фон его настроения должен быть положительным. Как представлены нарушения эмоциональной сферы (нарушение аф­фекта) в детском возрасте? Анализ литературы показывает, что аффективные расстройства в детском возрасте выступают в виде о} страхов,^аффективной возбудимости [реакции горя и&ффектив- ных психозов [52, 57, 58, 73, 107] (см. табл. 4).

**^ Возрастная динамика страхов (по А. И. Захарову)1**

|  |  |
| --- | --- |
| Возрастной  период | Преобладающие страхи |
| Младенчество (ло 1 года) | Страхи разлуки с матерью, незнакомых взрослых, вра­чей (медицинских работников), уколов и неожидан­ных резких звуков (шума), глубины (при купании) |
| I год | Страх одиночества, незнакомых взрослых, врачей, уколов, резких звуков |
| 2 — 3 года | Страхи наказания, животных, боли (уколов), высоты, движущегося транспорта |
| Младший  дошкольный  возраст | Страх сказочных персонажей, одиночества, темноты, замкнутого пространства, при засыпании, при виде крови |
| Старший  дошкольный  возраст | Период наибольшей выраженности страхов: своей смерти и родителей, животных, сказочных персона­жей, глубины, страшных снов, огня, пожара, войны, страх нападения, темноты, высоты, потустороннего мира (чертей) |
| Младший  школьный  возраст | Школьные страхи: опоздания в школу, ответа у доски, перед контрольной работой, учителей, порицания. Страх смерти (больше выражен у мальчиков), беды, рокового стечения обстоятельств (связан с магиче­ским мышлением), потустороннего мира, судьбы, таинственных явлений |
| Подростковый  возраст | Страх смерти, смерти родителей, войны, стихии, на­падения; страхи заболеть (заразиться), проявить себя |
| Универсальные страхи (на про­тяжении значи­тельного перио­да жизни) | Страх перед засыпанием, темноты |

1 Таблица 4 дополнена Е. Г. Каримулиной, Н. В.Зверевой.

Аффективная возбудимость проявляется в склонности к чрез­мерно легкому возникновению бурных аффективных вспышек (эмоциональных реакций), не адекватных вызвавшей их причине. Для нее характерно возникновение приступов гнева, ярости, за­пальчивости, имеют место двигательное возбуждение, сужение сознания, часто осуществляются необдуманные и опасные дейст­вия. Запреты, замечания могут вызвать бурную реакцию протеста с агрессией. Как правило, аффективная возбудимость наблюда­ется при формирующейся психопатии, неврозах, патологическом

пубертатном кризе, эпилепсии, астении, психопатоподобном варианте психоорганического синдрома |73].

Основа многих «возрастных» страхов (вплоть до младшего школьного возраста) — «природные» страхи, базирующиеся на инстинкте самосохранения, даже если они имеют психогенное ситуативное происхождение. Младший школьный возраст пред­ставляет собой переходный период (от «природных» страхов к страхам угрозы для благополучия), а подростковый возраст зна­менуется преобладающим значением социума в происхождении страха (так называемые социальные межличностные страхи).

Следует отметить, что не все страхи исчезают при переходе на новый возрастной этап, возможна индивидуальная динамика стра­хов у ребенка в связи с жизненными стрессовыми обстоятельст­вами. В целом у девочек значительно больше страхов, чем у маль­чиков, что обусловлено гендерными различиями.

Существует принципиальное сходство страхов здоровых детей и страхов детей с невротическими расстройствами. Основное различие касается степени выраженности и частоты встречаемости страха, затянувшегося несоответствия остающихся страхов ново­му возрастному периоду, наличия некоторых «невротических» страхов («быть никем», «быть ничем» и др.) 152]. Необходимо помнить, что тематика страхов, в том числе детских, отражает социальную ситуацию развития ребенка и общества.

Мнение о том, что у детей возможны классические синдромы нарушения аффекта — депрессии и мании — и их подвиды, в настоящее время разделяется большинством психиатров и других специалистов. Однако 30—40 лет назад, как отмечает Н.М. Иовчук, многие детские психиатры не признавали возможность развития депрессии в детском возрасте, считая, что сама депрессия может возникнуть только у зрелой личности, при этом признаки угнете­ния и печали не рассматривались как проявления депрессии в детском возрасте. По ее мнению, аффективные расстройства в детском и подростковом возрасте имеют свою специфику. Во-пер- вых, депрессивные или маниакальные расстройства почти всегда сопровождают любую психическую патологию в этом возрасте. Во-вторых, имеются трудности диагностики и депрессивных (в силу маскированного характера депрессий), и гипоманиакальных (труд­но отличить от обычной детской живости) состояний. В-третьих, депрессивные расстройства могут выступать как второстепенные, сопровождающие основной вид патологии расстройства, так и в качестве ведущего психического расстройства — аффективного психоза [57].

В детском возрасте встречаются депрессии и мании (гипома­нии) как вид аффективной патологии. Разнообразные виды нару­шения аффекта у детей подробно описаны в работе Н.М. Иовчук и В. В. Ковалева.

Данные о распространенности аффективных расстройств в детском возрасте немногочисленны. Отмечают, что у подростков (13—17 лет) депрессии составляют около 19 % случаев во всей иопуляции старших школьников, но в зависимости от уровня дезадаптации это число возрастает: 11 % — в обычной популяции, 2Х % — среди подростков с выраженными формами школьной дезадаптации, до 53 % — в группе подростков с максимально вы­раженной социальной дезадаптацией. Для детской популяции такой информации не имеется 157, 73]. Маниакальные состояния в детском возрасте являются одной из наименее изученных про­блем в детской психиатрии. Так считает И. В. Буреломова [125|.

Атипичность протекания аффективной патологии в детском возрасте может проявляться в маскировании депрессивных и типоманиакальных состояний интеллектуальной несостоятельно­стью, поведенческими нарушениями, соматовегетативными симп­томами. Есть определенная связь времени начала и кризисных периодов, наиболее часто аффективная патология возникает в 7—10 лет и в пубертате (14 — 16 лет), причем чаше встречается депрессивное начало заболевания, возможны различные сочета­ния чередования аффективных фаз [43, 55, 57[.

Специальное исследование тревожно-фобических расстройств в детской психопатологии было предпринято О. Л. Савостьяновой, которая разработала типологию тревожно-фобических расстройств в детском возрасте. При нормативном развитии формирование аффекта тревоги как защитного механизма происходит постепенно, в соответствии со стадиями развития психики. В случае патологии вместо нормативной реакции возникали патологические реакции па стрессогенные воздействия.

Первичная (эндогенная) тревога представляет собой недиффе­ренцированные эмоциональные расстройства с нарушением ви­тального аффекта. Вторичная (экзогенная) тревога — личностно значимые аффективные комплексы, имеющие защитную функ­цию.

Анализ сочетания когнитивной составляющей (содержательные характеристики тревожно-фобических синдромов) и типа нега­тивной аффективности (эмоционально-лабильный и ригидный) позволил выделить автору три типа формирования у детей тре­вожно-фобических расстройств: по ситуационно-зависимому типу, по личностно-зависимому типу и третьему — так называе­мому витальному типу.

Для первого характерны: паническое расстройство, агорафобии, простые фобии, имелась четкая связь манифестации расстройства с предшествовавшим сильным дистрессом или длительной хрони­ческой психотравмирующей ситуацией. Течение заболевания бла­гоприятно особенно при своевременно начатом лечении, иногда улучшение наступает уже на этапе помещения в больницу.

Второй тип сопряжен с гипертревожностью, социальными фобиями (поведение избегания) и обсессивно-компульсивными расстройствами (стойкое ритуальное поведение), характерна аф­фективная ригидность. Течение заболевания имеет в начале ре­активную природу, постепенно становится либо фазным, либо персистирующим.

Третий тип характеризуется первичностью тревоги с бессодер­жательностью, беспредметностью и т.д. Возникновение фобий (вреда собственному организму, проникновения в организм ост­рых предметов и загрязняющих веществ) аутохтонно, вне связи с внешней психологически понятной причиной. Тревожно-фоби- ческая симптоматика не обнаруживает связи с личностно-значи- мым переживанием. Течение этого типа расстройств имеет затяж­ной характер с постепенным расширением сфер избегающего поведения, стереотипизацией ритуалов поведения.

Психологические исследования аффективной патологии в дет­ском возрасте на примере детской шизофрении с циклотимопо- добными расстройствами показали, что специфических измене­ний в психической (в первую очередь познавательной) деятель­ности больных детей обнаружить в экспериментальной ситуации не удается, несмотря на обилие жалоб пациентов. Большинство характеристик укладывается в рамки индивидуальных различий, в той или иной степени окрашенных и/или преформированных соответствующим знаком преобладающего аффекта [43].

Совместное клинико-психологическое изучение первых де­прессивных эпизодов у детей и подростков, проведенное А. В. Го­рюновым и Н. В. Зверевой, выявило, что для значительной части пациентов (у которых заболевание шизофренией началось с де­прессии) были характерны нарушения мышления в виде диссо­циации мыслительной деятельности. Практически все пациенты имели ту или иную степень выраженности изменения мотиваци­онной сферы и психической активности. Можно говорить об отражении, или «психологических эквивалентах», депрессивного состояния по материалам проведенного экспериментально-пси­хологического обследования (измененные темп и продуктивность работы, содержание проективных ответов в соответствующих методиках, изменение самооценки, графические характеристики рисуночных проб и др.).

Выявленные данные служили как для целей дифференциаль­ной диагностики, так и могли выступать как показатели форми­рующегося дефекта.

Следует заметить, что традиционный для шизофрении при­знак нарушения избирательности познавательной деятельности, высокоинформативный для популяции более зрелого возраста, для подростковой возрастной группы оказался менее информа­тивным [55].

* 1. Характеристика аффективных нарушений в подростковом и юношеском возрасте

11одростковый и юношеский возраст является одним из важных н а нов онтогенеза: в этот период формируются системы, опреде­ляющие индивидуальные физиологические особенности организ­ма и социального поведения индивидуума 1118, 152 и др.].

Наступающие в пубертатном периоде психологические изме­нения выражены столь значительно, что многие психиатры и психологи [79, 129] образно характеризуют период юности как нремя «бури и натиска», «шторма и стресса», отмечая родство про­исходящих в юности перемен с болезненными проявлениями. М jtom смысле У. Блюменфельд рассматривает пубертат как «пси­хическое расстройство особого типа» и отмечает, что продолжи­тельное существование внутреннего равновесия в данный период является аномальным состоянием [ 174]. Специалисты, даже зани­мающие более осторожную позицию в этом вопросе, все же под- гнерждают, что большинство юношей строптивы, дерзки, непо­корны, проявляют беспокойство, нервозность, грубость, невос­питанность, склонны к безрассудному, опрометчивому поведению, импульсивным поступкам [176]. Молодые люди часто конфлик­туют с родителями, эмоционально неустойчивы, легко срываются, часто бывают подавлены или проявляют другие отрицательные >моции.

Заметные качественные изменения происходят в области выс­ших психических функций. Созревающая когнитивная сфера, развитие комплексной и ассоциативной памяти, логического и критического мышления обеспечивает способность мыслить абс­трактно, испытывать заботу о будущем. Процесс перестройки сферы мышления носит характер «когнитивной революции», когда происходит не только созревание, но и раскрываются высшие фор­мы когнитивных мыслительных процессов, наступает переход к формально-логическому и гипотетико-дедуктивному мышлению, развиваются комбинаторные, пропозициональные операции с от­влеченными абстрактными понятиями.

Отмеченные особенности в данном возрасте сочетаются с оп­ределенными физиологическими и психологическими изменени­ями: недостаточность регулирующих влияний лобных отделов коры на процессы корковой активации, недостаточное участие переднецентральных отделов коры в оценке результатов деятель­ности, неполная зрелость механизмов стратегии восприятия, с одной стороны, и бурный процесс развития высших форм когни­тивных процессов мышления — с другой. Все это создает предпо­сылки для возникновения юношеской склонности к формиро­ванию сверхценных образований, «поразительной переоценки чего-то одного», «моноидеистических тенденций» [ 155].

IjiaiHibie психические особенности пубертатного периода со­ставляют: легкая возбудимость, изменчивость и лабильность аффекта, высокие частота и интенсивность колебаний настроения, а также конфликтность, склонность к оппозиции, борьба с «авто\* ритетами», появление стремления к осознанию своего физическо-j, I ГО И ДУХОВНОГО Я с ВОЗМОЖНОСТЬЮ возникновения, С ОДНОЙ стороны, J|V фиксации на своих физических недостатках, с другой — выра- fill женной рефлексии, склонности к самоанализу, а также перевеса j интересов в сторону абстрактных «мировых» проблем и тяги к их разрешению 1177].

Внутри этого периода различают две фазы, способные транс­формироваться впоследствии в те или иные аффективные (де- прессивные) состояния. Первая (в возрасте 11 —15 лет) — подрост­ковая, или «негативистическая», фаза «упрямства», или «протест^ против отцов», характеризуется преобладанием психопатоподоб­ного поведения. Во второй фазе (16 — 20 лет) больше представле­но созревание самосознания и осознания окружающего мира («философская» фаза, по W. Villinger). Т. Циен называет эту стадию} «философской интоксикацией» [155]. Бурная физиологическая перестройка и физические перемены, происходящие в период j полового созревания, вызывают у юношей повышенный интерес к собственному телу и его функциям, переменам своей внешности, , телосложения, пробуждению сексуальных влечений, что в свою очередь приводит к появлению озабоченности и опасений, аф­фективной лабильности. В это время появляется ощушение ®ес" < покойства, связанное с сомнениями в своем соответствии возраст­ным нормам, чувства недовольства своими физическими данны­ми, смущения, неловкости. Как отмечал К.Ясперс, только в пубертатном периоде «ощущение измененности собственной личности», «осознание перемены физического и психического Я» J не являются отклонением от нормы. Несмотря на легко возника- i ющие в юношеском возрасте идеи собственной физической или психической неполноценности, X. Ремшмидт считает, что «ПОВЫ- г I шенное внимание в отношении собственного роста, веса, про- V ^ порций, лица, прически может быть свойственно И здоровым ] ||| юношам, которые весьма склонны находить у себя физические | ; отклонения даже в тех случаях, когда все показатели соответству- i ют норме» 1129]. t- j

Наступающие в подростково-юношеском возрасте изменения J I нейроэндокринных процессов и когнитивное созревание тесно | связаны с переменами в аффективной сфере. Эмоциональная i . жизнь отличается крайней неустойчивостью, частыми сменами I

настроения. Только для этого возрастного периода характерны так

называемая «пубертатная лабильность настроения» и резкие пе- 1 | ремены эмоциональных полюсов. В связи с этим Т. Циен даже I. называл пубертатный период «возрастом настроения», Дж- Мастер- mu определял его как «период юношеского смятения», a J1. Шольц считал юношеский возраст временем неуправляемого аффекта, мида неуравновешенное настроение определяет основную осо­бенность взрослеющего человека [80, 155[.

Качественное изменение стереотипов поведения является еще шшой важной стороной взросления. Период полового созревания нименуется выраженным стремлением к независимости, самостоя- юльности, протестом или сопротивлением авторитарному вли- ипию родителей, учителей и, вообще, старших по возрасту людей. Нмимоотношения с родителями и другими взрослыми людьми в • го время приобретают весьма противоречивый характер ввиду чередующихся смен бунта и эмоционального тепла, недоверия и сотрудничества [63]. Одновременно в жизни молодого человека приоритетным становится признание со стороны сверстников. Подростки и юноши, стремясь соответствовать языку, одежде, музыкальным вкусам ровесников, формируют особую молодежную субкультуру с определенным набором ценностей, поведенческих норм, позиций.

Специфика данного возрастного периода — бурная пубертатная психофизиологическая перестройка и необходимость решения I рудовых, социальных, семейных и интерперсональных проблем — создает реальные предпосылки для развития у ряда лиц юноше­ского возраста психических нарушений. Возникающие в юноше­ском возрасте аффективные и в первую очередь депрессивные расстройства, наряду с другими психопатологическими проявле­ниями, нередко приводят к значительному искажению социаль­ного развития, что способно оказать необратимое влияние на даль­нейшую судьбу молодого человека [158]. Изложенное в сочетании с информацией о возрастании распространенности депрессивных расстройств в юношеском возрасте [42, 63, 101, 173] выводят дан­ную проблему на одно из центральных мест как в психологиче­ской, так и в психиатрической практике.

Эпидемиологические исследования показали, что в подрост­ковом и юношеском возрасте депрессии развиваются особенно часто [168]. В работе Г. И.Копейко и И.В.Олейчика приведены данные S. Riole: частота депрессий в возрасте 15— 19 лет состав­ляет 35,5 % и достигает к 20 —24 годам 40,5 %, при этом тяжелых депрессий — соответственно 7,5 и 9,7 %, затяжных (свыше 2 лет) — 5,9 и 7,9% [80].

В последние годы все большее внимание психиатров, психоло­гов, криминалистов и социологов привлекает социально-меди- цинская сторона проблемы юношеских депрессий. Речь идет о суицидальном поведении в подростковом и юношеском возрасте 15,48]'.

т

Все исследователи подчеркивают сложность проблемы распо­знавания и нозологической квалификации юношеских аффектив­ных расстройств, обусловленную их атипичностью. Последнюю | обычно связывают с особой выраженностью возрастной психо­биологической перестройки организма. В формировании картины '' депрессии участвуют: 1) проявления пубертатного криза; 2) при-1 знаки начинающегося заболевания; 3) особенности преморбидной \* I] личности. Именно по причине чрезвычайно сложного переплете- Ц| ния указанных элементов патогенеза депрессивных состояний у юношей П. Б. Ганнушкин [37] считал «психологию и психопато- \ ' логию юношеского возраста одной из самых трудных проблем I психиатрии». I

В Научном центре психического здоровья РАМН в течение I ряда лет проводилось углубленное изучение проблемы юношеских депрессий [63, 142, 145, 158]. Рассмотрим специфику аффективной | патологии юношеского возраста на примере осуществленного в НЦПЗ РАМН наблюдения 486 больных в возрасте 16 — 25 лет, | проведенного М.Я. Цуцульковской, И. В.Олейчиком, Т. В. Вла­димировой.

* + 1. Клинические особенности юношеских депрессий I

Наиболее важной особенностью психопатологической картины Jj юношеских депрессий являются стертость и атипичностъ класси- Ц ческой депрессивной триады, выражающиеся в изменении соот- 1 ношения ее тимического, идеаторного и моторного компонентов.

В структуре депрессивного синдрома у юношей прежде всего об- , ращает на себя внимание рудиментарность тоскливого компонен- I та. Тимические нарушения чаще представлены апатоадинамиче- ft i ским, дисфорическим и тревожным аффектами. Относительно i редко встречался типичный для лиц среднего и пожилого возрас­та тоскливый аффект. Остановимся более подробно на особен­ностях каждого типа аффекта (тимический компонент депрес- I сии). |

Апатоадинамический аффект. Видимыми признаками этого 11 аффекта являются вялость, апатия, скука, безразличие и угрюмая раздражительность. Настроение, характеризуясь подавленностью ) и унынием, сопровождалось снижением энергии и инициативы, г достигало иногда такой выраженности, что казалось сходным с ! апатоабулическими состояниями, наблюдаемыми в дебюте юно- J шеской шизофрении. Довольно часто у таких больных наблюда- и лось падение жизненного тонуса, ощущение мышечной вялости, I однако основную фабулу их переживаний составляли ощущения быстрой «умственной истощаемости», «рассеянности», «мораль­ного бессилия», «нравственного безразличия». Некоторые больные

1. иловались на затруднение, иногда невозможность выполнения уметенной работы и преодоления физических нагрузок, «плохую нюйразительность», отсутствие стремления к какому-либо виду иштельности. Для школьников и студентов (из-за практически полного исчезновения побуждений к любому виду психической |1М инности) характерно снижение успеваемости. Подобные идеа- п)|)ные расстройства, как правило, преобладали над типичными признаками депрессивного синдрома, лишь отдельные больные сообщали о сниженном настроении, высказывали идеи самооб- шшения и собственной неполноценности, а также суицидальные мысли. Основанием для установления диагноза депрессии при иматоадинамическом типе аффекта являются не только общие клинико-психопатологические особенности, но и факультативные признаки депрессивного состояния, включая соматические, о которых речь пойдет ниже.

Дисфорический аффект. При этом виде аффекта доминирует картина депрессии по типу ип1ш1:: с угрюмостью, раздражитель­ностью, выраженным недовольством собой и окружающими, гневливостью, взрывчатостью вплоть до агрессии, преимуществен­но к близким людям, что внешне сходно с психопатическими и нсихопатоподобными, в том числе гебоидными, проявлениями.

Дисфорические депрессии представляют известные трудности для распознавания: только у пятой части таких больных в качест­ве причины госпитализации выступает нарушение настроения, у остальных поводом для обращения к психиатру являются нару­шения поведения, трудности в учебе, психосоматические рас­стройства.

В половине анализируемых наблюдений на фоне дисфориче- ского настроения (иногда с чувством взбудораженности) появля­лись признаки психомоторного возбуждения, которые, по мере нарастания дисфории, могли вести к конфликтному поведению с агрессивностью, в том числе брутальной. Больные затевали кон­фликты, угрожали физической расправой, уходили из дома, бес­цельно бродили по городу. При этом они связывали свое поведе­ние с ощущением внутреннего напряжения, которое пытались снять [27].

Тревожный аффект. На фоне общего снижения настроения присутствовало постоянное или эпизодическое ощущение трево­ги, сопровождавшееся двигательным возбуждением в виде ажита­ции с ускоренной речью, что составляет суть тревожного аффек­та. Больные в этих случаях испытывали безотчетную тревогу, не­редко не в состоянии усидеть на месте. В легких случаях ходили из угла угол, в более тяжелых — метались по палате. Такую тревогу больные часто ощущали физически, что позволяет говорить о ее витальном характере. При тревожной депрессии нередко наблюда­лись суточные колебания состояния с наибольшей выраженностью

97

4 Звереватревоги во второй половине дня. В отдельных случаях на высотеИ состояния возникал тревожный раптус. И

Аффект тоски. Этот тип аффекта встречается в юношеском В возрасте редко и представляет собой сочетание угнетенности, ■ уныния, утраты чувства радости. О собственно тоскливом настрое- ■ нии больные говорили редко и, как правило, были неспособны Я локализовать это чувство телесно. Иногда пациенты жаловались на ощущение тоски «во всем теле» или в голове — по типу «distimiai frontalis» W. Griezinger [80]. В подавляющем большинстве (88,3 %) случаев у пациентов отсутствовали признаки «витальной тоски», ( столь свойственной депрессиям зрелого возраста. Витальность расстройства у них проявлялась преимущественно жалобами на падение «жизненного тонуса», «отсутствие энергии» или на ощу­щение душевного дискомфорта. I1

Моторный компонент. Этот вид расстройства депрессивной . триады при юношеских депрессиях, в отличие от депрессивных . состояний зрелого возраста, характеризует относительная редкость | ^ выраженной двигательной заторможенности. С достаточной опре- | деленностью она выявилась у 10,1 % обследованных больных, у j! остальных обнаруживалось лишь некоторое снижение двигательной ' активности. Именно на это обычно обращали внимание родствен­ники, описывая происходившие с больными перемены. Сами же , больные говорили о некоторой неловкости, своеобразной «неуклю­жести» и скованности движений.

«Идеаторные расстройства». Это третий компонент три- \ ады. В клинической картине юношеских депрессий по сравне- { нию с больными зрелого возраста имеет больший удельный вес , и встречается почти у всех больных. У большинства пациентов доминировали жалобы на невозможность сосредоточиться, от- влекаемость, забывчивость, трудность осмысления и усвоения ) даже простого учебного материала на фоне неизмененного темпа ! речи.

При клинико-психопатологическом обследовании выявлялся ' высокий уровень когнитивных расстройств разной качественной |1 структуры: от легкой рассеянности, забывчивости и невозможно- [ сти сосредоточиться до «наплывов», «обрывов» и «параллельности» !( мыслей. Наряду с этими симптомами больных беспокоило ощу- \ щение отсутствия воли и внимания, что также можно было связать ; с заторможенностью интеллектуальных процессов. Выраженность когнитивных расстройств может отражать вклад возрастного фак- [ тора в формирование атипичности депрессивной триады.

Юношескому возрасту свойственны особые идеаторные нару- 1 шения, касающиеся ценностно-смысловой сферы с доминирова- \ нием рационалистических размышлений о неизбежности смерти, < бессмысленности учебы, работы и вообще существования, что | способствует формированию особого депрессивного мировоз- t

||)сния (экзистенциальная депрессия, по Н. Hefner), увлечению мистицизмом, «бегству в религию» [80]. Депрессивная оценка собственной личности и окружающего мира могла перерастать в пессимистически окрашенные абстрактные размышления о бес­смысленности существования человечества в целом, принимая чмрактер «мегаломанического отрицания» всего сущего, что при­водило больных к увлечению различными религиозными догма­ми, необычными философскими концепциями, размышлениям о переустройстве мира. При этом обвинительный пафос чаще всего был направлен на родителей или близких больного.

Сверхценные образования при юношеских депрессиях могут иметь дисморфофобическую фабулу, которая находила отражение в низкой самооценке вплоть до идей самообвинения и самоуни­чижения. Последние иногда оказывались тесно связанными с сексуальными проблемами (мастурбация и т.д.), сопровождаясь развитием соответствующих сенситивных идей отношения.

Больным с психопатоподобными расстройствами свойственны конфликтность, грубость, злоупотребления алкоголем и лекарст­венными препаратами, склонность к противоправному (делинк­вентному) поведению и оппозиция к родственникам. Это следует отнести также к психопатологическим особенностям юношеских депрессий. Нарушения поведения были связаны в основном не с расстройством влечений, а с недовольством больным собой и окружающими, с чувством неприкаянности, «пустоты» и проек­цией чувства вины вовне (на свое ближайшее окружение).

Среди других компонентов депрессии в юношеском возрасте (в отличие от депрессий больных зрелого возраста) следует от­метить инверсию режима сна и бодрствования — больные в тече­ние всего дня спали, а бодрствовали лишь по ночам, а также преобладание нарушений сна в виде гиперсомнии (63,6 %), опи­санной в качестве характерного симптома юношеских депрес­сий еще Ю. В. Каннабихом.

Юношеские депрессии имеют особенности соматоформных расстройств. В отличие от лиц зрелого возраста у юношей преоб­ладают соматовегетативные проявления в виде значительных колебаний артериального давления, тахикардии, приступов дис­пноэ с ощущением затрудненного и неполного вдоха или с повы­шением частоты дыханий, иные подобные нарушения. Подобные симптомы иногда служили причиной постановки ошибочного диагноза «ювенильной гипертонии», которая, как правило, ока­зывалась необычно резистентной к гипотензивной терапии и при этом в большинстве случаев легко устранялась при лечении антидепрессантами. В анализируемом материале 33,9 % больных в инициальных стадиях развития депрессий долго и безуспешно лечились у врачей общей практики по поводу вегетососудистой дистонии, гипертонии и других сердечно-сосудистых заболева­ний. Кроме того, у 8,0 % больных юношескими депрессиями отмечалось повышение аппетита, что приводило иногда вслед­ствие булимии к увеличению массы тела, либо, наоборот, сниже­ние аппетита, влекущее за собой истощение на почве нервной анорексии [101].

* + 1. **Типы юношеских депрессий**

Результатом исследований, проводимых группой сотрудников под руководством М.Я. Цуцульковской и Г. П. Пантелеевой в НЦПЗ РАМН, явилось построение классификации юношеских депрессивных состояний, включающей девять типов: депрессия с картиной юношеской астенической несостоя­тельности, психастеноподобная депрессия, дисморфофобическая депрессия, депрессия с картиной «метафизической интоксика­ции», деперсонализационная депрессия, гебоидная депрессия, депрессия с обсессивно-фобическими расстройствами, сенесто- ипохондрическая депрессия и депрессия с «психогенным содер­жанием». Следует отметить, что выделение перечисленных типов юношеских депрессий подразумевает их относительно дискретный характер при непрерывности переходов между синдромальными типами. Рассмотрим каждый из типов юношеской депрессии [159].

**Депрессия с юношеской астенической несостоятельностью.**

По числу больных соответствующая группа оказалась самой мно­гочисленной — 30,5 % пациентов. Клиническая картина депрессий характеризовалась: повышенной интеллектуальной утомляемо­стью, выраженными затруднениями при умственной деятельно­сти, осмыслении и запоминании учебного материала, снижением энергии и продуктивности, ослаблением инициативы. На первый план выступало объективно и субъективно определяемое сниже­ние уровня активности при незначительной выраженности собст­венно тимического и моторного компонентов депрессии и других проявлений болезни (обсессивно-фобических, сенестопатических, дереализационных и деперсонализационных расстройств, сверх- ценных идей ипохондрического содержания и сенситивных идей отношения).

Одной из ведущих интернозологических особенностей пере­численных состояний было доминирование в структуре депрессии когнитивных нарушений: идеаторного торможения, своеобразных расстройств мышления, обусловливающих затруднения в восприя­тии учебного материала и в связи с этим несостоятельность в учебе.

Важной особенностью рассматриваемых состояний были час­то высказываемые пациентами жалобы на быструю психофизи­ческую утомляемость, тягостную усталость, разбитость, отсутствие бодрости, снижение жизненного тонуса, явления гиперестезии, рассеянность, забывчивость.

Юношеские психастеноподобные депрессии. Характеризо­вались появлением на фоне быстрой утомляемости несвойствен­ных пациентам ранее нерешительности, неуверенности в себе, мнительности, болезненной рефлексии, трудностей контакта с окружающими, чувства «внутренней напряженности» в присут­ствии посторонних. Такого типа депрессии были диагностирова­ны у 12,1 % пациентов. У большинства преобладал тревожный аффект с оттенком подавленности, угрюмой раздражительности. В ряде случаев у больных школьного возраста озабоченность не­удачами в учебе достигала степени острой тревоги и страха за свою трудовую будущность. У некоторых больных развивались так на­зываемые школьные фобии. В ряде случаев на первый план в картине депрессии выступали такие расстройства, как нереши­тельность, неверие в свои силы, болезненная рефлексия. Как правило, больные жаловались на появление неуверенности, на то, что стали во всем сомневаться, потеряли способность самостоя­тельно принимать решения из опасения, что сделают что-нибудь неправильно, ошибутся. В тесной связи с этими нарушениями находилось возникавшее у больных ощущение робости, неловко­сти, повышенной застенчивости при общении с людьми. Они отмечали, что им стало трудно находиться в обществе из-за «ско­ванности», «внутренней напряженности» в присутствии посто­ронних лиц.

Дисморфофобический вариант юношеских депрессий. На­блюдался у 11,5 % [80] пациентов. Главной интернозологической особенностью этих депрессий являлось доминирование в кли­нической картине идей недовольства собственной внешностью. В большинстве случаев (76,3 %) эти сверхценные идеи в той или иной степени тесно сочетались с мыслями о собственной психи­ческой неполноценности, с тревожными опасениями плохого к себе отношения, т.е. с сенситивными идеями отношения, соче­тавшимися с обсессивно-фобическими, сенестоалгическими и деперсонализационными расстройствами по типу соматопсихи- ческой деперсонализации.

Депрессивный синдром с картиной «метафизической ин­токсикации». Наблюдался у 10,1 % больных. В клинической картине этих депрессий на передний план выступала усиленная рефлексия с фиксацией на своем «духовном Я» и поиском фило­софских истин. Создание мировоззренческих систем (расстрой­ство не достигало бредового уровня) сопровождалось ослаблени­ем прежних интересов и побуждений при незначительной выра­женности других проявлений болезни (обсессивно-фобических, дереализационных и деперсонализационных расстройств, сверх-

ценных идей дисморфофобического содержания, сенситивных идей отношения и др.).

Доминирование пессимистических размышлений свидетельст­вовало о депрессивном генезе таких состояний, а более детальное клиническое обследование позволило обнаружить и основные компоненты депрессивного синдрома, к которым относились депрессивная триада, расстройства сна, суточные колебания настроения, соматовегетативные проявления, идеи малоценности и суицидальные мысли. В качестве доминирующего феномена в клинической картине выступали сверхценные построения в виде идей бессмысленности человеческого бытия и вытекающие из этой концепции размышления о сущности смерти и правомочности самоубийства, приобретающие характер депрессивного мировоз­зрения.

Деперсонализационная депрессия. Наблюдалась у 9,5 % па­циентов. Собственно депрессивная симптоматика проявлялась у них угрюмодисфорическим оттенком настроения, реже тоской и тревогой. При этом, как правило, не выявлялось признаков идео- моторного торможения или оно было крайне незначительным. В ряде случаев, напротив, имелись проявления речедвигательной ускоренности. Жалобы больных были разными по форме: одни проявляли утрированный самоанализ и рефлексию, другие затруд­нялись в своих описаниях, были растерянными, с трудом пони­мали происходящее с ними.

Характерными были идеи собственной малоценности, несостоя­тельности, никчемности, в отдельных случаях достигавшие уров­ня идей самоуничижения.

Суточные колебания состояния выражались в ослаблении к вечеру как депрессивной, так и деперсонализационной симптома­тики с появлением в эти часы раздражительности, взбудоражен­ное™, тревожности без субъективно регистрируемого больными улучшения состояния.

Собственно деперсонализационная симптоматика у изученных больных была представлена преимущественно аутопсихической деперсонализацией в виде психической анестезии (с ощущением утраты или неполноты чувств, ангедонии), чувства неполноцен­ности и ограниченности мышления, представлений, воспомина­ний, ощущения нереальности, отчужденности своего Я или его раздвоенности. Имело место болезненное, мучительное ощущение утраты прежней личностной структуры, творческого начала, спо­собности к синтезу, гибкости ума.

Гебоидный вариант депрессий. Был выявлен у 8,4% боль­ных. В клинической картине на передний план выходили психо­патоподобные расстройства, негативизм и оппозиция по отноше­нию к окружающим, родным и близким, конфликтность, склон­ность к делинквентному поведению, употребление алкоголя и иаркотиков, растормаживание сексуального влечения. Представ­ленные поведенческие нарушения, асоциальные поступки сходны с чертами патологически протекающего пубертатного криза, про­являющимися утрированным протестом против существующих норм общежития.

Доминирующий аффект у больных данной группы обычно было трудно выделить ввиду крайней лабильности и редкости эпизодов собственно тоски, тревоги, апатии. Тимический компонент де­прессивной триады был представлен угрюмым, мрачным настрое­нием с дисфорическим оттенком. На всех поступках больных лежала печать неудовлетворенности, разочарования, смятения, что существенно отличало их от пациентов юношеского возраста и маниакальном состоянии с психопатоподобным поведением.

Депрессии с преобладанием обсессивно-фобических рас­стройств. Диагностированы у 6,8 % больных. Навязчивые страхи всегда обнаруживали связь с депрессивной патологией, а обсессии »анимали доминирующее положение в клинической картине де­прессии. У большинства больных аффективная триада носила дисгармоничный характер и была лишена витальности, а клини­ческая картина депрессии соответствовала субдепрессивному уровню выраженности. Депрессия проявлялась подавленностью, ослаблением контактов, мнительностью, ангедонией, склонностью к пессимизму.

У некоторых больных отмечались аффект тревоги, физический дискомфорт, скованность движений, сниженная самооценка. В по­ловине случаев клиническая картина болезни помимо обсессивно- фобических проявлений была представлена такими симптомами, как повышенная раздражительность, утомляемость, трудности концентрации внимания, нарушение сна и др.

Если в клинической картине доминировала тревога, то она чаще всего сочеталась с чувством вины и упущенных возможно­стей, идеями собственной малоценности, никчемности, беспер­спективности будущей жизни и т.д. У ряда больных навязчивая мысль о собственной несостоятельности перерастала в страх перед учебой, боязнь не понять прочитанное с дальнейшей трансфор­мацией в фобофобию. Важной особенностью обсессивно-фоби­ческих депрессий у таких больных являлось формирование слож­ной системы избегающего поведения, фактически одномоментное с появлением идеаторных навязчивых расстройств.

Депрессии с сенестоипохондрическими расстройствами. Наблюдались у 6,0% пациентов. Депрессивные состояния при этом отличались сложностью, значительным полиморфизмом и глубиной позитивных расстройств, а также выраженной измен­чивостью, обусловленной наличием в клинической картине бо­лезни проявлений, выходящих за рамки облигатных для депрессии расстройств. При этой патологии собственно аффективные рас­стройства отступали на второй план и ведущими становились жалобы на крайне неприятные, тягостные ощущения в разных частях тела порой вычурного, причудливого содержания. Больные в большинстве случаев сосредоточивались на чувстве соматиче­ского неблагополучия и высказывали тревожные опасения отно­сительно своего здоровья. Сенестопатии, включаясь в структуру депрессий, сочетались с убежденностью пациентов в том, что они страдают тяжелым, неизлечимым заболеванием, и это служило поводом для неустанных и настойчивых обращений к врачам разных специальностей.

Описываемые состояния характеризовались лабильным по структуре аффектом с некоторой двигательной ускоренностью при отсутствии отчетливых когнитивных нарушений и в большинстве случаев витальной тоски.

Почти во всех наблюдениях выявлялись представленные в разном соотношении тоскливый, дисфорический и тревожный компоненты с преобладанием последнего. Эпизоды грусти, без­различия, скуки, тоски или угрюмости (преимущественно в утрен­ние часы) сочетались с беспокойством, тревожностью и раздра­жительностью (в основном в вечернее время).

Депрессии с «психогенным содержанием». Были диагнос­тированы у 5,1 % больных, они занимают особое место в типоло­гии манифестирующих в юношеском возрасте депрессий.

Клиническая картина таких депрессий в основном определя­ется влиянием предшествующей психической травмы и особенно­стями личности больного с заострением вплоть до выраженного утрирования отдельных патохарактерологических черт. Характер­но, что в качестве психотравмируюших воздействий чаще всего выступали именно сугубо возрастные, «юношеские», проблемы, и реакция на них часто была неадекватной «силе» этих психоген­ных воздействий.

Кроме того, проявления пубертатного криза при развитии де­прессий данного типа усложняли клиническую картину за счет инфантилизма, определяющего своеобразие поведения, волевые и критические особенности личности. Для депрессий с «психо­генным содержанием» были характерны неглубокий уровень, незавершенность клинической картины, неустойчивость и вол- нообразность течения, во многом связанные с изменениями психо­травмирующей ситуации, полиморфизм симптоматики. Фабула психотравмирующих переживаний определяла психопатологиче­скую картину депрессии.

Общим для всех больных было наличие угнетенного, подавлен­ного настроения с преобладанием тревоги, тоски и беспокойства. У всех обследованных обнаруживались признаки астеноневротиче- ских нарушений в виде повышенной утомляемости, раздражитель­ности, истощаемости, а также соматовегетативные расстройства.

Изложенное выше явилось основанием для построения [ 183] концепции взаимодействия нейробиологических и психосоциаль­ных влияний («нейробиологического и психосоциального поро­га»), объясняющей возникновение юношеских аффективных расстройств. Роль основного патогенетического фактора заболе­вания в этой концепции отводится пубертатному периоду. Име­ется в виду, что пубертатный, или юношеский, возраст создает особое предрасположение к аффективному расстройству, об­условленному двумя основными факторами: 1) специфическим психопатологическим фоном с повышенной чувствительностью личности к неблагоприятным внешним воздействиям; 2) относи­тельной дизрегуляцией эндокринных взаимодействий, в частности повышенным уровнем половых стероидных гормонов, кортизола и дигидроэпиандростерона.

Под влиянием психогенных, стрессовых и других патогенети­ческих воздействий, включая реализующиеся на фоне конститу­ционально-личностных особенности церебрально-органические и соматонейроэндокринные механизмы, вызывающие суммарный эффект, преодолевается определенный нейробиологический уро­вень зашиты и реализуется генетическая предрасположенность к аффективному заболеванию.

Таким образом, свойственный юношескому возрасту специфиче­ский психобиологический фон является патопластическим и патогенетическим фактором, определяющим появление особых, не зависящих от нозологии феноменологических проявлений аффективных расстройств, а также атипичность их клинической картины и течения по сравнению с наблюдаемыми в зрелом воз­расте [180].

5.2.3. Эндогенный депрессивный синдром в юношеском возрасте

В юношеском возрасте эндогенный депрессивный синдром имеет несколько характерных особенностей.

Пониженное настроение. Этот симптом является самым глав­ным психопатологическим симптомом эндогенной депрессии. Обычно настроение кажется безрадостным, безысходным. Болез­ненно сниженное настроение может усилиться до меланхолии с унынием. Отличительной особенностью депрессивного настрое­ния является беспричинность его снижения. Описание больными своего состояния может сопровождаться жалобами на отсутствие инициативы, энергии, внезапное чувство усталости, что юношами и их родителями нередко воспринимается как лень. Ограниченная способность модуляции депрессивного настроения производит впечатление аффективного оцепенения, в крайних случаях затор­моженной депрессии, переходящего в ступор с полной обездви­женностью и глубокой психической заторможенностью.

Под влиянием своего депрессивного настроения больные очень часто говорят о виновности и греховности, отсутствии смысла жизни. В преморбиде имеется такая личностная черта, как фата­лизм — мировоззренческое убеждение и неверие юношей в то, что возможно осуществлять контроль над событиями собственной жизни. По результатам методики ОС8-Я был выявлен повышен­ный уровень показателя «страх смерти», указывающий на высокий суицидальный риск данной группы больных [21].

Нарушения познавательной деятельности. Выявляемые у пациентов, страдающих гипотимическими расстройствами, эти нарушения выражаются в основном в динамике (в первую очередь в снижении скорости протекания и интенсивности) психических процессов, проявлениях нейрокогнитивного дефицита [113, 136].

Патопсихологическое обследование таких больных обнаружи­вает следующие особенности.

Восприятие. Характеризуется выраженным в большей или меньшей степени сужением его объема.

Внимание. Отличается преимущественно снижением актив­ности. Характерно затруднение произвольной концентрации на объектах. Возможна истощаемость внимания. Отмечается сниже­ние переключаемое™ и объема внимания.

Оперативная память. Выявляется снижение объема опера­тивной памяти. Кратковременная память характеризуется низким объемом запоминания, про- или ретроактивным торможением следов. Смысловое запоминание и долгосрочная память при де­прессии страдают мало.

Мышление. В структуре мышления отмечаются замедление темпа мыслительных процессов, бедность и шаблонность ассоциа­ций. Обычно выявляется негрубое снижение уровня обобщения. При стимуляции пациенты демонстрируют сохранную способ­ность оперировать категориями. Часто проявляются инертность мышления, стереотипность подходов к решению заданий и склон­ность к персеверациям. Мотивационный компонент мышления может быть снижен. Целенаправленность суждений не страдает. Пациенты могут гиперкритически оценивать результаты своей деятельности, но это не противоречит диагностике ослабления критичности мышления.

Замедление мышления при патопсихологическом исследовании выражается в увеличении времени, затрачиваемого на каждое задание, в трудности перехода обследуемого от одного задания к другому. Больной не может сосредоточиться на выполняемом задании. Обладая сохранным уровнем обобщения и отвлечения, пациент тем не менее с трудом усваивает инструкцию по выполне­нию задания, особенно если экспериментальная задача отличается шачительным объемом и при ее выполнении модус деятельности обследуемого должен изменяться в соответствии с инструкцией. Выраженные затруднения концентрации активного внимания при нерезко выраженной депрессии в ситуации исследования могут Г)|.1ть преодолены; по мере выполнения задания (таблицы Шульте, исследование работоспособности по счетным таблицам Крепели- на) наблюдаются некоторое улучшение результатов, явления за­паздывающей врабатываемости.

Речь. Имеет специфические особенности. Устная речь отли­чается выраженным в большей или меньшей степени замедлени­ем темпа, уменьшением громкости, низкой спонтанной речевой активностью. Характерна непродуктивность или малая продук­тивность в диалоге. Отмечается типичный для депрессивных со­стояний «матовый голос». Письменная речь отличается склонно­стью к микрографии; возможно, некоторое снижение ее продук­тивности.

Мотивационно-потребностная сфера. При эндогенном депрессивном синдроме наиболее часто наблюдаются общее ослаб­ление мотивационной активности, низкая актуальность потреб­ности самосохранения, направленность агрессии на себя (ауто­агрессия).

Психомоторика. У депрессивных больных обычно преобла­дает торможение, но в некоторых случаях наступает возбуждение. При торможении мимика скорбная, застывшая, движения замед­ленны, больные производят впечатление внезапно постаревших. Психомоторное торможение в комбинации с внутренним беспо­койством и тревогой иногда переходит в ажитацию (тревожно- ажитированная депрессия). В такие моменты больные способны внезапно совершить суицидальную попытку. При каждом пере­ходе заторможенной депрессии в тревожно-ажитированную не­обходимо усиленно ухаживать и следить за пациентом.

Соматические расстройства. При эндогенном депрессивном синдроме соматические расстройства соответствуют понижению витального тонуса и снижению гипотетического энергетического потенциала. Отмечаются потеря аппетита, похудание, сухость во рту, запоры, аменорея, снижение либидо, расстройство сна, быст­рая утомляемость, снижение физической работоспособности, понижение тургора кожи, бледность, колебания артериального давления, неприятные, болезненные ощущения за грудиной, «ком» в горле, ощущение тяжести или онемения в теле.

Характерен внешний «подавленный» вид испытуемого, что сопровождается низким уровнем моторной активности, мимиче­ских, пантомимических проявлений (поза «меланхолика»). Рабо­тоспособность в эксперименте обычно очень низкая, выражена истощаемость, существенно снижен темп психических процессов. Характерны отказы от выполнения относительно более сложных

заданий. Рабочий мотив не формируется, может наблюдаться участие по типу сотрудничества. Заинтересованность в результатах не проявляется. Необходима активная стимуляция для получения продукции в эксперименте. Усвоение пациентом содержания ин­струкций фактически не нарушено. Реакция на неудачу в экспе­рименте слабая, часто интрапунитивной (самообвинительной) направленности.

Описанный патопсихологический симптомокомплекс — де­прессии, субдепрессии — встречается при многих психических заболеваниях. Обычно их подразделяют на три группы — эндо­генные, органические (симптоматические) и психогенные.

Глава 6

Психологическая характеристика отдельных форм и нарушений психического развития в рамках большой психиатрии

1. **Клинико-психологический синдром при шизофрении в детском возрасте**

«Большая психиатрия» включает в себя изучение основных эндогенных заболеваний, относящихся к «большой психиатрии». Прежде всего речь идет о шизофрении с началом в детском и юношеском возрасте. Проблематика детской и юношеской эпи­лепсии освещена менее подробно.

Пособие отражает современные и классические клинические (психиатрические и психологические) знания в этой области. Авторы разделяют позицию Н. К. Корсаковой, что клинико-психо­логический синдром может рассматриваться в рамках двух под­ходов — нейро- и патопсихологического. В патопсихологии глав­ное значение придается поиску общего звена нарушения высших психических функций, определяющего развитие определенных симптомов (нарушений) данной функции. Клинико-психологиче­ский синдром отличается от клинико-психопатологического содер­жанием, поскольку первый направлен на квалификацию наруше­ния структуры (протекания) психических процессов [122, 125, 145].

Шизофрения — эндогенное психическое заболевание, харак­теризующееся дисгармоничностью и утратой единства психиче­ских функций (мышления, эмоций, моторики), длительным не­прерывным или приступообразным течением и разной выражен­ностью продуктивных и негативных расстройств, приводящих к изменениям личности в виде аутизма, снижения энергетического потенциала, эмоционального обеднения и нарастающей инвер­тированное™ [145].

Современными исследованиями установлено, что особенно велика роль возраста для клинических особенностей и течения шизофрении в периоды развития и биологических сдвигов, к ко­торым относится детский, пубертатный и юношеский возраст. Психиатры признают наличие шизофрении как заболевания дет­ского возраста с первой четверти XX в. Отмечается, что в клини­ке шизофрении у детей на первый план выступает полиморфность и незавершенность симптоматики, симптомы диссоциативного дизонтогенеза, при этом большинство исследователей и практиком считают, что шизофрения проявляется как единое заболевание в детском, подростковом и юношеском возрасте [11, 12, 34, 57, 73,

156].

По МКБ-10 детская шизофрения кодируется в разделе F2 — функциональные психозы.

1. Обзор современных исследований детской шизофрении

Клинические, прежде всего психиатрические, работы послед­них лет посвящены изучению детской шизофрении, ее форм и предшественников, связей между детскими и взрослыми формами шизофрении. Большая часть работ выполнена зарубежными спе­циалистами и представляет интерес для отечественных психиатров и психологов. Современные исследования по детской и юноше­ской шизофрении разнообразны и разноплановы, их трудно сгруппировать по единым основаниям для упорядочивания. В ис­следованиях используются психологические (чаще нейропсихо- логические) методики для оценки когнитивного, личностного развития и состояния пациентов или лиц из групп высокого рис­ка по шизофрении или их прямых родственников (в основном родителей). Исследуется преморбид [220] и актуальное состояние больных шизофренией, коморбидность расстройств [196, 213].

Широко обсуждается генетическая предрасположенность к заболеванию шизофренией. Еще в 70 —80-х гг. XX в. Барбара Фиш провела исследование потомства от больных шизофренией ро­дителей (преимущественно матерей) и получила разнообразные варианты психической патологии в нисходящих поколениях. Это было одно из первых лонгитюдных исследований [186, 187]. L.T. Niemi и коллеги также провели лонгитюдное исследование детей с высоким риском заболевания по шизофрении (один из родителей болен шизофренией). У детей наблюдались проблемы моторного и неврологического развития, обнаружены дефицит внимания и вербальной кратковременной памяти, низкие со­циальные навыки, нарушения мышления, высокие оценки по психотической шкале в МMPI и нестабильность воспитания [210]. S.L. Ott и коллеги тоже изучали детей от больных шизофренией родителей в течение длительного времени, ими были обнаружены нарушения мышления и отклонения в поведении у детей в 9 лет задолго до первого психотического эпизода у этих больных [210]. В 2005 г. S.Matcheri и K. Keshavan с коллегами выявили у родс­твенников больных шизофренией отклонения по типу нейроби- ологического диатеза, начинающегося в раннем возрасте. Подоб­ные результаты были показаны в работе отечественных психиат­ров, описавших шизотипический диатез у потомства больных шизофренией [40, 76, 157].

Поиск причин заболевания представлен преимущественно работами по генетике, исследованиями нарушений развития, в меньшей степени работами психодинамического направления. Robert F.Asarnow и коллеги предположили наличие генетической обусловленности нарушений нейропсихологических функций у больных шизофренией. Для подтверждения этого предположения сопоставлялись родители трех групп испытуемых (больных ши- юфренией, страдающих СДВГ и здоровых). В группе родителей больных шизофренией были получены самые низкие результаты но нейропсихологическим тестам (при сходстве показателей по некоторым вербальным субтестам Векслера). Был сделан вывод о том, что сходство нейропсихологических особенностей больных шизофренией детей и их родителей является неслучайным и свя­зано с этиологией шизофрении [171].

М. В. Алфимова показала генетическую общность компонентов познавательного дефицита у больных шизофренией и особенно­стей познавательной деятельности у родственников, лиц из группы высокого риска по заболеванию шизофренией. Генетические пред­посылки могут реализовываться в виде различных когнитивных особенностей у больных и их непораженных родственников [4].

Сходство когнитивных отклонений больных и здоровых сиблИН­ГОВ от матерей, больных шизофренией, обнаружено в работе Tyro­ne D. Cannon и коллег, одновременно была показана роль пери­натальной гипоксии как фактора риска заболевания шизофрени­ей у этой категории детей [178]. Отклонения у родственников больных шизофренией могут иметь сходство с проявлениями шизофрении (аутичность, нарушения мышления и т.д.) или быть менее специфичными (проявления гиперактивности и энуреза в детском возрасте) ]198].

Некоторые работы посвящены, казалось бы, частным вопро­сам, например нарушению движений глаз (плавности прослежи­вания) при шизофрении. Показано, что генетические факторы, лежащие в основе нарушения плавности прослеживающих дви­жений глаз, являются более выраженными у детей с ранней ши­зофренией [218]. При сравнении детей с преходящими психотиче­скими нарушениями с детьми, больными шизофренией, Kumra Sanjiv и соавторами было выявлено сходство этих детей по обще­когнитивным нарушениям, включая нарушения внимания и труд­ности обучения. Это позволило авторам сделать вывод об общих основаниях для различных психотических нарушений [203].

На фоне значительного количества генетических исследований детской шизофрении выделяется работа L.S. Schenkel с соавтора­ми (2005) [214] о влиянии особенностей отношения к ребенку со стороны взрослых на возникновение, динамику и симптоматику заболевания. Социальный аспект у больных шизофренией явля­ется немаловажным фактором. Отрицательное отношение в виде отвержения ребенка, физического наказания, сексуального наси­лия проявляется более ранней госпитализацией, более высокой частотой госпитализации, проблемами в школе (дезадаптация), более выраженным проявлениям тревоги, депрессии и суицидаль­ных тенденций у таких детей по сравнению с детьми, которые жили в более благоприятной семейной обстановке. Интересно, что по особенностям речевого развития дети из разных семей друг от друга не отличались.

Большой пласт исследований посвящен изучению мозговых основ нейрокогнитивных нарушений как методом срезов [136, 205, 219], так и лонгитюдинально [209]; анализировалась роль мозо­листого тела в развитии детей с ранним началом шизофрении [201]. Специатьные исследования посвящены проблеме межпо- лушарной асимметрии и взаимодействия при шизофрении и других видах отклоняющегося развития в детском возрасте [68, 188, 214]. Существует сходство в нейрокогнитивных достижениях у здоровых родственников больных шизофренией, с ранним и поздним началом заболевания: трудности по тестам на зрительно- моторную и моторную скорость, рабочую память и моторике. На основании этих результатов P.A.Gochman с соавторами (2004) делают вывод о сходстве механизмов ранней и поздней форм ши­зофрении [190].

В более поздней работе того же авторского коллектива показана динамика IQ у детей с ранним началом шизофрении. Повышение уровня интеллектуального коэффициента происходило до 13 лет, несмотря на хронический характер заболевания и сопутствующую ему потерю серого вещества мозга для пациентов с послепсихо- тическими приступом, тогда как дети с предпсихотическим при­ступом демонстрировали ухудшение коэффициента в течение 1,7 —2 лет от начала приступа [190].

Связь проявлений шизофрении во взрослом возрасте с особен­ностями детского развития прослежена в работе J.-L.Goeb [191]. Психодинамический аспект этой связи — влияние детских травм на диссоциативные расстройства у взрослых больных шизофре­нией — описан в работе W. Darren и коллег (2006).

Данные об отсутствии связи ранней материнской депривации и риска развития шизофрении получены на большой выборке детей, больных туберкулезом и подвергшихся отделению от роди­телей в очень раннем возрасте. Изучались нарушения сна у детей с ранней шизофренией [206[. Использовались различные диагно­стические процедуры оценки формальных нарушений мышления (клинически и с помощью специализированных тестов) у больных шизофренией детей [175], трудности диагностики шизофрении обсуждаются в работе D.Bailly [172].

Значительное внимание уделяется гендерным вопросам, в част­ности в подростковом возрасте.

Имеется ряд работ, связанных с изучением нейроразвития и нейропсихологических особенностей у больных шизофренией, динамики заболевания от детского к взрослому возрасту. Нередко у пациентов с началом шизофрении во взрослом возрасте откло­нения в развитии наблюдались с детства. Это задержка речевого и моторного развития, трудности социального приспособления, более низкие академические и когнитивные достижения. М. Ьо- Ьапш и коллеги изучали связь особенностей раннего развития с последующими нарушениями при шизофрении. Они использова­ли данные о раннем психомоторном развитии больных шизофре­нией (когда научились сидеть, ходить и т.д.) до 1 года и особеннос­тях развития в 16 лет. Оказалось, что проблемы в психомоторном развитии в возрасте до 1 года коррелируют с низкими учебными достижениями в возрасте 16 лет. Таким образом, еще до развития заболевания у детей имел место своеобразный нейродиатез, свя­занный с особенностями развития мозга [199].

Критический обзор современных исследований по детской шизофрении представлен в работе М.Брегапга[[4]](#footnote-4). Отмечается, что современные теории нейроразвития, рассматривая раннее начало как более «грубый» вариант шизофрении, усиливают роль нейро- биологических механизмов, лежащих в основе заболевания в ущерб другим факторам (субъективный опыт, динамика отноше­ний, окружающая среда), интенсивно разрабатываемым в рамках психодинамического подхода. Автор подчеркивает важность уче­та принципа развития и мультифакторного подхода к проблеме шизофрении детского возраста [217].

Отечественные клинические исследования детской шизофрении имеют свою специфику, они опираются в квалификации рас­стройств не только на МКБ-10, но и на традиции отечественного подхода в детской психиатрии. Большинство работ выполнено муль­тидисциплинарно, с учетом психологических, электрофизиологиче- ских, биохимических и других исследований того же контингента[[5]](#footnote-5).

1. Психологические исследования шизофрении в детском возрасте

В этом пункте излагаются результаты патопсихологических исследований детской шизофрении, проведенных в отечественной традиции, заложенных Б. В.Зейгарник и Ю.Ф. Поляковым.

Исследования выстраивались в своей очередности, поскольку логика развития науки приводила к определенной постановке исследовательских задач.

Вопрос о генезисе особенностей познавательных процессов при шизофрении у детей был продиктован данными о наличии аномалии познавательной деятельности — нарушения избиратель­ной актуализации знаний на основе прошлого опыта — у взрос­лых, больных шизофренией 1123]. Данная аномалия познаватель­ной деятельности связана с определенным психическим складом личности [166]. Необходимо было выстроить исследование, на­правленное на онтогенетическое изучения ее формирования, и выбор эмпирического объекта пал на контингент детей, характе­ризующихся в первую очередь шизоидными чертами психики, такими как трудности установления эмоциональных контактов с окружающими, трудности общения. Для исследуемых детей был характерен дизонтогенез психического развития искаженного типа: на фоне соответствующего возрасту или опережающего интеллектуального и речевого развития у них отмечалось недоста­точное развитие практических навыков, плохая адаптация к новым условиям, черты необычности и чудаковатости в поведении, речи и мышлении.

Изучение закономерностей возникновения осуществлялось на примере формирования мыслительной и перцептивной деятель­ности у больных шизофренией детей. Методом возрастных срезов с помощью специально разработанных комплексов эксперимен­тально-психологических методик, направленных на операцион­ный и предметно-содержательный аспекты соответствующих видов деятельности, изучались здоровые и больные шизофрени­ей дети в возрасте от 5 до 16 лет. Это была одна из первых в пато­психологии работ по динамическим параметрам нарушенного развития.

Исследование развития мышления проводилось Т. К. Мелешко и С. М. Алейниковой, специфика становления особенностей зри­тельного восприятия отражена в работе Н.В.Захаровой [I, 2, 53, 125, 166]. Ими был описан особый тип формирования познава­тельной деятельности детей, больных шизофренией, который выражается в опережении сроков становления мыслительных операций в тех методиках, где роль предметно-содержательного опыта незначительна, с одновременной тенденцией к отставанию при формировании перцептивных действий и выраженным от­ставанием в сроках формирования социально-практической сто­роны интеллектуальной деятельности, связанной с избирательной актуализацией знаний.

Развитие предметно-содержательной стороны познавательной деятельности у детей, больных шизофренией, проявляет одина­ковую тенденцию к отставанию формирования мыслительной и перцептивной деятельности на всех возрастных этапах. Сочетание с пособности к формальному анализу отношений и свойств пред­метов, установлению логических связей с недостатком предметно­содержательных аспектов рассмотрения действительности, свя­занных с усвоением социального опыта, характерное для детей, больных шизофренией, можно рассматривать как проявление нарушения формирования избирательности познавательной дея­тельности. Диссоциация аспектов познавательной деятельности (операционного и аспекта избирательности), проявляющаяся у детей, больных шизофренией, уже при формировании восприя­тия, усиливается при формировании мышления. Сравнительный анализ уровня развития мыслительной и перцептивной деятель­ности у детей, больных шизофренией, показывает усиление дис­социации формально-логического и предметно-содержательного аспектов развития в мыслительной деятельности; можно полагать, что нарушение элементарного звена — восприятия — влечет за собой вторично нарушение сложного звена [2].

Выявленные особенности характеризуются изменением соот­ношения и динамики развития существенных сторон познаватель­ной деятельности (операционной и аспекта избирательности). Снижение избирательности связано с недостаточной опорой на прошлый опыт социально-практического использования предме­тов окружающей действительности. Это проявляется в ухудшении ориентировки ребенка в определении практической значимости свойств и отношений предметов. Наблюдается опережение или совпадение темпов развития операционной стороны познаватель­ной деятельности, ее формально-логического аспекта (по сравне­нию со здоровыми сверстниками), что отчетливо проявляется в способности к абстрагированию и обобщению предметных при­знаков, не дифференцированных по социально-практической значимости. При опережающем развитии мыслительных операций наблюдалось отставание развития перцептивных действий, свя­занных, в первую очередь, с формированием предметного восприя­тия. Выявленные особенности развития познавательной деятельно­сти выступают как диссоциация, дисгармония, характеризующая­ся парциальным искажением формирования одних ее аспектов при нормальном или усиленном развитии других ее сторон [ 125].

Анализируемый тип патологии познавательной деятельности тесно связан с такими существенными аномалиями личностного развития, как недостаточная потребность в общении и установ­лении эмоциональных контактов. Недостаточность общения со взрослыми и сверстниками имеет непосредственное отношение к формированию аномалии ведущих видов деятельности, характе­ризующих разные этапы возрастного развития — игровой и учеб­ной. Аутистические игры не формируют у ребенка усвоения об­щественных функций предметов и не воссоздают полноценных

Г Г

социальных отношений между людьми. У исследованных аномаль- ■ ных детей не формируется достаточной мотивации учебной де- Н ятельности и потребности в получении социальных оценок ее ■ результатов. Можно полагать, что связанная с дефицитом соци- ■ альных контактов недостаточная направленность личностных уста- I новок на социально значимые аспекты действительности создает 1 условия для преимущественной ориентировки на «формальные» I аспекты действительности, для формирования специфических 1 односторонних интересов и способностей. Все это служит основа- 1 нием для предположения об общих факторах, детерминирующих, 5 с одной стороны, недостаточность избирательности познавательной деятельности и ускоренное развитие операционной стороны мыш- 1 ления — с другой. Дисгармонию, асинхронию развития мыслитель- ; ной и перцептивной деятельности детей, больных шизофренией, I выявляемую экспериментально-психологическими методами, мож­но рассматривать как один из вариантов аномального психическо- . го развития [1251.

Пример динамического наблюдения за пациентом — по мате- : риалам диссертационного исследования С. М. Алейниковой [1[ — [ наглядно иллюстрирует выявленные закономерности познаватель­ного развития детей, больных шизофренией. Сам метод динамиче­ского наблюдения (повторные экспериментально-психологические исследования одних и те же испытуемых на разных возрастных этапах) позволяет выявить специфические, индивидуальные осо­бенности развития познавательной деятельности, оценить их со­ответствие общим закономерностям ее формирования у больных.

Изучалось влияние прогредиентности заболевания, нарастания негативных расстройств на формирование изучаемых сторон I мыслительной деятельности (формирование логического мышле­ния, избирательности актуализации знаний, продуктивности мыслительной деятельности). Результаты экспериментально-пси­хологических исследований сопоставлялись с данными историй болезни, что позволило выяснить вопросы, связанные с уровнем социальной адаптации ребенка, успехами в школьном обучении, получить сведения об интересах и увлечениях детей, особенностях развития личности, клинических проявлениях и течении заболе­вания от времени его манифестации до момента эксперименталь­ного исследования.

Приведем пример относительно благоприятного течения заболевания (по истории болезни Коли М. 1971 г.р., описанной И. К. Колчиной).

Анамнез. Ребенок родился от первой беременно­сти. С раннего возраста проявлял признаки ускоренного развития; стал держать голову с 2 мес., сидел без поддерж­ки с 7 мес. Начал ходить в 9 мес. '

К 1 году говорил короткие фразы. Рано начал расска­зывать стихи, рассуждать не по-детски. Навыки опрятно­сти сформировались к 1 году. В 2 года 5 мес. научился самостоятельно одеваться, в это же время ребенок выучил буквы, но читать не любил. О себе всегда говорил во вто­ром лице.

В 3 года мальчик начал посещать детский сад. Воспи­татели отмечали, что у ребенка трудное поведение, он не участвует в групповых занятиях, не играет с детьми и не знает их имен.

В 3,5 года он овладел счетом, испытывал интерес к сложным словам, названиям, ему доставляло удовольствие произносить их. От этих занятий повышалось настрое­ние.

В возрасте 3—4 лет поведение мальчика изменилось. Ребенок проявлял повышенный интерес к водопроводным кранам, зарисовывал краны, тазики. Рисунки были бук­вальными, предметы на рисунках изображались в том положении, в котором находились в действительности. Со временем пациент стал проявлять элементы жестокости, мучил животных, давил на тротуаре жуков и гусениц, тянул за хвост кошку, при этом радовался, возбуждался. О себе продолжал говорить во втором лице. В этом же возрасте после смерти бабушки стал играть в «могилку». Ложился на кровать, укрывался подушками и говорил сам себе: «Ты уже умер, Коля!»

В 5 лет перестал есть и спать в детском саду, мог вне­запно, без причины ударить ребенка, громко заплакать, разбросать игрушки, карандаши, поломать все, что было сделано детьми во время игры. В детском коллективе оста­вался пассивным. Лица рисовал без носов, глаз, с руками, отходящими от головы. Появились состояния бездеятель­ности, сменяющиеся возбуждением, двигательной растор- моженностью. Стал еще более трудным и нелепым в по­ведении.

В апреле 1976 г. мальчик впервые был стационирован в детскую психоневрологическую больницу № 6. В первые дни после поступления бегал по палате, был возбужден, тревожен, агрессивен, было трудно привлечь его внима­ние, вовлечь в организованную деятельность. На заняти­ях с педагогом делал только то, что хотел. О себе говорил во втором и третьем лице. На вопрос «Что ты рисуешь, Коля?» — отвечал: «Рисуешь дерево». Был проконсуль­тирован проф. М.Ш.Вроно, который отмечал в статусе ребенка аутизм, аффективные расстройства, двигательные стереотипии, эхолалии.

Диагноз: патологическое развитие личности из кру­га шизоидных психопатов.

Катамнез. После выписки из больницы Коля был бездеятелен, в детском саду одинок. О себе продолжал гово­рить во втором лице. С лета 1977 г. его поведение стало более ровным, мальчик стал твердо говорить о себе в первом лице.

В 1978 г. мальчик пошел в I класс общеобразователь­ной школы. Трудности в поведении оставались. Контакт с детьми был формальным.

Учебный год закончил без троек, имелись особенности в учебной деятельности: отдельно учил текст стихотворе­ния, а затем вместе с отцом прорабатывал интонацию, с которой оно должно читаться.

С 1981 г. у больного появились сексуальные влечения. Это проявлялось у пациента в нецензурной брани, он стал обнажаться. С удовольствием рисовал, как он выражался, «пакости», нумеруя их («пакость» № 1, 2 и т.д.).

Попал под влияние антисоциальных подростков, стал совершать хулиганские действия, цинично браниться. Учился в школе на «4» и «5». В этом помогал ему отец.

В 1982 г. у ребенка появилась сестра. Сначала мальчик был заботлив и ласков по отношению к ней. Но вскоре он стал издеваться над бабушкой, матерью, сестрой.

Был стационирован вновь в больницу № 6. В отделе­нии вел себя нелепо, был дурашлив, обижал более слабых детей, старался сказать неприятное взрослым, вел разго­воры на сексуальные темы, с удовольствием рассказывал об «ужасах», которые он устроил для своей сестры. После выписки пациент успокоился, но на непродолжительное время. Весной 1983 г. мальчик был стационирован в детскую клинику ВНЦПЗ АМН СССР с описанными выше нару­шениями поведения.

Диагноз: Шизофрения шубообразная, течение бли­же к непрерывному.

Больной 4 раза с 2-летними интервалами проходил экс­периментально-психологическое исследование (в возрас­те 6, 8, 10 и 12 лет). Проанализированы материалы прото­колов двух исследований: в 8 и 12 лет. Динамика развития операционной, логической стороны мышления оценива­лась на результатах выполнения методик: геометрическая и предметная классификации, пересечение классов, муль­типликация классов (включение подкласса в класс). Была обнаружена выраженная положительная возрастная дина­мика формирования данного компонента мыслительной деятельности.

Менее выражена динамика развития при выполнении заданий, направленных на изучение формирования изби­рательности мыслительной деятельности. Оба экспери­ментальных исследования выявляют низкий уровень из­бирательности актуализации знаний в методике «сравне­ние понятий». При первом исследовании коэффициент стандартности равнялся 24 %, при втором — 29 %. Низкая избирательность мыслительной деятельности связана с несовпадением качественного состава свойств, актуализи­рованных больным при сравнении предметов с наиболее часто встречающимися свойствами в соответствующих возрастных группах здоровых испытуемых. В младшем школьном возрасте мальчик актуализирует большое коли­чество категориальных свойств (10 родовидовых признаков из 17), которые уже встречаются у здоровых сверстников, но не попадают в разряд часто встречающихся, стандарт­ных.

Еще более сложную картину представляет протокол повторного исследования больного. Несмотря на некото­рое увеличение коэффициента стандартности (проявление общей закономерности формирования избирательности), значение этого показателя существенно отличается от результатов здоровых испытуемых (коэффициент стандарт­ности в группе здоровых подростков — 57 %). Обращает внимание и своеобразная динамика качественного соста­ва свойств, актуализированных мальчиком при сравнении предметов. Наряду с обобщающими, категориальными свойствами, такими как «неодушевленные предметы», «ночь — процесс, плащ — предмет» в младшем подрост­ковом возрасте больной начинает использовать при срав­нении предметов большое количество свойств наглядно­чувственного, конкретного плана, перечисляя множество внешних деталей сравниваемых объектов. Обе названные категории свойств не относятся к стандартным для под­росткового возраста признакам. Среди свойств, актуали­зированных ребенком при втором исследовании, можно отметить и редко встречающиеся, оригинальные свойства («могут шуметь» — часы и река; «чертят» — ботинок и карандаш»). К положительной возрастной динамике мож­но отнести также увеличение количества актуализирован­ных свойств (с 17 свойств — при первом исследовании до 41 свойства — при втором).

г

Сравнительный анализ выполнения методики «конструирова­ние объекта» позволил сделать вывод, что в этом задании показа­тели избирательности мыслительной деятельности совпадают срезультатами выполнения методики здоровыми сверстниками. Коэффициент стандартности в первом исследовании — 47 %, во втором — 54 %. Однако способы конструирования, воссоздания объекта по заданным свойствам отличались от показателей нормы. В обоих экспериментально-психологических исследованиях был выявлен низкий процент использования целостного способа кон­струирования (по 30 %), тогда как средняя величина этого пока­зателя у здоровых детей, учащихся I —II классов, равна 57 %, у учащихся V—VI классов — 69 %. В подростковом возрасте у ис­пытуемого значительно возрастает количество случаев воссоздания объекта комбинаторным способом (в 30 % случаев, у здоровых подростков — 12 %).

Анализ динамики формирования мыслительной деятельности испытуемого показывает принципиальное совпадение индивиду­альных особенностей с закономерностями развития, выявленны­ми у детей, больных шизофренией с благоприятным течением процесса: в соответствии с возрастом у испытуемого повышается уровень выполнения заданий, основанных на использовании логических действий, определенных логических операций. При первом исследовании мальчик справлялся с заданиями, соответ­ствующими стадии конкретных операций. Повторное исследова­ние выявило уровень логического мышления у испытуемого на стадии формального интеллекта. Исследование формирования избирательности мышления методом сравнения понятий хотя и обнаруживает определенную положительную динамику формиро­вания, выражающуюся в увеличении пропорционально возрасту коэффициента стандартности, однако в обоих исследованиях его значение ниже, чем у здоровых сверстников. Выявленные харак­теристики развития мыслительной деятельности можно сопоста­вить с особенностями течения заболевания у пациента. По кли­ническим данным в статусе больного нет указаний на прогреди- ентное течение заболевания, не отмечается снижения психической активности, трудностей в учебной деятельности. Эксперименталь­но-психологическое исследование обнаруживает положительную возрастную динамику формирования мышления. Эта динамика соответствует общим закономерностям развития, выявленным у детей с благоприятным течением заболевания.

Результаты исследования С. М.Алейниковой позволяют про­водить дифференциальную диагностику психического развития детей с разными типами дизонтогенеза (задержанным и парци­альным) [1].

Полученные данные позволили подойти к решению другого вопроса, связанного с психическим дизонтогенезом при шизо­френии, а именно исследованию произвольной регуляции деятель­ности в контексте нарушения коммуникативной сферы у больных шизофренией. Трудности установления контактов, бедность со-

Iшальных и межличностных связей, затруднения как в отношении социальной адаптации, так и в организации взаимодействия и взаимоотношения с другими людьми, особенно в личном, дове­рительном общении играют серьезную, в значительной степени дезорганизующую роль в развитии психики больных шизофре­нией детей, которые в своем психосоциальном развитии оказы­ваются в более неблагоприятной ситуации, нежели их здоровые сверстники.

В экспериментальной ситуации у детей была возможность ис­пользовать подражание как способ решения задачи, выбирать активную или пассивную роль, участвовать в совместной дея­тельности (более подробно методическая сторона исследования описана в работе Н. В. Захаровой, 1990). Использование подра­жания в определенной мере помогает решению основной задачи, по этому параметру больные и здоровые дети различались. Здо­ровые испытуемые в младшем школьном возрасте имеют устой­чиво высокие показатели, которые резко снижаются к среднему н старшему школьному возрасту. У больных детей процент испы­туемых, использующих подражание, более устойчив и колеблется от 40 до 30 во всех возрастных группах, т.е. возрастная динамика практически отсутствует (рис. 1). Можно полагать, что нарушения взаимодействия не позволяют больным детям использовать долж­ным образом подсказку (что прекрасно удается здоровым детям младшего возраста).

Различия между здоровыми и больными детьми были получены также по параметру предпочтения пассивной/активной роли в эксперименте (см. табл. 5). В младшем школьном возрасте дети, больные шизофренией, предпочитают активную роль, тогда как здоровые испытуемые — пассивную, близкую к роли слушателя, ученика. В следующей возрастной группе активность предпочи-

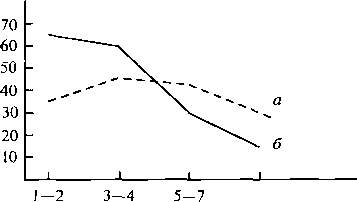


Рис. 1. Возрастная динамика использования подражания у здоровых и больных шизофренией детей: по оси ординат — процент испытуемых, использующих подражание; по оси абс­цисс — возрастные группы (классы школы); а — больные шизофренией; б —

здоровые дети

Таблица 5

Возрастная динамика (в %) предпочтения активной (А) и пассивной (П) роли здоровыми и больными детьми

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Группы испытуемых | 1-И  классы | | III — IV  классы | | У-УИ  классы | | УШ-Х  классы | |
| П | А | П | А | П | А | П | А |
| Больные шизофренией | 33 | 67 | 62 | 38 | 40 | 60 | 46 | 54 |
| Здоровые дети | 63 | 37 | 25 | 75 | 40 | 60 | 6 | 94 |

тается уже здоровыми испытуемыми. В группе младших подрост­ков оценка предпочтительности у больных и здоровых детей совпадает. В дальнейшем в группе старших подростков больные шизофренией делят предпочтения примерно поровну между пер­вой и второй ролью, а здоровые подростки предпочитают актив­ную роль.

Такая, казалось бы, парадоксальная возрастная динамика пред­стает в ином свете, если соотнести ее с периодизацией детского развития по Д. Б. Эльконину [ 167|. Здоровые дети в том возрасте, в котором у них происходит преимущественное развитие мотива- ционно-потребностной сферы, предпочитают активные роль и общение с экспериментатором. У больных шизофренией детей подобного соответствия мы не находим.

Больные шизофренией дети отстают от здоровых сверстников в развитии новых форм взаимодействия, меньше ориентируются на другого человека в построении программы произвольной деятельности. Из предшествующих исследований известно, что больные шизофренией дети имеют преимущество перед здоровыми в отношении решения логических задач в ситуации индивидуальной деятельности. Решение подобной логической задачи в условиях со­вместной деятельности снижает возможности реализации этого преимущества. Данные о предпочтительности активной или пас­сивной роли во взаимодействии также позволяют говорить о влиянии нарушений общения, характерных для детей, больных шизофренией, на произвольную регуляцию их деятельности. В первую очередь это касается мотивационно-потребностного компонента [54].

В методике, разработанной Т. К.Мелешко [83], от испытуемо­го требуется максимально активное взаимодействие с партнером. Основной принцип построения методики — сопоставление ин­дивидуальной деятельности больных шизофренией с их деятельно­стью в ситуации общения, когда испытуемый и экспериментатор должны получить общий результат совместной работы. Это позво­ляет проследить процесс перестройки деятельности в соответствии 122 с требованиями совместного труда, проанализировать осознание задачи общения. Положительная возрастная динамика в отноше­нии изменения деятельности с учетом деятельности партнера качественно различается у здоровых и больных шизофренией де­тей. Больные шизофренией дети более медленными темпами, чем их здоровые ровесники, перестраиваются с индивидуальной на совместную деятельность. Возможно, такое замедление у больных связано с затруднениями в общении, сложностью взаимодействия, недооценкой роли партнера и его особенностей в условиях совмест­ной деятельности. Запаздывание осознания необходимости изме­нения тактики в новой ситуации также свидетельствует о влиянии нарушений общения на произвольную регуляцию деятельности и согласуется с полученными ранее данными о предпочтении боль­ными шизофренией детьми индивидуального стиля деятельности, а также о динамике предпочтения активной или пассивной роли у больных с нарушениями общения.

Выявленные особенности совместной деятельности детей, больных шизофренией, по сравнению со здоровыми ровесниками, вероятно, отражают нарушения общения, контактов. Для больных шизофренией детей и подростков характерны: предпочтение ин­дивидуального стиля деятельности; неумение (сравнительно со здоровыми ровесниками) правильно распределить роли в совмест­ной деятельности, пользоваться ее преимуществами; недооценка и меньшее осознание особенностей партнера и требований в со­вместной деятельности, предпочтение пассивной роли в общении; неумение правильно оценить результаты совместной и индивиду­альной деятельности; относительная независимость от предлагае­мых образцов при построении стратегии решения задачи. Все эти особенности позволяют судить о нарушении произвольной регу­ляции деятельности у больных шизофренией детей с выраженны­ми явлениями аутизма. Разная глубина взаимодействия в совмест­ной деятельности влечет за собой разные по степени выраженно­сти и значимости для развития ребенка нарушения произвольной регуляции деятельности. Формальное распределение ролей до­ступно детям, больным шизофренией, но введение более актив­ного взаимодействия начинает сказываться на результате выпол­нения заданий тем сильнее, чем более выраженным и неформаль­ным является взаимодействие [54|.

А. Е. Назаренко продолжила исследования психического диз- онтогенеза при шизофрении у детей с учетом полученных ранее данных. Она изучала особенности развития опознания эмоцио­нального состояния человека по невербальным компонентам (позе и жесту) у больных шизофренией детей. В экспериментальном исследовании опознание специального стимульного материала проводилось в условиях «глухой» инструкции, чтобы иметь воз­можность увидеть спонтанную направленность (или ее отсутствие)

на распознание социально-перцептивных и эмоциональных ха­рактеристик. Исследование проводилось на широком возрастном диапазоне испытуемых, страдающих шизофренией (с дисгармо­ничным, диссоциированным развитием и нарушениями общения), в сопоставлении со здоровыми сверстниками (от 7 до 16 лет).

Дети, больные шизофренией, обнаружили качественное свое­образие в распознавании эмоционально-выразительных движений (символических и экспрессивных) по сравнению со здоровыми сверстниками. Замедленность темпа и равномерность возрастной динамики распознавания экспрессивных жестов, снижение уста­новки на восприятие эмоционального состояния другого человека, содержание и значение совершаемых им действий были характер­ны для больных шизофренией. В отношении символических жес­тов уровень их распознавания у больных достигал уровня здоровых сверстников к препубертатному возрасту (9—10 лет). У больных шизофренией детей отмечена более равномерная по сравнению с нормой возрастная динамика избирательности восприятия эмо­циональной экспрессии. Отставание от здоровых сверстников характерно для всех возрастных групп, кроме старших подростков. Специфика актуализируемых больными детьми образов свиде­тельствует об изменениях в усвоении общественного опыта и систем социально-перцептивнх эталонов.

В данной работе оценивался вклад нарушения эмоций как симптома в особенности распознавания эмоционально-вырази­тельных движений. Оказалось, что самые низкие результаты опо­знания эмоционально-выразительных движений (поз и жестов) показали дети с хроническими гипоманиакальными расстройст­вами. Дети с циклической сменой аффективных расстройств разного знака выполняли задания на близком возрастной норме уровне. Дополнительно проводилось нейропсихологическое об­следование и было показано, что существует корреляция наруше­ний распознавания эмоциоанльно-выразительных движений с наличием зрительно-пространственных расстройств, специфич­ных для дисфункции правого полушария головного мозга [110].

Итогом проведенных работ стало подтверждение разрабаты­ваемой в отечественной патопсихологии теории о снижении по- требностно-мотивационного компонента психической деятель­ности при шизофрении, в первую очередь, потребности в обще­нии.

Диссоциация пронизывает не только отдельные стороны пси­хических процессов, но и само их соотношение в развитии пси­хики больного ребенка. Этому посвящены работы Н. В.Зверевой по полимодальному межфункциональному изучению психическо­го дизонтогенеза при шизофрении. Оценка гармоничности ста­новления модальной специфики некоторых психических процес­сов проводилась на основе результатов применения специально разработанных экспериментально-психологических комплексов. Произвольная память, восприятие и ассоциативный процесс и (учались полимодально (тактильная, зрительная и слуховая мо­дальности) в широком возрастном диапазоне от 7 до 15 лет. Ис­следование показало, что изменен приоритет модальностей при осуществлении этих функций здоровыми и больными шизофре- иией детьми. Тактильная модальность у больных шизофренией нетей преимущественно отстает в развитии от здоровых сверст­ников, тогда как в отношении зрительной и слуховой модально­стей имеет значение та психологическая функция, в рамках ко­торой осуществляется модально-специфическая деятельность. Отмечается несовпадение соотношения модальностей у больных и здоровых детей [21].

Рассмотрение психологических данных в отрыве от клиниче­ских не дает возможности прогнозировать исход и течение забо­левания, а работает только на более точную диагностику. Полимодальный межфункциональный подход к проблеме психического дизонтогенеза при шизофрении может использоваться в качестве «лакмусовой бумажки» для выявления специфики возрастных и клинических параметров, определяющих этиологию и патогенез шизофрении в детском возрасте.

Разработанные комплексы методик, направленные на изучение возрастных особенностей формирования познавательной дея­тельности и эмоциональной сферы, активно используется в пси­хологической диагностике дизонтогенетического развития на базе НЦПЗ РАМН.

Обращение к клиническим факторам — степени тяжести забо­левания, времени его начала — отражено в исследовании A.A. Ко­валь-Зайцева. В данной работе анализируется связь времени на­чала заболевания и степени выраженности дефекта, проявлений особого психического и интеллектуального развития (структура психического дизонтогенеза). Исследование проводилось в сопо­ставлении данных психолого-образовательного теста и материалов комплексного патопсихологического обследования детей в соот­ветствии с разработанными в отделе медицинской психологии НЦПЗ РАМН комплексами. Оценивались следующие параметры: подражание, восприятие, исполнительные когнитивные функции, вербальные когнитивные функции, крупная моторика, мелкая моторика, зрительно-двигательная координация, экспрессивная речь. Выявлены три типа отклоняющегося психического развития у больных шизофренией детей с ранним началом заболевания. Первый, наиболее легкий, является диссоциированным по струк­туре, в нем разнонаправлены соотношения входящих в него па­раметров по сравнению с нормативным развитием у детей. Струк­тура второго типа представляет собой сочетание ретардации и негрубой диссоциации развития по сравнению с нормой. В струк­туре третьего типа на первый план выступает выраженная ретар­дация всех анализируемых параметров по сравнению с нормой развития. Наряду с различиями имеются и общие характеристики дефекта у всех обследованных детей. В первую очередь это каса­ется развития тонкой моторики и подражания. По наблюдениям и оценкам психиатров, у страдающих шизофренией детей тонкая моторика имеет недоразвитие. В основе подражания лежит на­правленность на социальный мир, которого во многом лишены дети, страдающие шизофренией. Это определяет общие характе­ристики дефекта при рано начавшейся детской шизофрении [74].

Работа Е.И.Жигэу также выполнялась в русле психологичес­ких исследований шизофрении, проводимых под руководством Ю. Ф. Полякова. Изучение смысловой сферы подростков, больных шизофренией, проводилось посредством оценки семантического кодирования и уровней смысловой переработки информации в познавательной сфере. Многоплановое экспериментально-пси­хологическое исследование позволило выделить разные уровни смысловой переработки материала на примере выполнения раз­личных познавательных задач (блока методик на познавательную деятельность и социальную перцепцию). Выделены и проинтерпре­тированы варианты ответов, отражающие разные уровни смысло­вой переработки информации (построения смыслового образа) на основе предъявленного сенсорного стимула. Таких уровней четы­ре: игнорирование стимула; сенсорно-перцептивная переработка исходного стимула; перцептивно-смысловая переработка стимула; собственно смысловая переработка стимула.

Выделенные уровни построения образа согласуются с уровня­ми психического отражения по Б. Г.Ананьеву и А. Н.Леонтьеву. Каждый уровень переработки отличают особенности проявления регулирующей функции и глубина смысловой переработки инфор­мации.

Всеми испытуемыми действие кодируется лучше и легче, чем неопределенная сенсорная информация, однако во всех случаях больные шизофренией подростки значимо чаще проводили смыс­ловое кодирование на I — II уровнях, хотя в отдельных видах зада­ний подавляющее большинство больных способно к кодированию IV уровня, что говорит в пользу принципиальной возможности адекватного смыслового кодирования больными подростками.

Часть больных шизофренией (около 1/3) пытаются компенси­ровать дефекты процесса смысловой переработки эмоциональ­но-насыщенной стимульной информации, используя следующие приемы:

* временная отсрочка ответа (47,4 % из всех приемов);
* использование внешней опоры (26,3 %);
* идентификация, привлечение собственного Я (26,3 %); его используют наиболее эмоционально сохранные больные.

Проведенное исследование позволяет продолжить линию изуче­ния когнитивных механизмов смысловых нарушений у больных шизофренией как в познавательной, так и в эмоциональной сфере 1491.

1. **Клинико-психологический синдром при шизофрении в юношеском возрасте**

В юношеском возрасте происходят значительные изменения реактивности организма, его нейроэндокринных и иммунобиоло­гических систем, что, безусловно, не может не оказывать глубо­кого влияния на возникновение, течение и исход шизофрении. Кроме того, незавершенность эволюции мозговых систем, незре­лость психики и наличие особых кризовых пубертатных психиче­ских проявлений влияют на формирование клинической картины болезни.

1. **Характеристика юношеской приступообразной**

**шизофрении**

При дебютировании шизофрении в юношеском возрасте и особенно при ее медленном, относительно благоприятном разви­тии пубертатные кризовые проявления не только сохраняются и приобретают отчетливую динамику в сторону их искажения, но нередко становятся определяющими для развития клинических особенностей болезни. Формируются особые, специфические для юношеского возраста, симптомокомплексы, среди которых наи­более характерными являются гебоидный, с синдромом «юноше­ской метафизической интоксикации (особых сверхценных обра­зований)», дисморфофобический и психастеноподобный [125,

157].

Длительное изучение юношеской малопрогредиентной шизо­френии в работах М.Я. Цуцульковской и А. Г. Бильжо показало, что через 10—15 лет после первого стационирования в юношеском возрасте у большинства больных постепенно наступает компен­сация состояния с редуцированием психопатологических явлений и выявлением лишь нерезко выраженных признаков дефекта личности, которые практически не препятствуют социально-трудо­вой адаптации. В этих случаях есть все основания говорить об ати­пичных затяжных пубертатных шизофренических приступах [ 109].

Рассматриваемая форма течения шизофрении имеет опреде­ленный стереотип развития, стадии которого совпадают с этапами нормального созревания. Период инициальных проявлений забо­левания начинается в возрасте 12—15 лет. Он характеризуется заострением черт характера, появлением аутохтонных атипичных биполярных аффективных расстройств, иногда континуального характера, с наличием дисфорического оттенка депрессий, недо­вольства собой и окружающими или признаков возбужденности с непродуктивностью, отсутствием стремления к контактам — в гипоманиях. Все это сочетается с появлением оппозиции к окру­жающему, стремлением к самоутверждению, нарушениями пове­дения, конфликтностью.

Следующая стадия (16 — 20 лет) отличается быстрым нараста­нием психических расстройств и наибольшей их остротой. Имен­но в этом периоде появляется необходимость госпитализации в психиатрическую больницу. В статусе больных отмечаются острые психотические явления, хотя и имеющие транзиторный и руди­ментарный характер: взбудораженность, идеаторные нарушения, ментизм, выраженные нарушения сна, отдельные гипнагогические и рефлекторные галлюцинации, отдельные галлюцинации вооб­ражения. На этом этапе гебоидный, дисморфофобический, псев- допсихастенический синдромы и синдром «метафизической ин­токсикации» выступают в своем наиболее завершенном виде и полностью определяют состояние больных. По своим клиниче­ским особенностям они отличаются существенными признаками от внешне сходных проявлений, свойственных патологически протекающим пубертатным кризам. В течение ряда лет состояние остается относительно стабильным, без видимой динамики, ха­рактеризуется однообразием болезненных проявлений, без замет­ной тенденции к усложнению психопатологических признаков и даже с периодами их послабления и сохранением психопатопо­добного, сверхценного и аффективного регистров расстройств. При контакте с такими больными иногда создается впечатление о наличии у них выраженных негативных изменений, тяжелого шизофренического дефекта.

Между 20 и 25 годами (у одних пациентов позже, у других рань­ше) происходит постепенная компенсация состояния с заметным редуцированием или полным исчезновением описанных рас­стройств и восстановлением социально-трудовой адаптации.

Особенностью отдаленного периода заболевания независимо от преобладающего синдрома на предшествующей стадии болез­ни является относительно неглубокая степень негативных изме­нений: ограничивающаяся утратой широты интересов, снижени­ем психической активности, появлением сугубо рационального отношения к близким, с потребностью в опеке, некоторой замкнуто­стью в кругу семьи. У одних больных на первый план выступали признаки инфантилизма, проявляющиеся в непрактичности, зави­симости от близких, эмоциональной незрелости, слабости влече­ний при хорошем уровне умственной продуктивности. У других превалировали шизоидные особенности склада личности с чер­тами аутизма и чудаковатости, не мешающими, однако, высокому уровню профессионального роста и социальной адаптации.

По истечении пубертатного периода ввиду возможности зна­чительной компенсации состояния больных (а значит, повыше­ния социальной и трудовой адаптации) врачам, психологам и т.д. следует с большой осторожностью решать вопросы, ограничи­вающие последующий социальный рост пациентов (перевод на инвалидность, ограничение для поступления в вуз, отчисление из вуза и др.).

Среди атипичных пубертатных шизофрениче­ских приступов различают следующие три разновид­ности: гебоидный, с синдромом «юношеской метафизической интоксикации», с дисморфофобическими и психастеноподобны- ми расстройствами.

Гебоидный приступ — возникающее в юношеском возрасте психическое расстройство, характеризующееся патологическим преувеличением и видоизменением до психотического уровня психологических пубертатных свойств с преобладанием аффек­тивно-волевых нарушений, в том числе и влечений, приводящих к противоречащему общепринятым нормам поведению и выра­женной дезадаптации в обществе [117, 125].

Начальные признаки болезни: появление у пациентов несвойст­венных им прежде психопатических черт шизоидного и возбуди­мого круга, извращенных эмоциональных реакций и влечений. Развиваются и признаки «ущербности» личности шизофрениче­ского типа.

Ведущими в поведении таких больных оказываются черты ослаб­ления самоконтроля и нарастающего безволия. В клинической картине начального этапа болезни также могут доминировать черты несвойственной больным ранее повышенной раздражи­тельности, грубости и неуживчивости с окружающими. Проявляе­мое пациентами упрямство настораживает своей немотивированно- стью. Больные несмотря на просьбы, убеждения и даже приказания перестают стричь волосы, менять белье, отказываются мыться, вступают в ненужные пререкания, часами без надобности спорят. В реакциях на окружающее все заметнее выявляется неадекватная гневливость, нередко сопровождающаяся агрессией. Обращает на себя внимание также то, что больные как бы останавливаются в своем психическом развитии: вновь начинают интересоваться сказками, а также военной и «шпионской» тематикой книг и ки­нофильмов, особенное удовольствие они получают от описания сцен различных зверств, мучений, различных скандальных исто­рий, становятся лживыми и т.д.

Несмотря на сохранность интеллектуальных способностей, большинство больных из-за резкого снижения успеваемости

оставляют учебу в школе или на первых курсах института. В те­чение нескольких лет могут вести праздный образ жизни; в неко­торых случаях, не задумываясь, уезжают в другие города «познавать жизнь», легко попадают под влияние антисоциальных личностей и совершают правонарушения, вступают в различные религиозные секты (преимущественно «сатанинской» направленности).

Нередко у больных на первый план выступают расторможение полового влечения, неумеренное потребление алкогольных на­питков и наркотиков, занятия азартными играми. Влечение к ка­кому-либо виду деятельности определяется извращенными эмо­циональными реакциями, и тогда характер занятий приближает­ся по своему содержанию к перверзным влечениям. Тем не менее «шизофреническая» окраска поведения больных в целом высту­пает очень отчетливо в виде неадекватности поступков, их малой мотивированности, непонятности, странности, однообразия, а также вычурности и нелепости. В картине гебоидного состояния выраженные шизоидные особенности сосуществуют с истериче­скими элементами рисовки и демонстративности, симптомы пато­логического фантазирования — с чертами ригидности, проявле­ния повышенной возбудимости и аффективная неустойчивость — с невротическими и фобическими симптомами, нарушения влече­ния — с расстройствами психастенического круга.

г

С 17 — 20 лет в течение последующих 2 — 7 лет клиническая картина и поведение больных становятся однообразными незави­симо от изменения реальных условий и внешних воздействий. Более заметно проявляются признаки задержки психического развития (последнее как бы останавливается на подростковом уровне, пациенты «не взрослеют»), В этот период отмечается наи­большее число обусловленных неправильным поведением больных госпитализаций.

Последний этап продолжается в среднем 1—2 года и приходит­ся на возраст 20 — 24 лет (колебания от 18 до 26 лет). В этот период постепенно уменьшается полиморфизм гебоидных расстройств, сглаживаются поведенческие нарушения, немотивированная не­приязнь к родственникам, склонность к употреблению алкоголя и наркотиков, необычность увлечений и интересов; «пубертатное мировоззрение» теряет свою явно оппозиционную направлен­ность, а затем постепенно сходит «на нет». Значительно дольше остаются признаки ослабления самоконтроля, что находит отра­жение в эпизодических алкогольных, наркотических и сексуальных эксцессах. По мере редуцирования гебоидных нарушений появ­ляется возможность оценить изменения личности. Как правило, они оказываются не столь глубокими, как можно было ожидать.

Приступ с явлениями «метафизической интоксикации» — это развивающееся в юношеском возрасте состояние, характеризую­щееся доминированием в психической жизни субъекта эффектив­но заряженной односторонней интеллектуальной деятельности (чаще абстрактного содержания) и приводящее к различным фор­мам социальной и трудовой дезадаптации.

Проявления феномена «метафизической интоксикации» отли­чаются значительным разнообразием. Одни пациенты посвящают себя поиску метафизических или философских «истин». Другие одержимы идеями духовного либо физического самоусовершенст­вования, которые они возводят в ранг мировоззрения. Третьи гратят много времени и энергии на изобретение «вечного» или «безопорного» двигателя, решение неразрешимых на сегодняшний день математических или физических задач. Четвертые обраща­ются к христианству, буддизму, индуизму, становясь религиозны­ми фанатиками, членами различных сект. Доминирует чувство убежденности в особой значимости и правоте собственной дея­тельности. Свидетельством преобладания аффекта над идеей служит оттенок экстатичности в состоянии: больные заявляют о мистическом проникновении в суть вопросов бытия, о познании смысла жизни в период «вдохновения», «прозрения» и т.д. Фор­мирование подобного «мировоззрения» обычно наступает быстро по типу «кристаллизации», а его содержание часто находится в прямом противоречии с прошлым жизненным опытом пациентов, их прежними интересами, личностными установками.

Активный этап болезни с доминированием явлений «метафи­зической интоксикации», так же как при гебоидных состояниях, ограничен периодом юношеского возраста, за пределами которо­го наступают выраженное редуцирование всех позитивных рас­стройств, сглаживание и компенсация личностных изменений, хороший, неуклонно повышающийся социально-трудовой рост, т.е. состояние стойкой ремиссии типа практического выздоров­ления.

К 20 — 21 году все более отчетливо выступают их житейская неприспособленность, зависимость от родителей, не соответству­ющая возрасту наивность суждений; односторонность интеллек­туального развития, а также снижение сексуального влечения и признаки физического инфантилизма.

Однако по минованию болезненного состояния пациенты возвра­щаются к учебе, начинают работать. При этом в сравнении с пре- морбидом здесь можно обнаружить определенные изменения лично­сти: аутизацию, склонность к соблюдению заведенного распорядка и уклада жизни, элементы резонерства, недостаточную самокритич­ность, отчетливые признаки психического, а иногда и физического ювенилизма. Сохраняющиеся сверхценные образования оказывают влияние на предпочтительность интересов и занятий больных, обыч­но становясь содержанием их профессиональной деятельности. Как правило, этих больных в последующем отличает относительно вы­сокий уровень профессиональной продуктивности.

Приступ с дисморфофобическими и психастеноподобными расстройствами характеризуется прежде всего состоянием, ко­торое в литературе со времен Е.МогееШ (1886) [208] определяется понятием дисморфофобии — болезненного расстройства с доми­нированием идеи мнимого физического недостатка (формы или функции). Дисморфофобия, как указывается многими исследо­вателями на основе эпидемиологических данных, является симп- томокомплексом, встречающимся преимущественно в подрост­ково-юношеском возрасте и представляющим одну из сторон проявлений пубертатных кризов [109, 125].

Под расстройствами психастенического типа имеются в виду проявления, напоминающие личностные особенности, характер­ные для психопатов-психастеников. В клинической картине наи­более часто встречаются такие симптомы, как появление несвойст­венной ранее нерешительности и неуверенности в своих действи­ях и поступках, трудностей контактов с чувством скованности и напряжения на людях, обостренная рефлексия, чувство изменен­ное™ своей личности и отстранения от реального («потеря чувст­ва реального», по П. Жане), приводящие к нарушению адаптации к окружающим условиям жизни. При манифестации данного варианта атипичного пубертатного приступа в одних случаях пре­валирует дисморфофобия, в других — психастеноподобные рас­стройства.

Описанным явлениям дисморфофобии и психастеноподобных расстройств обычно предшествует возникновение или усиление шизоидных черт в возрасте II —13 лет. В дальнейшем (12—14 лет) обычно возникают идеи физического недостатка, которые пона­чалу практически ничем не отличаются от обычного сверхценно- го интереса и озабоченности подростка по поводу собственной внешности.

Манифестный этап болезни развивается в возрасте 15— 18 лет. Его начало определяется усложнением темы дисморфофобии: наряду с беспокойством по поводу лишней массы тела, наличия юношеских угрей пациентов начинают волновать форма носа, грозящее облысение, малозаметные родимые пятна и т.д.

Резко меняется и поведение больных: их полностью охватыва­ют мысли об имеющихся у них «дефектах», они оставляют учебу, бросают работу, не выходят на улицу, прячутся от товарищей, гостей. Занимаясь самолечением, они постоянно контролируют свой вид с помощью зеркала — симптом «зеркала» [169, 208]. Больные с упорством обращаются к косметологам, готовы на все ради исправления дефекта. Нередко у них наблюдаются и выра­женные аффективные реакции с истерическими чертами, сверх- ценные идеи физического недостатка перерастают в некорриги- руемую систему убеждений, приближающуюся к бреду. У этих больных нередко отмечаются идеи отношения, вербальные иллю­зии, они заявляют, что повсюду над их уродством «открыто» из­деваются. В этот период пациенты обычно неоднократно госпи­тализируются.

По истечении описанных явлений все больные работают и достаточно хорошо справляются с учебой. Они достигают, как правило, относительно высокого профессионального уровня, хотя в некоторых случаях отмечаются малая инициативность и продук­тивность. Иногда остаются черты замкнутости, обособленности, поверхностности, незрелости суждений и интересов, повышенная внушаемость; эгоцентризм и недостаточная эмоциональная при­вязанность к близким сочетаются с подчиненным положением в семье. Некоторые больные бывают раздражительными, у них легко наступают аффективные реакции по незначительным по­водам, причины которых больные усматривают в повышенной утомляемости, несдержанности. При этом подобные реакции они позволяют себе только дома.

1. **Характеристика юношеской непрерывно текущей**

**шизофрении**

Юношеская непрерывно текущая шизофрения характеризует­ся значительным разнообразием течения, а также «полярностью» путей ее развития — от катастрофического злокачественного до благоприятного вялого. Наиболее характерным для юношеской непрерывно текущей шизофрении является начало заболевания в подростковом возрасте (в 11 — 15 лет — у 82%). Клинические особенности выражены тем сильнее, чем раньше началось заболе­вание в пределах юношеского периода. На клиническую картину заболевания оказывают влияние психические проявления, свойст­венные юношескому периоду [158].

Основной общей закономерностью развития юношеской не­прерывно текущей шизофрении является то, что заболевание всегда начинается с очерченного периода характерологических изменений. Инициальный этап при юношеской непрерывно те­кущей шизофрении состоит как бы из двух фаз — негативной и продуктивной.

В зависимости от степени характерологического, личностного сдвига выделяют три типа дебюта заболевания.

1. По типу шизоидных изменений личности: эмоциональное обеднение, сочетающееся с эмоциональной хрупкостью, сужение объема и изменение направленности интересов в сторону абстракт­ных вопросов, без заметного снижения психической активности и продуктивности.
2. Психопатоподобные изменения (сходные с психопатией типа возбудимых): раздражительность, грубость, эгоистичность, ослаб­ление привязанностей, снижение чувства симпатии к близким, элементы оппозиции к окружающим в сочетании с повышенной возбудимостью, взрывчатостью, иногда с расстройством влече­ний. Характер интересов меняется в сторону бездумных легких развлечений с одновременной переоценкой собственной лично­сти. Одновременно наблюдается нестойкость и обеднение реаль­ных интересов, некоторая расплывчатость мышления и склон­ность к резонерству при сравнительной сохранности работоспо­собности.
3. Редукция энергетического потенциала: утрата энергетических возможностей со снижением психической продуктивности, рас­стройством мышления — недостаточная скоординированность, расплывчатость. Наблюдается обеднение и опустошение аффек­тивной жизни, отчужденность, антипатия и злобность по отно­шению к близким, а иногда и расторможение низших влечений, носящее обнаженный, брутальный характер. Очень быстро утрачи­ваются реальные интересы и побуждения, рано наступают измене­ния внешнего облика больных — утрачиваются выразительность и адекватность мимики, жестов, интонации. При этом отсутству­ет сознание болезни.

Вслед за начальным личностным сдвигом, первыми негатив­ными проявлениями болезни, в одних случаях вскоре или почти одновременно, в других — спустя более длительное время выяв­ляются продуктивные синдромы инициального этапа (навязчи­вый, психастенический, сверхценный и т.д.) или усугубляются и становятся ведущими гебоидные расстройства.

Обнаруживается общая закономерность: чем значительнее негативные расстройства, тем меньше отмечаются признаки, свойственные «пубертатному сдвигу», психические особенности юношеского возраста. Другое общее свойство клиники юношеской непрерывно текущей шизофрении — выраженность аффективных расстройств.

Важно отметить специфическую структуру негативных изме­нений. Даже в самых благоприятных случаях прежде всего стра­дает психическая активность больных, обнаруживающаяся как в сфере психической продуктивности и активности, так и в эмоцио­нальной сфере. При начале заболевания в юношеском возрасте наступает задержка психического развития, выявляются черты ювенилизма и инфантилизма.

В связи с недостаточной сформированностью способности к систематическому, последовательному анализу конкретных явле­ний, завершенному логическому построению для юношеской непрерывно текущей шизофрении систематизированный бред не характерен. Бредовые идеи, как правило, рудиментарны, фраг­ментарны, не имеют логической системы доказательств и не со­провождаются бредовой активностью.

1. Патопсихологический шизофренический синдром в юношеском возрасте

Шизофрения — психическое заболевание с тенденцией к дли­тельному, непрерывному волно- или приступообразному течению, приводящее к особым, отличающимся от органических, измене­ниям личности, проявляющимся в виде снижения энергетического потенциала, эмоционального обеднения и нарастающей интро- вертирован ности.

Наряду с этим у больных шизофренией отмечается разнооб­разная симптоматика, не являющаяся абсолютно специфической для этой болезни, — бред, галлюцинации, кататонические или гебефренные расстройства, депрессия или мания, неврозо- и психопатоподобные расстройства. Характерна для этой болезни дискордантность психических функций: рассогласование и дис­гармоничность мышления, эмоций, моторики, «расщепление» — термин, от которого произошло название: «шизо» по-гречески «расщепляю», а «френ» — «разум» [109].

В симптоматологии шизофрении следует выделить облигатные, наиболее характерные для этой болезни, симптомы, постоянно присутствующие в ее клинической картине, но нозологически неспецифические. К ним относятся характерные расстройства мышления, речи, эмоций, поведенческих реакций, психической активности. Рассмотрим сначала характеристики психопатологи­ческих изменений основных психических процессов при шизо­френии.

Мышление больных шизофренией, а также устная и письмен­ная речь утрачивают целенаправленность, последовательность, логичность. Больной легко сбивается, теряет нить рассуждений. Отмечаются наплывы мыслей индифферентного содержания, которые больной не может прервать, иногда внезапные обрывы («Голова становится пустой»). Сам процесс мышления становит­ся объектом внимания больных, утрачивая свой «автоматический характер». Иногда больной физически ощущает изменения хода мыслей. Наряду с этим изменяется сам характер мышления. Утра­чиваются образные компоненты, начинает преобладать склон­ность к абстракции и символике. Вместе с тем обнаруживаются «соскальзывания», «закупорка» мышления, «обрывы» (врегипБ); нарушения мышления далеко не всегда носят однообразный ха­рактер. В одних случаях они сочетаются с общим обеднением мышления, когда больные жалуются на то, что у них вообще мало мыслей, они элементарны, в других — обращают на себя внима­ние необычность, своеобразие ассоциаций, их неадекватный ха­рактер.

В речи больных появляется склонность к бесплодным рассуж­дениям, витиеватости (резонерству). В других случаях выступает выраженная разорванность мышления, когда речь, сохраняя грамматические формы, утрачивает всякий смысл. Искажаются уже не только фразовая речь, но и отдельные слова, появляются новые, вычурные слова (неологизмы). Такие выраженные рас­стройства речи носят название шизофазии. В этих тяжелых слу­чаях речь утрачивает свои коммуникативные функции.

Для шизофрении характерны значительные изменения в эмо­циональной сфере. Они носят двоякий характер: с одной стороны, наблюдается прогрессирующее обеднение эмоциональных реак­ций, с другой — их неадекватность, парадоксальность. Постепен­ное обеднение эмоциональных реакций наблюдается уже в на­чальном периоде заболевания либо возникает и прогрессирует от приступа к приступу. Сначала страдают высшие эмоции — состра­дание, альтруизм, эмоциональная отзывчивость. Впоследствии больные становятся все более холодными, эгоцентричными. Их перестают интересовать события на работе, в семье. В тяжелых случаях развивается глубокая апатия, с полным равнодушием к окружающей обстановке и собственной судьбе. Такое однолиней­ное прогрессирующее эмоциональное опустошение вплоть до развития апатического слабоумия встречается не столь уж часто, обычно в случаях злокачественного течения. Чаще же на фоне значительного обеднения эмоциональной жизни выступает пара­доксальность эмоциональных реакций. Больной смеется в непо­добающей ситуации, спокойно констатирует грустные для него и окружающих события, но производит неадекватные, часто бурные реакции по совершенно ничтожным поводам. Нередко в этих реакциях чувствуются их неестественность, отсутствие аффектив­ной насыщенности, поэтому также легко эти реакции проходят (шизофренический псевдоаффект).

Как и в сфере мышления, где одновременно могут существовать противоположные по направленности мысли, в сфере эмоций наблюдаются раздвоения эмоциональных реакций на одно и то же событие (эмоциональная амбивалентность).

Одной из характерных особенностей шизофрении является снижение психической активности («энергетического потенциа­ла»), У больных постепенно снижается уровень активности, им все труднее становится учиться, работать. Любая деятельность, особенно умственная, требует все большего и большего напряже­ния. Концентрация внимания дается очень трудно. Утомляет общение с другими людьми. Все это ведет к нарастающим труд­ностям в учебе, снижению профессиональных навыков, а в тяже­лых случаях — к несостоятельности при сохранных формальных функциях интеллекта.

Целый ряд особенностей выявляется в поведении больных, главным образом в сфере межличностных отношений. Больным шизофренией свойственна интровертированность — психологи­ческая направленность на внутренний мир. Однако эта черта нередко характеризует и преморбидную личность больных. При развитии заболевания эта тенденция значительно нарастает, до­стигая степени аутизма, по Е. Блеллеру, «ухода в себя», приводя­щего к нарушению межличностных отношений. Больной стано­вится молчаливым, начинает избегать контактов с людьми, так как лучше себя чувствует в одиночестве. Постепенно сужается круг его знакомых. Даже с близкими вербальный контакт становится формальным, бедным.

Изменению подвергаются и внешний облик больных, мимика и жесты, манера поведения, формы реакций на различные жизнен­ные события. В связи со снижением уровня эмоциональных реак­ций значительно обедняется и становится неадекватной мимика, почти исчезают вазомоторные реакции. Мимические движения не соответствуют определенной ситуации, внутренним переживани­ям, а свидетельствуют о расщеплении целостного эмоционально­мимического реагирования. В более выраженной стадии болезни нередко меняется походка — становится какой-то неестественной, вычурной. То же самое можно сказать и о жестикуляции. Вообще манерность мимики и пантомимики является характерной для ши­зофренических изменений личности. Изменяется также голос — исчезают эмоциональные модуляции, утрачиваются нюансы ин­тонации, о волнующем и безразличном больные говорят одним тоном («деревянным голосом»).

Нередко изменяется и манера одеваться. Одни больные стано­вятся неряшливыми, неаккуратными, совершенно не стесняясь, могут появиться в обществе в грязной старой одежде, другие на­чинают одеваться крайне вычурно, крикливо, утрачивая элемен­тарные вкус и стиль. Наконец, у отдельных больных обнаружива­ется крайний консерватизм в одежде, которая перестает соответ­ствовать не только моде, но и возрасту, положению в обществе.

Таким образом, расстройства в идеаторной сфере, эмоциональ­ной жизни, манерность, вычурность, негативизм и амбивалент­ность являются основными характеристиками развивающегося процесса. В зависимости от степени прогредиентности заболева­ния они могут быть выражены в различной степени — от тонких, улавливаемых только опытным глазом, особенностей до грубых расстройств, обнаруживаемых без труда. Важно отметить, что вся описанная симптоматика развивается на фоне непомраченного сознания и не является транзиторной, кратковременной. Следо­вательно, речь идет о глубоких и стойких изменениях личностной структуры, которые могут усиливаться при обострении болезни, но никогда не исчезают полностью.

Шизофренический, или диссоциативный, симптомоком- плекс. Это патопсихологический синдром при шизофрении, выявляемый в ходе экспериментально-психологического исследования, складывается из специфических особенностей когни­тивной, эмоциональной и мотивационной сфер.

Когнитивная сфера включает в себя ряд характерных призна­ков, по которым наблюдаются особенности процессов восприятия, внимания, памяти, мышления.

Восприятие оказывается весьма чувствительно к начальным признакам шизофренических изменений. Его нарушения иногда предшествуют появлению специфических особенностей мышле­ния и эмоциональной сферы больного. При нарушении мотива­ционной стороны восприятия снижается интерес к заданию, реак­ция на оценку экспериментатора и т.д. Изменение субъективного значения отдельных элементов действительности может приводить к ограниченности, нереалистичное™, фантастичности восприя­тия. Нарушения восприятия при шизофрении легко обнаружива­ются при выполнении теста Роршаха. Диссоциативный процесс проявляется на уровне восприятия продуцированием расщеплен­ных, фрагментарных, диссоциированных образов. Так, при вы­полнении теста Роршаха больные демонстрируют, как правило, три патологические категории образов: образы дефицитарныс («человек без головы», «пиджак без рукавов», «тигр без хвоста»); образы диссоциативные («раздавленное животное», «расплющен­ная кошка», «раскатанные по асфальту внутренности человека») и образы символические («торжество справедливости», «наказание зла»). Подобные интерпретации тесно связаны с характерными для больных шизофренией нарушениями мышления и аффективно­личностными нарушениями. Специально организованные процеду­ры при экспериментально-психологическом исследовании выяв­ляют изменения избирательности восприятия [15, 16, 56, 83].

Внимание при шизофреническом симптомокомплексе также имеет свои специфические особенности. Как правило, при отно­сительно сохранном интеллектуальном уровне и относительно сохранной памяти внимание нарушается в значительно большей степени. Характерен диссонанс между большей сохранностью непроизвольного и более заметным нарушением произвольного внимания. Изменение субъективного значения отдельных элемен­тов действительности может приводить к неадекватной направ­ленности внимания. Степень устойчивости внимания варьирует. При исследовании внимания пробами Шульте, «счетом с пере­ключением» можно выявить: изменения объема и переключаемос- ти произвольного внимания; отвлекаемость на посторонние раздражители, связанные с формальностью мотива; истощаемость, особенно субъективную, обычно повышенную. Непроизвольное внимание страдает меньше, характерно снижение внимания к ошибкам, реакциям экспериментатора [15, 83, 166].

Память при шизофрении в юношеском возрасте страдает пре­имущественно за счет снижения ее мотивационного компонента.

11ри этом могут снижаться объем непосредственной памяти, нару­шаться динамика мнестической функции. Опосредованная память страдает в значительно большей степени вследствие нарушения функции опосредования, обусловленной прежде всего нарушени­ями мышления. При исследовании непосредственного запомина­ния можно отметить нарушение его динамики — феномен «плато» (мнемограмма по типу 3, 5, 7, 7, 7, 7, 7, 4, т.е. количество слов, вос­производимых испытуемым: в первой пробе 3 слова, во второй — 5, н третьей — 7, в четвертой — 7, в пятой — 7, в шестой — 7, в посьмой — 4). В силу нарушения процессов ассоциирования про­дуктивность опосредованного запоминания (методика пикто­грамм) также обычно невысока и может быть ниже объема непо­средственного запоминания [15, 83].

Мышление при шизофрении в подавляющем числе случаев нарушено. Это нарушение является первичным и одним из веду­щих компонентов данного патопсихологического симптомоком- илекса. Нарушаются функции всех основных звеньев мыслитель­ной деятельности — операционального, динамического, мотива­ционного компонента, критичности. Необходимо отметить, что нстречающееся выделение различных вариантов данного синдро­ма обусловливается разной степенью представленности, выражен­ности описанных нарушений и категорией больных, с которыми проводилось обследование.

В нарушения операциональной стороны мышления входят следующие.

* Искажение процесса обобщения по типу актуализации не­существенных (преимущественно латентных или гиперабстракт- ных) признаков, а также частая опора на второстепенные, поверх­ностные, субъективно-значимые признаки. Искажение процессов обобщения и отвлечения у больных шизофренией особенно лег­ко выявляется при исследовании по методике классификации. Распределение карточек на группы производится больными чрез­мерно обобщенно, без связи с реальным содержанием явлений, либо по несущественным, необычным, неадекватным признакам. Например, в одну группу могут быть включены все предметы удли­ненной формы, все предметы желтого цвета, либо все предметы, начинающиеся на букву «к». При выполнении заданий по мето­дике исключения больные также проводят обобщение по несу­щественным формальным признакам. Например, больной объ­единяет в одну группу ножницы, катушку и трубку, потому что «все они имеют сквозные отверстия».
* Расстройство (ослабление) категориального строя мышле­ния. В тех случаях, когда ошибочные суждения единичны, эпизо­дичны, можно говорить о соскальзываниях. Соскальзывания на­блюдаются у относительно сохранных больных шизофренией. Б. В.Зейгарник (1962) относит соскальзывания к нарушениям логического хода мышления и характеризует их следующим о(>|м зом: решая какое-либо задание или адекватно рассуждая о каком либо предмете, больные неожиданно сбиваются с правильно!и хода мыслей по ложной, неадекватной ассоциации, а затем виши, способны продолжать рассуждение последовательно, не исправляя допущенной ошибки.
* Снижение уровня обобщения, которое обнаруживается 11.1 более поздних стадиях развития заболевания в связи с обуслои ленным различными причинами нарастанием «органическот« профиля изменений.

Нарушение мотивационного компонента мышления можм проявляться в разных формах.

* Форма разноплановости: суждения о каком-либо явлении протекают в разных плоскостях; определения и выводы не прем ставляют собой планомерного и целенаправленного высказыва НИЯ. При ИССЛеДОВаНИИ ПО МеТОДИКе ИСКЛЮЧеНИЯ у бОЛЬНЫХ 11111 зофренией нередко обнаруживаются явления разноплановое! и мышления. Одно и то же задание больной выполняет в нескольких вариантах (иногда один из них правильный). При этом предпоч тения какому-либо решению не отдается. Например, задание, требующее обобщения измерительных приборов, больной репы ет так: «Здесь могут быть три плана. Первый план — я исключаю очки. При этом руководствуюсь нежеланием слепоты духовной Очки — это символическая согласованность, свидетельствующая о слепоте. Второй план — при рассмотрении с позиций челове­ческой необходимости использования в быту — нужны все четы ре предмета. Есть и третий план — все эти предметы, кроме весов, являются более единичными, цельными по своей природе». Эти явления разноплановости наблюдаются и при обследовании боль­ных шизофренией по другим экспериментальным методикам, где предполагается целенаправленная и последовательная деятель­ность (например, соотношение пословиц с фразами), так как разноплановость — проявление нарушения целенаправленности мышления [561.
* Форма резонерства (бесплодного мудрствования): склонность к рассуждениям со своеобразной аффективной захваченностью, с сужением круга смыслообразующих мотивов, повышенной тен­денцией к оценочным суждениям. У больного шизофренией ре­зонерство нередко связано с преобладанием случайных, несущест­венных ассоциаций, актуализацией «слабых» признаков предметов и явлений.

Резонерство проявляется при объяснении больными смысла прочитанных рассказов. Вот как был понят больным рассказ «Ко­лумбово яйцо»: «Колумб, прежде чем отправиться в экспедицию, все предварительно взвесил, ибо самое трудное — это подготовка к экспедиции, а не свершение. Что касается яйца, то теоретически

оно не может стоять вертикально, так как разбитое яйцо — это уже не яйцо. Дело в том, что яйцо — это идея путешествия. Идеи бывают разные — осуществимые и неосуществимые. Поставив инцо вертикально, Колумб продемонстрировал согражданам пре- иращение идеи неосуществимой в осуществимую». Случайные, неадекватные ассоциации обнаруживаются в пиктограммах боль­ных шизофренией. С помощью методики пиктограмм выявляют­ся нарушения ассоциативного процесса часто тогда, когда они еще остаются незаметными при исследовании по другим методам. Обнаруживаемые при исследовании по методике пиктограмм у Гюльных шизофренией расстройства соотнесения абстрактно­смысловых и предметно-конкретных компонентов аналитико­синтетической деятельности можно расценивать как результат нарушения взаимодействия сигнальных систем [15].

При исследовании по методике пиктограмм у больных шизо­френией нередко отмечается своеобразная легкость, с которой они подбирают образы для опосредования. Иногда вся пикто- фамма представлена чрезмерно отвлеченными, абстрактными тачками. Такие формально-схематические пиктограммы наблю­даются только у больных шизофренией. По мнению Г. В. Биренбаум (1934), в них отображена характерная для мышления этих больных «нустая» символика; это не присущая здоровым людям способность абстрагироваться как высшее проявление психической деятель­ности, а вычурный, формальный способ искаженного отражения действительности, обусловленный аутизмом больных шизофренией.

* Форма общего нарушения процесса саморегуляции познава­тельной деятельности: снижается целенаправленность позна­вательной деятельности, предпочтение отдается легко актуализи­руемым способам, избегаются трудности и интеллектуальное напряжение. По характеру проведения больными шизофренией классификации нередко можно судить о нарушении у них целе­направленности мышления, приводящем к непродуктивности мыслительной деятельности, хотя выполнение отдельных, доста­точно сложных заданий свидетельствует о том, что интеллектуаль­ный уровень у них не снижен. Примером этого является классифи­кация, построенная на несопоставимых критериях. В ее основе не лежит какая-то единая система: отдельные группы подбира­ются по количеству букв в названиях предметов, в то время как другие группы — по критериям «живое — неживое», «существа женского или мужского пола».

Динамика мышления также нарушается в значительной части случаев: чаще встречается ускорение ассоциативного процесса, реже — его замедление. Может выявляться лабильность мышления (колебание темпа выполнения и использование разных уровней обобщения); реже, особенно на начальных этапах параноидной шизофрении, — инертность мышления.

Нарушение критичности мышления характерно для больных на всех этапах заболевания, что является важным диагностическим признаком в случаях, когда расстройства операционального и мотивационного компонентов еще не носят развернутого харак­тера.

Речь больного также имеет специфические черты. Для устной речи характерны изменения семантической стороны (шизофазия, неологизмы, изменение значений слов, избыточная смысловая насыщенность речи) и просодической стороны (невыразитель­ность и монотонность речи, недостаточная эмоциональная окрас­ка речевых высказываний). Возможно преобладание монологовой активности. Письменная речь отличается своеобразием почерка, «набивкой» (заполнением пустых пространств листа), орнамен­тацией, привнесением символики, персеверацией отдельных эле­ментов.

В эмоциональной сфере больных шизофренией обращает на себя внимание наличие амбивалентных элементов с одновре­менным проявлением противоположных по модальности пере­живаний — любви и ненависти, безразличия и заботы, нежности и эмоциональной холодности. При наличии выраженных пато­психологических расстройств отмечаются постепенное обеднение, оскудение эмоциональной сферы со своеобразным уплощением аффективности. Больные становятся безразличными ко всему происходящему, равнодушными к чужим бедам, не способными к сопереживанию.

Отмечаются также нарушения в мотивационной сфере. Харак­терными являются ослабление побудительной функции мотивов, парадоксальность мотивации в виде сосуществования нескольких взаимоисключающих мотивов, искажения целеполагания и целе- достижения.

К видам нозологических форм, при которых встречается дан­ный патопсихологический симптомокомплекс, относятся: шизо­френия, шизоаффективное расстройство, шизотипическое рас­стройство, шизоидное расстройство личности.

В монографии В. П. Критской, Т. К. Мелешко, Ю.Ф. Полякова обозначены два типа психологического синдрома при шизофре­ническом дефекте. Объединяющим эти типы является специфи­ческое для шизофрении снижение потребностно-мотивационных компонентов регуляции психической деятельности. Общим для этих типов является изменение уровня обобщения (искажение и снижение), снижение социальных эмоций, уровня самосознания, избирательности познавательной деятельности. Парциальный тип дефекта характеризуется более выраженной диссоциацией нару­шений психической деятельности. Псевдоорганический характер тотального дефекта проявляется в глубоком нарушении потреб­ностно-мотивационных характеристик психической активности,

приводящей к тотальному снижению различных параметров пси­хической деятельности. Первый тип дефекта по мере движения болезненного процесса видоизменяется: углубляются одни черты, сглаживаются другие. Формирование второго типа дефекта более связано с факторами болезненного процесса, прежде всего — про- гредиентностью [83].

1. **Клинико-психологический синдром при эпилепсии**

г

Эпилепсия — это обычно хронически протекающее заболева­ние головного мозга, характеризующееся наличием эпизодически возникающих расстройств в сознании, настроении (эпипристу­пов). К эпилепсии не относят случаи единичных приступов вне зависимости от их клинических проявлений, только повторные приступы дают основание для установления диагноза «эпилепсия». К эпилепсии относят спонтанные, не провоцируемые приступы — судороги, возникающие при острых заболеваниях головного моз­га (например, при энцефалите, субдуральной гематоме, остром нарушении мозгового кровообращения и др.); фебрильные судо­роги не относят к эпилепсии [106].

В 1989 г. в Нью-Дели (США) на конгрессе Международной лиги борьбы с эпилепсией была принята Международная классифика­ция эпилепсии. В ней отражен современный уровень знаний об этиологии, патогенезе и клинике этого заболевания. Классифика­ция учитывает семейный анамнез и особенности развития эпи­лепсии, возраст, в котором выявляется эпилептический синдром, провоцирующие факторы, дневной или ночной характер припад­ка, неврологические проявления болезни, ее нейрофизиологиче­ские и нейроморфологические корреляты.

1. Основные формы эпилепсии в детском и юношеском возрасте

Классификация подразделяет все эпилептические синдромы на симптоматические, идиопатические и криптогенные. Симпто­матические формы — это эпилептические синдромы с известной этиологией и верифицированными морфологическими наруше­ниями (опухоли, рубцы, кисты и др.), они чаще возникают в раннем возрасте. Идиопатическая форма — это эпилепсия как самостоятельное заболевание (т.е. отсутствуют заболевания, пере­численные выше, могущие быть причиной эпиприступов). В на­стоящее время установлена генетическая детерминированность идиопатических форм эпилепсии. Для них характерна высокаячастота эпилепсии среди родственников пораженного пробанда, отсутствие симптомов органического поражения ЦНС и струк­турных изменений в головном мозге. Возникает идиопатическаи форма в более позднем возрасте. Криптогенная эпилепсия — это форма, которая не удовлетворяет критериям идиопатических (отсутствует наследственная предрасположенность) и симп­томатических форм (причина эпиприступов остается скрытой, неясной).

Характерный признак эпилепсии — внезапный судорожный припадок. Замечено, что иногда за пару дней до припадка появ­ляются предвестники в виде плохого самочувствия, раздражитель­ности, головной боли и т.д. Во время припадка больной эпилеп­сией теряет сознание, падает, у него начинаются судороги, зрачки глаз не реагируют на свет. Длительность припадка — 3—4 минуты. Частота припадков может быть разная: от ежедневных до одно- го-двух раз в год. Бывают и припадки, не сопровождающиеся судорогами, но с кратковременной потерей сознания или его су­меречным состоянием. Таким образом, для припадка характерно: внезапность возникновения и прекращения; относительная крат­ковременность; стереотипность (тенденция к повторению в одной и той же форме); повторяемость. Классификация эпилептических припадков подразделяет приступы на генерализованные и парци­альные, а также неклассифицируемые. К генерализованным при­ступам относят генерализованные тонико-клонические приступы, абсансы, миоклонии. Тонико-клонический приступ представлен развернутой формой приступа, с характерной потерей сознания, судорожными реакциями, мочеиспусканием и т.д. Абсансы вы­глядят внешне как «задумчивость», могут иметь частоту до сотен приступов вдень. Миоклонические приступы протекают без поте­ри сознания, по своим электроэнцефалографическим характерис­тикам имеют генерализованную форму и их влияние на мозг не отличается от генерализованных тонико-клонических припадков.

Парциальные приступы — это очаговые, фокальные, локаль­ные, локально-обусловленные. Кроме того, выделяют приступы, обусловленные циклическими гормональными изменениями (мен­струальная эпилепсия), и большую группу рефлекторных присту­пов (фотосенситивные, аудиогенные, приступы еды и др.).

Эпилептические припадки могут быть у одного и того же боль­ного однотипными или разнообразными, неодинаковыми на разных этапах болезни. Характер их зависит от локализации эпи­лептического очага и динамики патологического процесса, допол­нительных патогенных воздействий, возраста больных [8].

По статистике, распространенность эпилепсии среди населения до 1 %, причем более половины людей заболевают в возрасте еще до 15 лет. Заболеваемость эпилепсией наиболее высока у детей, особенно на первом году жизни, с максимумом до 10 лет [ 120).

Серьезную угрозу это заболевание представляет в период развития и обучения детей, когда наступают характерные для эпилепсии явления органической деменции и эпилептические изменения личности.

В большинстве случаев заболевание приводит к постепенному изменению личности и своеобразному снижению интеллекта. На отдаленных этапах болезни могут возникать острые и затяжные психозы.

Патопсихологи и клиницисты отмечают следующие изменения психики по эпилептическому типу: тугоподвижность, замедлен­ность всех психических процессов; склонность к застреванию на деталях, обстоятельность мышления; невозможность отличить главное от второстепенного. Кроме того, характерны изменения аффективной сферы — дисфории (т.е. приступы расстройств на­строения, обычно это сочетание злобности и тоскливости).

Выраженность нарушений психики связана с рядом факторов. К ним относятся: локализация и распространенность эпилептиче­ского очага; возраст начала и общая продолжительность заболе­вания; характер и частота припадков; длительность приема анти- конвульсантов; особенности преморбидного состояния психики; условия воспитания.

Более выраженные нарушения психики заметны при височной и лобной локализации очага. Обстоятельность, педантизм, упрям­ство и своенравие характерны для височной эпилепсии. Пораже­ние височной области сопровождается двумя типами пароксиз­мов: в виде чрезмерного усиления аффекта (чаще страхи, ужасы) или в виде резкого уменьшения аффективного тонуса. При поражении височных отделов нет грубых изменений эмоцио­нальной сферы — больные достаточно критичны к себе и к окру­жающим, достаточно активны и целенаправленны. Наиболее характерны для них аффективно-вегетативные пароксизмы и депрессивные или агрессивные состояния (особенно при пораже­нии правого полушария).

Определенную роль играет латерализация эпилептического очага. Левосторонним поражениям свойственны астенические черты в виде нерешительности и неуверенности в себе. В этих случаях выраженная ригидность психических процессов сочета­ется с вязкостью — моторной и речевой, эмоциональной скудос­тью аффекта, ипохондричностью и повышенной готовностью к сверхценным образованиям. Отмечается преобладание экстравер- тированных дисфорических состояний в структуре аффективных нарушений у больных с левосторонним расположением очага и интровертированных — у больных с правосторонним очагом. При правополушарных эпиочагах больные отличаются такими чертами, как возбудимость, приподнятое настроение, эксцентричность, либо, наоборот, уныние, подавленность настроения. Больным с

145

6 Зверевалевосторонними очагами свойственны: умственная «жвачка», религиозность, философские интересы [106, 120].

Наибольшее изменение личности по эпилептоидному типу отмечается при лобных очагах: часты постпароксизмальные суме­речные состояния с возбуждением и агрессией, стойкие наруше­ния психики. При двусторонних лобных очагах в наибольшей степени выражены полиморфизм и частота припадков, изменения личности и эйфорическая деменция. Правополушарный вариан I лобной эпилепсии характеризуется наличием выраженной эйфо­рии, сменяющейся состоянием экзальтации, иногда со злобностью и агрессивностью [ 1201. Из нейропсихологии известно, что при поражении правой лобной доли возникают расстройства поведе­ния в виде импульсивности и некритичности к себе, подобные тем, которые наблюдаются при поражении обеих лобных долей. Поражение левой лобной доли проявляется в виде общей аспон- танности поведения.

Изменения характера у большинства больных начальной стадии эпилепсии выражены слабо или отсутствуют. Объясняется это тем, что они как наиболее стойкие изменения личности возникают не сразу, а в процессе развития болезни, на более поздних этапах. Сначала появляется астеническая симптоматика, или снижение подвижности психических процессов, а затем возникают харак­терологические отклонения.

Формирование вторичных клинических расстройств, как пра­вило, связано с психогенным фактором, но существенное значе­ние может иметь дефект воспитания. Излишняя опека приводит к тому, что больные становятся эгоистичными, беспомощными, неуверенными в своих действиях, с иждивенческими тенденция­ми, чрезмерная требовательность — к замкнутости, отчужденно­сти, агрессивности, асоциальное™ [17].

Существенную роль в формировании характера больных эпи­лепсией играют реакции личности на отношение к ним окружа­ющих, осознание своей болезни и связанных с ней психических дефектов. К этим реакциям больных относятся настороженность, недовольство, недоверие к окружающим, чувство ущербности, ипохондрические переживания. Вместе с тем у части больных возникают реакции стенического типа: повышенное упорство в достижении своих целей, непримиримость, склонность обвинять других в своих неудачах.

Припадки приводят к органическим изменениям в ЦНС и вызывают психогенные наслоения в виде сужения интересов личности вокруг своей болезни [17]. Больные эпилепсией легко ранимы, тяжело переживают свою болезнь, стыдятся ее, у них есть чувство неполноценности и стремление к компенсации. После или перед припадками возникает конфликтная переработка про­исходящего с боязливой обеспокоенностью, злобной раздражи­

т

тельностью или мрачным снижением настроения. К этому могут присоединяться суицидальные мысли [71]. Одной из существенных причин тревоги, страха и депрессии является невозможность прогнозировать развитие очередного приступа.

Остановимся несколько подробнее на идиопатической эпилеп­сии. Исторически данная форма эпилепсии описывалась как «самородная», «конституциональная», «эссенциальная», «генуин- ная». В современной классификации принято рассматривать идиопатическую эпилепсию как форму, при которой отсутствуют другие причины заболевания, кроме наследственной предраспо­ложенности. Существуют специфические юношеские формы идиопатической эпилепсии: юношеская миоклоническая эпилеп­сия, юношеская абсанс-эпилепсия, эпилепсия с генерализованны­ми приступами при пробуждении, доброкачественная затылочная эпилепсия юношеского возраста. Кроме генетической детерми­нированности она характеризуется возраст-зависимым дебютом, клиническими и электроэнцефалографическими особенностями. При этой форме эпилепсии у больного интеллект без выраженных отклонений, отсутствуют изменения в неврологическом статусе, основной ритм ЭЭГ без нарушений и прогноз с достижениями терапевтической ремиссии относительно благоприятный.

Ни один из представленных критериев в отдельности не может считаться незыблемым и абсолютным в диагностике. Частота семейных случаев среди родственников пробандов варьирует от 5 до 45 %. В то же время крайне редко удается обнаружить семьи с большим количеством случаев эпилепсии в разных поколениях, подчиняющихся законам менделевского наследования. Поэтому отсутствие случаев эпилепсии в семье не является серьезным по­водом для отказа в диагнозе данной формы эпилепсии.

Определенный возраст дебюта является важным критерием. Так, юношеская миоклоническая эпилепсия не дебютирует до 8 лет, а роландическая — после 13 лет. В то же время эпилепсия с изоли­рованными генерализованными судорожными припадками может начинаться в возрастном интервале от 3 до 30 лет. Не определена верхняя граница для юношеской абсанс-эпилепсии: пик забо­левания приходится на 9—17 лет, однако встречаются случаи с дебютом в 20 — 25 лет и старше [106, 120]. Важным критерием идиопатической формы эпилепсии является отсутствие очаговых симптомов в неврологическом статусе больного. Данный критерий подразумевает отсутствие у больных выраженных очаговых сим­птомов, таких как парезы, параличи, проводниковые расстройства чувствительности, атаксии, тремора. Однако в литературе описа­ны единичные случаи сочетания идиопатической формы с очаго­вой неврологической симптоматикой. Что касается нарушения интеллекта, то незначительное снижение отмечается у 3—11 % больных с данной формой эпилепсии.

1. Патопсихологическая диагностика при эпилепсии

Патопсихологическая диагностика выявляет особенности по­знавательной сферы больных разными формами эпилепсии. Су­ществует зависимость снижения интеллекта от частоты генерали­зованных судорожных припадков и степени органического пора­жения мозга.

Память больных характеризуется ослаблением на протяжении заболевания. Первоначально обнаруживается нарушение произ­вольной регуляции запоминания — установка на запоминание приводит к ухудшению способности воспроизведения. В даль­нейшем отмечается расстройство удерживания и воспроизведения. В нарушениях вербальной памяти кривая запоминания имеет вид «плато»: график отражает постоянное воспроизведение одних и тех же слов. Выражено влияние инертности психических процес­сов. Больные говорят о том, что много читают, но мало запоми­нают из прочитанного. Страдает длительное (долговременное) удержание материала. Зрительная память характеризуется высо­кими показателями. Больные способны к длительному удержанию зрительной информации. Процессы запоминания колеблются в связи с общим состоянием больного. При наличии легкого пси­хического дефекта ослабление памяти незначительно и по сум­марным показателям не выходит за пределы нормы [15].

Особенности внимания показывают значительный разброс дан­ных, что связано с картиной заболевания при эпилепсии. В меж- припадочный интервал больной может показать хорошую устой­чивость внимания. При явлениях малых припадков устойчивость внимания отражает состояние больного и характеризуется грубы­ми искажениями. Среди других показателей внимания особенные затруднения у больных вызывают задания на переключаемость внимания.

Особенности мышления характеризуются снижением уровня обобщений вследствие застревания на деталях (склонности к детализации) и затруднением образования обобщающих понятий. Тугоподвижность, вязкость мышления обнаруживается в инерт­ности протекания ассоциативных процессов. Обстоятельность, наклонность к повторению и застреваемость, затрудненность в обобщении являются типичными на фоне общих изменений лич­ности больного.

Нарушения развития речи у детей, больных эпилепсией, носят многообразный характер. Возможны сочетания: 1) первичным в картине расстройств является нарушения развития речи, а эпи­лепсия возникает на изначально патологическом фоне как «сопут­ствующее» заболевание; 2) эпилепсия развивается на фоне нор­мального становления речевой функции ребенка, и нарушения речи рассматриваются как вторичные, возникающие вследствие

эпилептического процесса. Среди детей с нарушениями развития речи распространенность эпилепсии составляет от 8 до 25 % [146].

Афазия является первым симптомом заболевания у 50 % боль­ных. Речевые нарушения развиваются на фоне нормального пред­шествующего развития (в 70 % случаев до 6-летнего возраста) и носят характер сенсорной и моторных афазии, сочетающейся со стойким расстройством артикуляции. Афазия носит постоянный характер и часто влечет за собой вторичные нарушения поведения. Распознавание звуков окружающей среды остается интактным, нарушение распознавания фонем является центральным симпто­мом. Л. А.Троицкая в своей работе пришла к выводу о том, что на возникновение нарушений речи при эпилепсии наиболее сильно влияют такие особенности в клиническом течении заболевания, как дебют в возрасте до 1 года, наличие правосторонних парци­альных припадков, лобнодолевая локализация эпилептического очага. К факторам риска возникновения речевых нарушений от­носятся: наличие осложнений в течение беременности и родов, задержка раннего физического развития, выявление структурных нарушений коры и подкорковых образований головного мозга [146].

Результатами болезни являются трудности с использованием нового опыта, слабость комбинаторных способностей, ухудшение воспроизведения прошлого опыта. Больные долго помнят обиду, мстят за нее. Отмечается карикатурный педантизм в быту. Сущест­венной чертой больных эпилепсией является инфантилизм, вы­ражающийся в незрелости суждений, и др. Лицо этих больных малоподвижно, маловыразительно, мимические реакции бедны, у них наблюдается скупая сдержанность в жестикуляции. Транс­формация эпилепсии — это процесс, приуроченный не только к детскому возрасту, имеются как общие факторы, изменяющие течение болезни в разных возрастных группах, так и специфиче­ские возрастные (для детского возраста, подросткового возраста и т.д.).

**Глава 7**

**Пути психологической помощи аномальным детям и их семьям**

1. **Роль семьи в возникновении отклонений в психическом развитии**

Семейный фактор выступает как протектор и провокатор пси­хической патологии в детском и юношеском возрасте. Можно выделить основные направления помощи пациентам как при тяжелой эндогенной и аффективной патологии, так и в случаях пограничных расстройств.

Возникновение психических расстройств в детском, подрост­ковом и юношеском возрасте обусловливается широким кругом биологических, психологических и социальных факторов. Основ­ным среди социальных факторов большинство специалистов считают семейный. Семья на ранних, наиболее важных для даль­нейшего развития, этапах жизни ребенка является почти единст­венной социальной группой, в которую он включен [24, 52, 165]. При возникновении отклонений в развитии семья может высту­пать как фактор-протектор и фактор-провокатор формирования патогенных ситуаций и психических нарушений. Исследователи подчеркивают неправомерность рассмотрения упрощенной схемы: «семья — причина, болезнь — следствие», поскольку семейные факторы играют роль и в динамике заболевания 1129, 150]. Обзор работ по изучению влияния семьи на психическое здоровье ре­бенка был сделан Е.Л. Винокуровой [30].

Имеются два основных подхода к исследованию семей с детьми, страдающими психическими расстройствами. В первом случае авторов интересовали характеристики семьи, влияющие на воз­никновение нарушений у ребенка. Второе направление семейных исследований было подчинено задачам реабилитации и реадапта­ции [59, 92].

Влияние семейных факторов на формирование нервно-психиче- ских расстройств в детском и подростковом возрасте изучалось и трактовалось по-разному в начале и в конце XX в. В большинстве исследований первой половины XX в. рассматривалась роль таких семейных факторов, которые относительно легко поддаются на­блюдению и учету. В основном это формальные характеристики: численность семьи, ее полнота (отсутствие одного или обоих ро­дителей, присутствие отчима или мачехи), был ли развод; качество жилищно-бытовых условий и материальный достаток семьи, об­разование родителей [42, 66, 165].

Последующие работы уже были посвящены анализу нарушения процесса воспитания в семье, изучению личностных особенностей родителей, внутрисемейных конфликтов. По-прежнему важным в оценке является структурный состав семьи и ее функциональные особенности. По особенностям функционирования семьи под­разделяются на гармоничные и дисгармоничные. Был предложен ряд классификаций типов неправильного воспитания, которые, по мнению авторов классификаций, могут играть роль провоци­рующего фактора для развития и обострения психических болез­ней [24, 42, 92].

В этиологии пограничных нервно-психических расстройств семейному микросоциуму отводится большая роль. Наиболее по­дробно в отечественной и зарубежной литературе изучено влияние семейных факторов на возникновение детских неврозов. Проана­лизированы условия неправильного воспитания, формирующие личностные черты в ситуации нервно-психического перенапря­жения, предрасполагающие к возникновению различных форм невротических расстройств. При всей условности полученных данных их можно представить в обобщенном виде.

Истерический невроз возникает в обстановке потворствования, неоправданного подчеркивания существующих и не существую­щих достоинств больного, приводящих к неадекватному завыше­нию уровня притязаний. Истерическая личность может форми­роваться также в ситуации «отвержения» и в обстановке грубо­деспотического воспитания.

Воспитание больных неврозом навязчивых состояний проходит в обстановке чрезмерной опеки и предъявления слишком строгих нравственных требований, нередко противоречивых, при этом самостоятельность и инициатива ребенка часто подавляются.

Особенности личности больных неврастенией формируются в условиях сильной стимуляции стремления к успеху без реального учета сил и возможностей индивида [52, 66, 165].

В последующих исследованиях невротических расстройств у детей и подростков предпринимается попытка дифференциации воспитательного воздействия каждого из родителей. Е. Е. Ромицына изучила воспитательные стили в различных диадах: мать—сын, отец—сын, мать—дочь, отец—дочь. Было показано, что для ма­терей девочек, страдающих неврозами, характерно воспитание по типу доминирующей гиперпротекции. В воспитании мальчиков у матерей можно наблюдать определенную противоречивость: вы­раженность налагаемых запретов на нежелательную активность ребенка в сочетании с отсутствием чрезмерности санкций в связи с их нарушениями. У отцов более всего диагностируется наруше­ние воспитания по типу гипопротекции, причем по отношению к девочкам ошибки воспитания встречаются гораздо чаще [130]. Обнаружена связь между неправильными методами воспитания в семье и заиканием [45].

В ряде исследований психопатий и акцентуаций характера также подчеркивается первостепенное влияние семьи. Исследо­ватели сходятся во мнении, что родителям психопатизированных детей и подростков в большей степени свойственна гипоопека и бессистемное воспитание. По отношению к отдельным группам дисгармонического развития роль родительского отношения в возникновении и усилении расстройств по отдельным клиниче­ским группам выглядит следующим образом: в семейном анамне­зе возбудимых, истероидных и тормозимых психопатических личностей бессистемное и «халатное» воспитание выявляется гораздо чаще, чем у практически здоровых акцентуированных личностей [30].

В. А. Гурьева и В.Я.Гиндикин отмечают, что формированию истероидной психопатии способствует воспитание по типу «ку­мира семьи», при психопатиях возбудимого и неустойчивого типа чаще встречается гипоопека, при шизоидных и мозаичных — ги­перопека [42].

Проблема отношений с родителями у подростков-неформа- лов — как группы риска пограничного психического здоровья — за­служивает внимания. В семье всегда есть две стороны — детская и родительская. В случае подростков-неформалов следует скорее говорить о специфике детско-родительских отношений. Чтобы добиться своего — возможности принадлежать к определенной неформальной группе, подростки могут использовать свои мето­ды «воспитания родителей»: отношения с родителями не преры­ваются, родителей просто «приучают» «правильно» относиться к контркультурному поведению, дети не уступают родителям ни в чем, придерживаясь одной линии поведения. Серьезные конф­ликты повышают статус подростка в неформальной группе. Если подростку кажется, что родители ущемляют его достоинство, но он до определенного момента не решается ответить им, то приход в неформальную группу помогает ему решиться на явное выра­жение своих чувств, которые до этого существовали в скрытом виде. Конфликт может отражать потребность в самоизменении, скрытые семейные напряжения.

Проблема роли семейного фактора в развитии пограничной патологии, прежде всего школьных неврозов, подробно освещена в различных пособиях [81, 134, 135].

Трудности адаптации здоровых детей могут быть связаны с такими особенностями воспитания, как минимальность санкций, гиперпротекция и предпочтение женских качеств [77].

Нервная анорексия в свете семейных отношений описывается как расстройство, нередко имеющее семейный (наследственный, или психогенный) характер. Накоплены данные о влиянии роди­телей на развитие заболевания, отмечены особенности принятия лечения в семьях. Среди особенностей можно выделить наличие созависимости в семье больных нервной анорексией, своеобразие взаимоотношений детей и родителей. В ряде случаев матери вы­ступают как «провокаторы» дисморфофобических и дисморфо- манических нарушений, формирования сверхценных идей отказа от еды. Наблюдались случаи, когда матери с гиперопекой навязы­вали свое определенное негативное отношение к внешности до­чери, встречались и другие формы взаимоотношений [10].

При этом виде патологии В. В. Марилов выделяет четыре типа дисгармоничных семей: негармоничные, ригидные псевдосоли- дарные, симбиотические и деструктивные (конфликтные). Каж­дому из этих типов семейного неблагополучия соответствует свой вариант развития нервной анорексии у ребенка. Важно отметить, что семейная ситуация не только провоцирует или смягчает забо­левание, но может углублять тяжесть заболевания [99]. А. В. Занозин также говорит о гармоничных и дисгармоничных «аноректиче­ских» семьях. Среди дисгармоничных семей особо отмечается рассогласование материнской и отцовской позиций в воспитании девочки (как непосредственно в отношении к проявлениям забо­левания, так и в лечебной тактике) [51].

Специфика семейных отношений и суицидальное поведение нередко становятся объектом изучения специалистов, накоплен разнообразный материал. Так, по данным Н. В. Конончук, боль­шинство суицидентов воспитывались в распавшихся семьях, в обстановке гипоопеки и эмоциональной холодности с отсутстви­ем интереса со стороны родителей [30]. Причинами суицидальных актов могут быть и внутрисемейные конфликты, сопровождающие­ся взаимными оскорблениями и унижениями [138].

Сделаем анализ одного случая (история болезни, описанная доктором А. В. Куликовым)[[6]](#footnote-6).

И. В. (мать). Возраст: 34 года. Образование: среднее техническое. Профессия: педагог в детско-юношеском центре. Замужем, от брака имеет сына.

И. В. выглядит в соответствии с возрастом, небольшого роста, одета скромно, во время обследования ведет себя естественно, проявляет тревогу в отношении сына. В ходе беседы выясняется, что сейчас это связано с заболеванием, а раньше беспокойство матери проявлялось по любому поводу, связанному с сыном.

Материалы ММР1. График в пределах нормы. Неболь­шое увеличение профиля по шкалам К и 7. Люди с повы­шением профиля по шкале К определяют свое поведении в зависимости от социального одобрения и озабочены своим социальным статусом. Они склонны отрицать ка­кие-либо затруднения в межличностных отношениях, стремятся к соблюдению принятых норм и воздерживают­ся от критики окружающих в той мере, в какой поведение окружающих укладывается в рамки принятой нормы. Не­конформное поведение вызывает отрицательную оценку. Увеличение профиля по шкале 7 означает, что деятельность этих людей мотивируется стремлением избежать неуспеха, не навлечь опасность неверным поступком. Это проявля­ется в ограничительном поведении, повышенном контро­ле, выработке высоких стандартов. Производят впечатле­ние людей ригидных, упрямых и формальных. Собствен­ные импульсы контролируются, склонны к навязчивому беспокойству.

Исследования по методике «Незаконченные предложе­ния» (резюме) показали, что основными областями кон­фликта являются: взаимоотношения больного с отцом, отношение к своим способностям, страхи. Взаимосвязи между установками следующие: проблема тесных отноше­ний с матерью, страх прерывания отношений, страх пере­мен в своей жизни, неуверенность в себе вызывают чувство неудовлетворенности жизнью, страх за будущее. Структу­ра личности: реагирует на внутренние импульсы. Наличие страхов ограничивает деятельность. Умеренная незрелость компенсируется конформным поведением. Недооценива­ет свои возможности. Ограничительное поведение явля­ется самозащитным, но тормозит развитие личности.

Методика ТАТ позволила определить, что главной крити­ческой зоной пациентки являются конфликтные отношения с «материнской фигурой». Стремление к автономии вызы­вает тревогу, эмоциональная сфера подавляется и контроли­руется чрезмерно развитым Супер-Эго, что в свою очередь может приводить к агрессивным вспышкам. Супружеские отношения находятся в состоянии конфликта, проявляется тема ревности, страх прерывания отношений. В семье зани­мает доминирующую позицию по отношению к мужу.

И.С. (сын). Возраст: 10 лет. Д и а г н оз: Р 21.3. Соци­альное положение: учащийся IV класса. Астеничен, во время обследования быстро устает, отвлекается, рассеян, но старается выполнить задания. Часто вздыхает, с трудом сдерживает раздражение, жалуется, что выпадают волосы. Выполнение заданий происходит с большим трудом. Слож-

ней всего дается составление рассказов по картинкам. Не любит рисовать цветными карандашами.

При выполнении заданий по методике «Пиктограмма» у мальчика отмечалась истощаемость (давалось 13 слов/ словосочетаний). Смысл словосочетания «ядовитый во­прос» пациенту был непонятен. Из 12 слов/словосочетаний он вспомнил 6. Рисунки в большей части стереотипны.

Исследования по методике РАТ выявили у пациента бедное воображение, узкий словарный запас. Составлен­ные им предложения по большей части отражали действие. В рассказах проявлялась агрессия, из-за недостаточной продуктивности анализ был затруднен.

Рисунок семьи позволил сделать следующие наблюде­ния. Пациент отказался от цветных карандашей. Первой изобразил фигуру матери, потом свою и отца. Порядок изображения отражает степень значимости каждого члена семьи. Материнская фигура на рисунке больного была изображена без каких-либо гендерных признаков. Это может свидетельствовать о проблемах полоролевой иден­тичности у мальчика. Когда он рисовал себя, сначала изобразил хохолок на голове, потом принялся его стирать. Возможно, что проявление импульсивности вызывает у него тревогу.

На рисунке несуществующего животного животное у мальчика выглядит примитивным, состоит из отдельных частей других животных. Расположено внизу листа, чуть левее. Возраст животного, по словам пациента, 5 лет. Об­ласть головы изображенного животного обведена более четко. В рассказе о животном проявляются страхи, фан­тазии убийства, межличностные проблемы.

Результаты обследования показали невысокий интел­лектуальный уровень развития ребенка, снижение памяти и внимания, его высокую истощаемость при выполнении заданий. Эти данные в сочетании с данными семейного анамнеза позволили сделать выводы: у пациента имеются трудности в процессе обучения, нарушение школьной адаптации; школьная нагрузка является для мальчика чрез­мерной и может приводить к эмоциональным срывам.

Анализ семейной ситуации детей с психической патологией и суицидальным поведением показал, что факторы семейной дис­гармонии и аномальных стилей воспитания, нарушения эмоцио­нальных взаимоотношений с ребенком являются существенными с точки зрения риска развития суицидального поведения. Неуме­ние родителей устанавливать гармоничные отношения как между собой, так и со своим ребенком ведет к дезадаптации в социуме.

Ситуация отвержения в семье и школе может быть эмоционально непереносимой для подростка, приводит к чувству собственной несостоятельности и никчемности и, как следствие, возникнове­нию мысли о самоубийстве [65, 85].

У родителей умственно отсталых детей по сравнению с роди­телями нормально развивающихся детей значительно выше были показатели по шкалам «отвержения», «инфантилизма» и ниже по шкале «кооперация». Сходные результаты были обнаружены и в исследовании особенностей материнского отношения к детям с ранним детским аутизмом Л.С.Печниковой. Ситуация роди­тельской депривации отрицательно сказывается на умственном развитии детей и на возможности развития аутистических прояв­лений. Об этом писали Й.Лангмайер и 3. Матейчик. На возмож­ности развития аутических проявлений указывали В.М.Башина и коллеги [13, 86].

Влиянию семейной атмосферы на возникновение эндогенных расстройств, в том числе шизофрении, в настоящее время не придается того решающего значения, как это было при психоди­намическом подходе к этиологии шизофрении. Однако современ­ные психологические исследования показывают существенную роль семейного фактора в развитии эндогенной депрессивной патологии [153].

Воспитание подростков, страдающих эндогенными психиче­скими расстройствами, чаще принимает форму гиперпротекции и потворствования. Родители проявляют воспитательную неуве­ренность, склонны завышать оценку познавательной сферы и межличностных особенностей больного; недостаточно требова­тельны [29].

Независимо от того, связано психическое заболевание ребенка с его семейной ситуацией или нет (например, в случае врожденной патологии), семейные отношения могут иметь большое значение для адаптации и реабилитации больного ребенка, а также влиять на результаты терапии.

Л.М. Вильдавская выделила признаки, влияющие на адаптацию больных эндогенными расстройствами: адекватная оценка роди­телями своих детей только снижала их адаптивные возможности; высокая адаптация подростков отмечалась в семьях с заниженной родительской оценкой, несколько ниже — с завышенной. Важным было также совместное преодоление трудностей, стимулирование родителями активности ребенка, оптимистический прогноз и полное осознание ситуации [29].

В другом исследовании семей больных шизофренией высказы­валось предположение о том, что заниженная или завышенная родительская оценка, вызванная недостаточным пониманием родителями проявлений болезни ребенка, приводит к ухудшению его социальной адаптации (Л. Н. Горбунова, 1981) [30].

По данным, собранным X. Ремшмидтом, семейные отношения оказывают значительное влияние на эффективность психотерапии детей и подростков, страдающих шизофренией. Мероприятия, способствующие снижению эмоциональной экспрессивности ро­дителей, «приводят к явному снижению процента рецидивов, что свидетельствует о роли семейных факторов в динамике заболева­ния» [129].

И. М. Никольской разрабатывается новое направление в клиниче­ской психологии — клиническая психология семьи, — сконцент­рированное на таких задачах, как определение роли семьи в про­исхождении, развитии и профилактике болезней, сохранении и укреплении здоровья; разработка психологических методов диа­гностики нарушенных семейных отношений; создание классифи­кации семей, нуждающихся в оказании медико-психологической помощи; и некоторых других [111].

1. Виды психологической и психотерапевтической помощи при тяжелых психических расстройствах: эндогенных психозах и аффективной патологии

Исследования последних десятилетий в социальной, клиниче­ской психологии и психиатрии, посвященные изучению влияния социально-психологических факторов на возникновение, развитие и течение тяжелых психических болезней (в том числе и шизо­френии), изменили подход к лечению пациентов данной группы. Многими авторами подчеркивается необходимость разработки программ, дополняющих медикаментозное лечение многопро­фильными социально-психологическими мероприятиями [28, 63,

1. 153, 200].

Особое значение имеет разработка проблемы социальных меж­личностных взаимосвязей при изучении тяжелых психических расстройств юношеского возраста. Именно в юношеском возрас­те среди прочих серьезных эндогенных психических заболеваний часто манифестируют аффективные расстройства. При этом даже относительно легкое и обратимое их течение может привести к значительному искажению социального развития, которое в даль­нейшем нарушит полноценную социальную и трудовую адапта­цию.

Депрессивные нарушения не только являются одной из наибо­лее часто встречающихся форм психической патологии юноше­ского возраста, но, как показали проведенные в последние годы отечественные и зарубежные исследования [27, 125, 181], одним из наиболее трудных и нерешенных разделов в области терапии юношеских психических расстройств. Установлено, что у более 50 % депрессивных больных юношеского возраста психофарма­котерапия оказывается неэффективной [27], что осложняется также высокой частотой рецидивирования и склонностью к за­тяжному течению этих состояний. Рецидив юношеской депрессии в течение года составляет более 26 %, а в течение двух лет — до половины всех случаев. Все это свидетельствует о необходимости применения при ведении больных юношеского возраста, наряду с психофармакотерапией, психотерапии. Однако использование рутинных психотерапевтических методик оказывается в таких случаях недостаточно эффективным [158].

Учет социально-психологических факторов дает возможность клиницистам ставить перед собой и успешно решать принципи­ально новые терапевтические задачи в работе с подростками и юношами, страдающими тяжелыми психическими заболеваниями. Становится возможным повысить качество жизни пациентов, уровень их адаптации и функционирования. Большинство про­блем, возникающих у больных юношеского возраста с эндоген­ными расстройствами, носит именно социально-психологический характер [62, 153]. Частым спутником депрессивных расстройств в юношеском возрасте является снижение уровня побуждений и психической активности, нарушения в мотивационной сфере и самосознании, межличностного взаимодействия и социальной регуляции поведения [28, 64, 72, 96]. Эти нарушения также явля­ются одной из причин искажения социального поведения у боль­ных юношеского возраста, и начавшаяся в юношеском возрасте эндогенная депрессия при неблагоприятных обстоятельствах мо­жет приводить к быстрой социальной дезадаптации и инвалиди- зации больных.

В этой связи внимательное рассмотрение возможностей пси­хотерапевтических и реабилитационных программ различных подходов и направлений, их места в современном лечении паци­ентов с тяжелыми психическими расстройствами, где отдельный тип терапии, как пишет В. Д. Вид, «может являться лишь частью общего подхода к лечению» [28], представляется особенно акту­альным. По сравнению с ситуацией за рубежом, в практике оте­чественной психотерапии и реабилитологии по-прежнему ощу­щается острый дефицит программ для пациентов с тяжелыми психическими расстройствами, особенно в подростковой и юно­шеской клинике.

Научный и практический интерес к групповой психотерапии больных шизофренией возник с того момента, как стремление оградить и защитить общество от таких пациентов сменилось пониманием необходимости их социальной реадаптации и реаби­литации.

Прежде всего группа способна работать с такими защитными механизмами, как «хронификация» и «стереотипия», поддержи­вающими бегство пациентов от нового опыта, малейших измене­ний и перемен в жизни. Группа представляет собой естественный противовес той социальной изоляции, опыту одиночества, безна­дежности, так знакомых данным больным, давая им ощущение «принадлежности к миру».

Кроме возможности адресовать группе свои страдания, у па­циентов появляется возможность взглянуть на себя со стороны, понять смысл своих действий и симптомов, осознать, в чем за­ключается их болезнь, «психоз». Результатом работы в группе также может стать и общее понимание пациентами смысла и цен­ности собственной жизни, повышение качества их жизни.

Группа также позволяет развить и расширить круг социальных контактов пациентов. Обеспечив необходимую поддержку, груп­повая форма работы может предоставить им уникальную возмож­ность пройти путь взаимоотношений с другими людьми — через доверие, привязанность, чувство интимности, расставания, а также найти выход из психологически трудных ситуаций межличностных отношений и конфликтов.

Группа выполняет еще одну важную функцию: получая под­держку, больные могут оказать помощь и другим пациентам, на­ходящимся рядом с ними, и тем самым повысить уверенность в себе и собственных силах.

Цель фупповой психотерапии с тяжелыми пациентами полно­стью соответствует той, о которой писал Э. Блейлер, полагавший, что любая форма лечения должна помогать пациенту выявить его здоровую часть, в особенности его потребность взаимодействовать с другими.

Первым использование групповой терапии для больных шизо­френией описал Лазел (ЬагеН) в 1921 г., считавший, что больницы должны перейти от охраны к обучению пациентов. В своей рабо­те он использовал лекционный формат с последующими дискус­сиями на различные жизненные темы, например: обсуждение страха смерти, объяснение различных проявлений болезни, сек­суальные темы. Лазел верил, что такой подход будет способство­вать направлению инстинктов в нормальное русло и улучшит социальное функционирование пациентов.

С 1930-х до 1950 —60-х гг. в терапии больных шизофренией активно развивались подходы различных школ в рамках психоди­намического направления. 3. Фрейд и его наиболее традиционные последователи не считали психоанализ вполне подходящим для данных пациентов, так как они не способны к развитию невроза переноса, а также в связи с тяжестью и нестабильностью их состоя­ния. Впоследствии большинство аналитиков стали придержи­ваться мнения, что терапия больных шизофренией возможна, но требует модификации стандартной психоаналитической процеду­ры [41].

Характерным для психодинамического направления остается внимание к состоянию каждого индивида и группы в целом, ана­лиз неосознаваемых компонентов переживаний, сопротивления, а также контрпереносных чувств терапевта. В психоаналитической терапии психозов в отличие от классического психоанализа пси­хотерапевтическое пространство более структурировано, позиция терапевта является более поддерживающей и активной, исследо­вания негативного переноса и конфронтация применяются осто­рожно, скорее на более поздних этапах терапии [28, 41, 70, 96].

В 1950 —60-е гг. активно развивается психообразовательный подход. Отчасти в нем виделась альтернатива психодинамиче­скому направлению работы, слабыми сторонами которого все же считались «недостаточность поддержки и структурированности» в группе, а также риски, связанные с «открытием тяжелого мате­риала, приводящие к тревоге, регрессии и обострению симпто­матики». Представители психообразовательного подхода ставили своей целью поиск стратегий совладения с симптомами и каждод­невными трудностями пациентов. Основные техники в данном случае — лекции, дискуссии и советы по решению конкретных про­блем пациентов, а также ролевые игры и домашние задания между сессиями. Дидактический формат позволяет обеспечить более структурированную и безопасную жизнь группы. К тому же при­глашение на обучение, а не на терапию привлекает большее число пациентов и позволяет им самим выбирать комфортную и безопас­ную степень вовлеченности в групповой процесс.

В тот же период начала развиваться интерперсональная груп­повая психотерапия психотических пациентов. Ее корни лежали в межличностном и культурологическом подходе Г. С. Салливана и в связанном с ним «психобиологическом» подходе А. Мейера. Как и для психодинамического направления, для интерперсональ­ной психотерапии характерен недирективный стиль. Ее предста­вители обращали большее внимание на аспект взаимоотношений и склонность больных шизофренией к изоляции. Терапевтическое значение они отводили не столько информированию пациентов и прояснению волнующих их тем, сколько самому процессу взаи­модействия в группе 199]. Расширение опыта взаимодействия с другими, особенно положительного, подкрепляет формирование более успешных паттернов, развивает представление пациентов о себе. Основным терапевтическим фактором, по мнению Л .Фран­ка, становится чувство принадлежности к группе, основными техниками — фасилитация взаимодействия между пациентами с помощью дискуссий и различных упражнений, а также поддержка терапевтом продуктивных и интерпретация не являющихся тако­выми интеракций. Риски, которые связывают с практикой дан­ного подхода, схожи с рисками психодинамического направления: высокий уровень интенсивности и возможность вовлечения в процесс взаимодействия в группе неконтролируемых, агрессивных и других эмоциональных реакций может оказаться небезопасным для этих пациентов, приводить к обострению их состояния.

В начале 1970-х гг. получили распространение различного рода групповые тренинги для пациентов с шизофренией в рамках ког- нитивно-бихевиорального подхода. Некоторые из них были на­правлены на нормализацию функций переработки информации с помощью использования самоинструкций и самоуказаний (тре­нинги Д. Майзербаума и Л. Камерона); другие — на устранение нейропсихологического дефицита, предположительно лежащего в основе когнитивного дефицита (тренинг X. Бреннера). Одновре­менно развивалось направление такой групповой работы для больных шизофренией, в основе которой лежали тренинги социаль­ных навыков и социального научения (тренинги А. Беллака, Р. Ли- бермана, А. Дж. Кори и др.), а также формы, комбинирующие тре­нинг когнитивного дефицита и социальных навыков [152, 153].

В целом групповая терапия больных шизофренией в рамках когнитивно-бихевиорального подхода предполагает жестко струк­турированную программу, в которой терапевт занимает централь­ную, ведущую, позицию. Используемые здесь техники более «пря­мые» и предполагают более быстрые изменения. Они направлены на распознание негативных автоматических и ложных представ­лений, выявление стрессоров, которые ведут к изменению восприя­тия, убеждений и мотивации, развитие и формирование жизнен­но-важных навыков, а также более эффективных стратегий совла- дания, в том числе и с психотическими симптомами (например, галлюцинациями). Основные подходы к групповой психотерапии больных тяжелыми психическими заболеваниями — психообра­зовательный, психодинамический, интерперсональный и когни- тивно-бихевиоральный — активно используются и в современных психотерапевтических и реабилитационных программах.

Современная практика характеризуется рядом тенденций. Преж­де всего, можно отметить снижение числа продолжительных, традиционных психодинамически ориентированных программ в терапии тяжелых психических заболеваний, в том числе шизо­френии. Их место занимают более директивные, короткие формы групповой терапии.

Изменилось восприятие роли семьи пациента в лечебном и реабилитационном процессах. Семья стала рассматриваться спе­циалистами не только как фактор, влияющий на лечение, но и как партнер в лечебном процессе, как еще один ресурс в комп­лексной помощи пациенту [204].

Все большее распространение получает ко-терапевтическая модель ведения группы с больными шизофренией.

Присутствие нескольких (чаще двух) ведущих в группе оказы­вается важным как для пациентов, так и для самих терапевтов.

Прежде всего, ко-терапевтам, в отличие от одного терапевта, лег­че противостоять «психотической реальности» группы больных шизофренией, ведь порой в подобной группе они оказываются единственными, кто способен тестировать реальность. Кроме того, в группе ко-терапевты демонстрируют пациентам модель непси- хотического взаимодействия, модель доверия, поддержки и реше­ния сложных ситуаций. При ко-терапии работу группы может какое-то время проводить один из терапевтов, исключая длитель­ные перерывы, связанные с болезнью или отпуском второго ведущего. У группы в таком случае появляется возможность при помощи второго терапевта «здесь и сейчас» исследовать пережи­вания, связанные с потерей и разлукой.

Появилось значительное число интегративных моделей груп­повой психотерапии для пациентов с тяжелыми психическими расстройствами, учитывающих сильные стороны разных подходов и их риски в отношении данной категории больных [200, 204].

Ряд представленных современных программ отображают обо­значенные выше тенденции.

1. В современных психообразовательных программах помимо разъяснения дидактических вопросов большое внимание уделя­ется выражению пациентами своих чувств и взаимодействию в группе. Общие образовательные лекции в группе могут допол­няться более глубокой, индивидуальной работой с каждым паци­ентом.

Участниками психообразовательных программ все чаще ста­новятся семьи пациентов. При этом уровень психотерапевтиче­ских интервенций в подобных программах может быть различным. Родственники часто посещают отдельные занятия, по форме на­поминающие лекции и семинары, целью которых является ин­формирование о заболевании и лечении. Более длительные и направленные на более глубокие изменения программы пресле­дуют своей целью не только информирование, но и помощь в переживании семьей той боли, которую вызывает болезнь близ­кого, а также включают в себя работу над решением проблем, внимание к взаимодействию, коммуникации.

Некоторые психообразовательные программы разработаны таким образом, чтобы в рамках единой программы в общих груп­пах терапевты работали и с пациентами, и с их семьями.

1. Интегративная психологическая терапия (1РТ), основан­ная на современном когнитивно-бихевиоральном подходе, на первом этапе включает в себя традиционную работу с базовыми когнитивными функциями, а на последующих переходит к более сложным и комплексным вопросам, касающимся взаимодействия. Стиль ведения группы меняется от более к менее директивному, приглашающему пациентов к активной и ответственной позиции. Постепенно меняется и мера структурированности занятий, в которых все большее место занимают спонтанные групповые ин­теракции. Подчеркивается необходимость одновременного учас­тия разных специалистов (врач, психолог, социальный работник, психотерапевт) для полноценной реабилитации пациентов.
2. Современные интегративные программы успешно исполь­зуют опыт различных классических подходов [72].

Так, в модели Н. Канаса (при осуществлении образовательного подхода) в программу входят обучение совладанию с психотиче­скими симптомами (большое внимание при этом уделяется пси­хосоциальным, а не медицинским методам); обеспечение без­опасности группы за счет большей структурированности. В рамках психодинамического подхода — открытые дискуссии, инициато­рами которых являются сами пациенты, возможность обсуждения конфликтов и проблем, лежащих в основе неадаптивного поведе­ния. В рамках интерперсонального подхода — внимание к груп­повому взаимодействию. Подобная группа способна помочь па­циентам с тяжелыми психическими заболеваниями совладать с психотическими симптомами, улучшить тестирование реальности, противостоять стрессам, наладить межличностное взаимодейст­вие, справиться с изоляцией.

Л.Дэниэлс предложила интегративную модель психотерапии, названную ей интерактивно-поведенческой, цели которой направле­ны одновременно на проработку социальных навыков, негативной симптоматики (согласно 05М-1У), а также анализ взаимодействия в группе и психологическое образование пациентов. Негативные симптомы устойчивы к когнитивному тренингу, так как связаны с плохим социальным функционированием и качеством жизни пациентов. Модификация же стандартного социального когни- тивно-бихевиорального тренинга и дополнение его взаимодейст­вием пациентов в группе помогает активизировать пациентов, усилить их мотивацию и связи между членами группы, оказывая тем самым влияние на устойчивые к традиционной когнитивной терапии негативные симптомы [182].

Таким образом, в настоящее время групповая психотерапевтиче­ская и реабилитационная работа с пациентами, больными шизо­френией, представляется возможной в рамках различных подходов и направлений, каждый из которых имеет свои особые задачи, преимущества и ограничения.

Полемика между представителями разных направлений груп­повой психотерапии, работающих с пациентами с тяжелыми психическими расстройствами, стала менее острой, изменила свой характер. Вопрос «Какой подход является наиболее эффективным и “правильным”?» — сменяется вопросом «Какая форма психо­терапии необходима или больше подходит данному пациенту?» Все чаще можно встретить следующие формулы — «разные забо­левания — разные модели работы», а также «разные стадии заболе­вания — разные модели работы». Выбирая модель работы, специа­лист основывает свое решение на анализе клинического состояния пациента, а также его ресурсов и актуальных задачах терапии. Важно, что многие задачи терапии и реабилитации определяются совместно с пациентом. Эффективное и качественное лечение пациентов с тяжелыми психическими расстройствами представ­ляется уже невозможным без сотрудничества в этом длительном и сложном процессе различных специалистов, самого пациента и его семьи. Все чаще пациенту не назначается, а предлагается учас­тие в психотерапевтических программах, которые он может вы­брать из числа рекомендованных ему специалистом.

В целом происходит интеграция и взаимное обогащение на­званных Джоном С. Кафкой «классическим» и «романтическим» подходов к терапии психозов. Традиционное для «классического» подхода обучение и адаптация больного к «законам общей реаль­ности» в современных терапевтических и реабилитационных про­граммах происходит с учетом традиций «романтического» подхо­да, немыслимых без отношения к пациенту как к активному участнику терапии, а также без учета динамики, сложности и индивидуальности каждого случая.

Специфика тяжелых психических расстройств делает затруд­нительным выполнение задач терапии в рамках лишь одного подхода. Во многом поэтому в психотерапии и реабилитации па­циентов с тяжелыми психическими расстройствами все более важное место занимают интегративные модели, позволяющие учесть слабые и сильные стороны отдельных подходов. Также получают свое развитие программы, состоящие из ряда более или менее четко обозначенных этапов (модулей), сочетающие в себе несколько подходов. Логика построения таких программ часто обозначается как движение от более к менее структурированным формам, от информационных, когнитивных задач к большему вниманию к чувствам, переживаниям и взаимодействию. Таким образом, современная психотерапия пациентов с тяжелыми пси­хическими расстройствами позволяет создавать циклы психоте­рапевтических и реабилитационных мероприятий, в которых начальные этапы являются своеобразной зоной перехода, подго­тавливающей пациентов к дальнейшей работе в более психодина- мически-ориентированных группах.

Подход к терапии тяжело психически больных в более широком смысле становится комплексным. Психотерапевтическая, реаби­литационная линия лечения в нем понимается не просто как дополняющая медикаментозную, а как оказывающая влияние на его эффективность в целом.

Важно подробнее остановиться на использовании психотера­пии в комплексе лечебного воздействия в работе с подростками и юношами, страдающими психическими заболеваниями.

В НЦПЗ РАМН психотерапия проводится в рамках теории «Социальных сетей и социальной поддержки» [7, 29, 62, 181]. Си­стема социальных связей человека, или его социальная сеть, яв­ляется одним из важнейших факторов, определяющих уровень развития социального функционирования человека. Именно в юношеском возрасте у больных с депрессивными расстройствами происходят изменения в социальном окружении, обусловленные рядом психологических особенностей этого периода, к которым относятся легкость наступления нарушения процессов интеграции и социализации их личности, что обусловливает высокую частоту у них суицидальных поступков, несоразмерных, как правило, выраженности депрессивного аффекта и усугубляет исход юно­шеских депрессий. Кроме того, свойственное юности оппозици­онное отношение к ряду общепринятых положений (необходи­мость регулярного лечения и контакта с врачом) препятствует эффективности медицинских мероприятий и нуждается в силу этого в специальной психокоррекционной и социально-реабили­тационной терапии.

О. Ю. Казьминой было проведено многостороннее изучение особенностей психотерапевтических подходов и специально разработан метод психологической коррекции для профилакти­ки социальной дезадаптации и оптимизации социального функ­ционирования при эндогенных психических расстройствах под­росткового и юношеского возраста. Он предусматривает приме­нение групповой психотерапии в период пребывания больного в стационаре, проводящейся в сочетании с психофармакортера- пией, с последующей амбулаторной групповой психокоррекци­онной работой и психофармакологической профилактической терапией.

При выборе данного метода психотерапевтической работы учитывалось, что ведущей деятельностью как в подростковом, так и в юношеском возрасте является общение и поэтому при работе с больными юношеского возраста предпочтение было отдано групповым методам работы. В процессе групповой работы на основе принципа взаимодействия и совместной деятельности достигается повышение уровня психической активности сначала в групповой ситуации, а затем и в реальной жизни. Вырабатыва­ются адекватные способы разрешения личных проблем, новые способы адекватного поведения и выражения своих чувств, т.е. расширяется диапазон средств и способов саморегуляции поведе­ния, развивается и смысловая структура личности. Одновременно с этим изменяется и сама структура общения. С приобретением ощущения принадлежности к группе, а также идентификации себя с другими, пациент получает возможность установления реальных социальных связей и нахождения своего места в обществе. Кроме того, развивается способность к произвольной целенаправленной регуляции собственной деятельности с дистанцированием от симптомов болезни и самоконтролем над поведением.

Применение описываемого метода оправданно как при депрес­сивных состояниях разной тяжести реактивной и эндогенной природы, так и при шизофрении, расстройствах личности.

С известной условностью можно выделить четыре составляю­щие психотерапии, которым соответствует определенная иерархия методов, имеющих собственный «спектр» терапевтических воз­можностей.

1. Групповая психотерапия назначается врачом, исходя из кон­кретных задач психологической коррекции, сформулированных на основе четкой клинической оценки характера патологических расстройств и особенностей психического состояния больного.
2. Психологическое тестирование, включающее:

* опросник А. Бека, адаптированный и апробированный на русском языке в НЦПЗ РАМН (по нему определяют тяжесть и глубину депрессии больного);
* классический патопсихологический эксперимент (дает пред­ставление о нарушениях уровня обобщения, концентрации вни­мания, памяти и других ВПФ);
* изучение истории жизни больного и истории его болезни (они существуют «параллельно», не смешиваются и не использу­ются в процессе оказания социальной помощи; более того, пове­дение больного в значительной степени зависит от того, по какой истории он живет и действует в данный момент времени);
* опросник «Социальные навыки» А. Гольдштейна [192], по­зволяющий определить уровень сформированности социальных навыков и оценить, какие именно социальные навыки являются для испытуемого наиболее простыми, а какие наиболее сложными;
* методика исследования социальных сетей, разработанная и апробированная в НЦПЗ РАМН О. Ю.Казьминой, дающая пол­ную картину количественных и качественных характеристик клас­теров, составляющих социальную систему больного (размер и плот­ность социальной сети, ранг социализации и т.д.) [61[;
* шкала социальной адаптации, разработанная в НЦПЗ РАМН, позволяющая оценить уровень социальной адаптации в баллах;
* шкала социальных дисфункций, дающая представление о конкретных нарушениях в социальном поведении респондента;
* шкала позитивных и негативных синдромов шизофрении (РА^5).

Таким образом, на этапе психологического тестирования созда­валось общее представление о нарушении социального функцио­нирования каждого больного.

1. Работа по программе Реабилитационного Тренинга Социаль­ных Навыков проводится с группами закрытого типа по 5— 12 чело­

век. Основной курс рассчитан на 12—15 занятий по 2 часа. В со­ответствии с разработанной методикой Реабилитационный Тре­нинг Социальных Навыков (РТСН) состоит из трех этапов. На первом этапе тренинг направлен на снятие «коммуникативной напряженности», изменение сверхценного отношения к общению. На втором этапе основным является тренинг социально-перцеп­тивных навыков и других недостаточно развитых социальных на­выков. Третий этап направлен на тренировку в реализации вы­бранной стратегии социального поведения ведения социальной роли. В ходе тренинга больные расширяют воспринимаемые и собственные межличностные взаимодействия и повышают свою социальную компетентность, более адекватным становится вос­приятие в коммуникации других людей и себя, нормализуется отношение к общению, отрабатываются дефицитарные социаль­ные навыки.

Каждое занятие в курсе РТСН разделено на три части. Первая часть занятия — вводные упражнения, которые направлены на снятие напряженности участников, устранение коммуникативной тревожности, активизация игрового компонента поведенческих установок участников группы. Чаще применяются упражнения, использующие двигательные, пантомимические и в меньшей сте­пени вербальные средства. Некоторые упражнения взяты из ге- штальттерапии для безоценочного восприятия другого человека (что крайне важно именно для депрессивных больных). Вторую основную часть занятия составляют упражнения, несущие основ­ную психокоррекционную нагрузку. Они разрабатываются кон­кретно для каждой группы больных, и содержание их значительно изменяется в отличие от упражнений первой части занятия. Не­которые упражнения взяты из когнитивно-поведенческой терапии А. Бека, направленные на устранение когнитивных нарушений, присущих депрессивным больным. Третья, заключительная часть каждого занятия строится с таким расчетом, чтобы закрепить достигнутое, повысить сплоченность группы и мотивацию на следующее занятие. Используются упражнения с незначительным вербальным компонентом, выполняемые коллективно и содержа­щие элементы релаксационного тренинга.

По окончании курса занятий РТСН проводится повторное тестирование больных теми же методами, которые применялись до начала тренинга в процессе психологического обследования и, на основе сопоставления результатов, оценивались происходящие изменения и общая эффективность проделанной работы.

1. После окончания лечения в стационаре эти же больные по­сещали амбулаторную психокоррекционную группу открытого типа по методу «Социальная поддержка», занятия в которой про­водились один раз в неделю. Некоторые больные совмещали эти занятия с работой или учебой.

На основании данных о различии и особенностях структур межличностных взаимодействий депрессивных больных юноше­ского возраста выделялись конкретные социальные дисфункции. Таким образом, психотерапевтическая стратегия на данном этапе лежит в области структурных изменений социальных систем.

Социальное функционирование каждого участника психокор­рекционной группы по методу «Социальная поддержка» оцени­валось по уровням выраженности социальных дисфункций в на­чале занятий и проводилось катамнестическое исследование из­менений уровней выраженности социальных дисфункций через один год и через три года. Любое изменение психического состоя­ния всех пациентов отслеживалось на занятиях группы и в случае необходимости корректировалось врачом-психиатром. Каждое занятие имело три этапа:

1. этап — обсуждение возникших проблем каждого участника за неделю;
2. этап — ориентировка на максимально возможную для дан­ного пациента оптимизацию его социального поведения. Для этого с согласия участников группы на занятия приглашаются родители, родственники, друзья или любые другие члены соци­альной сети пациента, которые рассказывают о его социальном поведении, дают субъективную оценку своего видения его жизни. Используется психодраматический метод — разыгрывание слож­ных жизненных ситуаций. Обсуждение — не изменился ли угол зрения на эту ситуацию в тот момент, когда один из членов со­циальной сети побывал «внутри» своего больного и увидел «себя» со стороны. Такое сравнение повышает у пациента чувство ответ­ственности, самоконтроля, восстанавливает симметричность со­циальных связей;
3. этап — информативная часть: знакомство с новейшими достижениями в области лечения депрессий (доклады делались как ведущим, так и самими членами группы). Этапность построенной программы соответствует общим теоретическим представлениям о нарушении социальных сетей и социальной поддержки у боль­ных эндогенными психическими заболеваниями.

Таким образом, можно говорить о том, что применение ком­плексного подхода с использованием психофармакотерапии и методов психотерапии, специально разработанных для юноше­ского возраста, показала несомненное повышение уровня эффек­тивности терапевтической помощи больным, включая не только редуцирование клинических расстройств в остром периоде, но и профилактику рецидивов, социальную и учебную реадапта­цию.

Несомненно, эта проблема требует к себе большого внимания и необходимости дальнейшей работы в направлении совершенст­вования методик комбинированного психотерапевтического и психофармакологического методов, особенно применительно к юношескому возрасту.

Важнейшим условием предоставления больным исследуемого контингента социальной поддержки является сохранение привыч­ного социального окружения, включающего друзей, родственни­ков, коллег, пациентов. Это предполагает организацию специаль­ных программ обучения членов семьи с целью помочь им более адекватно реагировать на психическое заболевание, что, в свою очередь, дает возможность больному вернуться в свою старую со­циальную систему.

Положительные изменения в структурно-динамических параметрах социальной сети в ходе групповой терапии по методу «Социальная поддержка» можно проследить на примере больного А. Б., 1986 г. р. Диагноз: шизофрения юношеская, неврозоподобный синдром. В структуре за­болевания навязчивости, аффективные колебания.

Больной учится на одном из престижных факультетов МГУ им. М. В. Ломоносова. Вот как он описывает в своем дневнике начало заболевания: «Жил человек, учился, не только испытывал удовлетворение, радость удовольствия, но доставлял все эти чувства другим. С началом депрессии все стало тусклым, связь с миром нарушилась. Чтобы как- то удержаться на прежнем уровне, включаю резервы, в конце концов и они сдают. Болезнь заставляет по-новому строить отношения с окружающими, но уже на какой-то нездоровой основе. И мир, и его обитатели осознаются мною по-иному. В свою очередь, окружение не остается нейтральным, реагирует на изменившегося собрата целым спектром чувств — от жалости и сочувствия до раздраже­ния и негодования, а порой враждебности: микросреда, в которой я вращаюсь, продолжает воспринимать меня че­ловеком здоровым и предъявляет ко мне, естественно, прежние требования. Для меня это не эпизод, а болезнен­ный стереотип реагирования, ибо я существую в оболочке, вижу мир сквозь серое, порой мрачное стекло меланхолии, постигаю и оцениваю окружающее неадекватно. Сам факт общения приводит меня в тягостное уныние...»

Члены социальной сети А. Б. (по методике «Рисунок социальной сети»).

Мать, 1959 г.р., медицинская сестра, страшно стыдится психического заболевания сына. Когда А. Б. сломал ногу, мать не повезла его в свою больницу: «У тебя на лице на­писано, что ты шизофреник». Страшно противилась, чтобы А. Б. ходил на групповые занятия: «Там одни психи, чему ты научишься?!»

Отец, 1958 г. р., врач-лаборант, дает А. Б. много денег, чтобы как-то компенсировать «свою вину» перед сыном (по его линии бабка страдала психическим заболеванием).

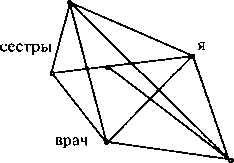
Единственный друг, 1986 г.р., не знает о болезни А. Б., тот по совету матери скрывает ее, придумывая всякие небылицы.

У друга есть свои два друга, к которым А. Б. очень его ревнует: «Конечно, я больной, что я могу ему дать...»

У матери две сестры, когда они встречаются, обсуждают различные рецепты приготовления пищи, только не А. Б. — эта тема запретна. Тетки всегда передают ему что-нибудь вкусное.

На работе у матери есть врач, только с ним мать может обсуждать тему сына и его психическое заболевание.

1. Были составлены описания социальных систем ро­дителей и друга А. Б.

Социальная сеть составляет 9 человек. Плотность соци­альной сети > 1. Связи конфликтные с отцом и с матерью. Отец дает только инструментальную поддержку. Связи асимметричные. Ранг социализации — 0. Общность ин­тересов — 1. Социальная сеть — типа «тайный сговор» (рис. 2 — 6).

А.Б.

муж

Рис. 3. Графическое изображение рисунка социальной сети матери А. Б.

сестры матери

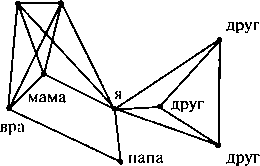


Рис. 2. Графическое изображение рисунка социальной сети А. Б.

А.Б.

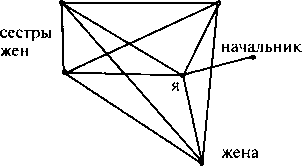


Рис. 4. Графическое изображение рисунка социальной сети отца А. Б.

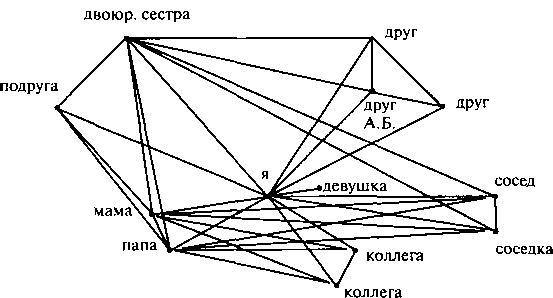
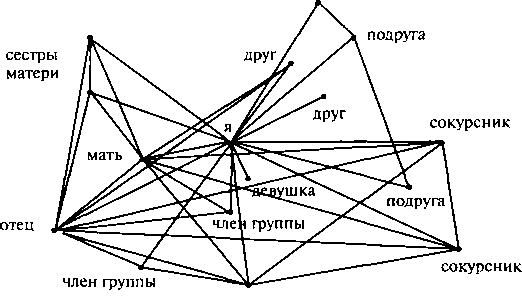


Рис. 5. Графическое изображение рисунка социальной сети друга А. Б.



член группы

член группы

Рис. 6. Графическое изображение рисунка социальной сети А. Б. к кон­цу групповой терапии

1. Проводилось сравнение социальной сети А. Б. и сетей лиц, входящих в социальную сеть А. Б.
2. На занятиях группы другими участниками разыгры­вались ролевые отношения А. Б. с каждым из членов его социальной сети.
3. После шести месяцев работы группы на занятия была (с трудом!) приглашена мать А. Б. Состоялась просвети­тельская беседа, которую подготовил участник группы.
4. Приглашен друг А. Б., которому каждый участник группы рассказал о себе и об А. Б.

Из дневника терапевта:

«Моя стратегия лежала в области структурных измене­ний социальных сетей. Интимная семейная динамика си­стемы явилась ключом к образованию “паранойяльной”

симптоматики (“страшная тайна” — психическая болезнь). Родители отличаются очень небольшими, плотными со­циальными связями, которые и привели А. Б. почти к со­циальной изоляции. Подобный конфликт был разрешен путем “открытия” социальной системы. Опора делалась на дружескую сферу».

Из дневника А. Б.: «Если человек знает, что его любят, он сам любит, что о нем есть кому заботиться, есть с кем поделиться и радостью и горем, т.е. когда есть что терять, — мысли совершенно другие, да и болезнь, кажется, отпус­кает».

В качестве специальной задачи в плане психокоррекционных мероприятий в области психического здоровья необходимо до­биться достижения гармонии между психиатрической службой, психологической помощью, семьей и социальным окружением как единой системой поддержки.

1. Виды коррекционной работы в рамках пограничной патологии детского возраста

Как было показано ранее, виды коррекционной работы опреде­ляются характером патологии. Если речь идет о таких заболевани­ях, как аутизм или другое эндогенное расстройство, коррекционная работа направлена, главным образом, на усиление адаптационных возможностей ребенка и подчас носит характер сопровождения для обеспечения более нормального течения онтогенеза. В связи с этим попытки осмысления результатов психокоррекционного воздействия не всегда целесообразны. Как пишет М.Раттер, в случаях тяжелых психических расстройств «было бы наивно пред­полагать возможность полного исцеления даже при применении наилучших из возможных способов лечения» [128]. Однако роль коррекционных занятий никто не умаляет.

Все же, что касается пограничной патологии, этап психокор­рекционной работы является существенным и дает временной выигрыш за счет мобилизации адаптивных механизмов личности ребенка. Подробнее остановимся на видах коррекционной рабо­ты в зависимости от характера пограничной патологии.

Коррекция при неврозах. В связи с широкой представленно­стью невротических расстройств именно при этой патологии значение имеет психотерапия как эффективное средство помощи. Психотерапия предполагает общение пациента и психотерапевта и их взаимодействие. Различают групповую и индивидуальную, смешанные формы психотерапии, игровую психотерапию, пси­хотерапию семьи, формы психотерапевтической помощи в зави­симости от теоретических предпосылок, исторических сложив­шихся форм коррекционной работы, с которыми связан много­образный арсенал конкретных методов, приемов, понятийный аппарат и словарь.

В настоящее время все большее значение получают комплекс­ные программы, использующие разные формы психотерапевти­ческой работы, совмещающие различные направления и осмыс­ления патологии. Психоаналитическое направление первооче­редное значение придает бессознательным процессам, наибольшее внимание уделяется внутреннему пониманию бессознательных конфликтов и бессознательных механизмов. Это понимание до­стигается в кропотливой индивидуальной работе пациента и те­рапевта. В последнее время все большее значение получает рабо­та с семьей. Ключевым моментом в психотерапии невротических расстройств является осознание внутреннего конфликта, опреде­ление его специфики и собственно коррекция. Бихевиоральное направление предполагает методы воздействия, направленные на коррекцию специфических форм поведения. Десенсибилизация, моделирование и эффект переноса, метод сенсибилизации и ме­тодика поэтапных изменений, метод обратной связи успешно зарекомендовали себя в коррекции страхов при разных невроти­ческих расстройствах.

Коррекция нарушений, связанных с гиперактивностью и другими отклонениями в поведении. Большинство ученых ре­комендует применение к этому виду патологии комплексного биологического лечения [ 1601 и собственно коррекцию поведения, направленную на обучение адекватным способам поведения, усвоение одобряемых моделей функционирования. В отношении детей дошкольного и младшего школьного возраста эффективной зарекомендовала себя методика бихевиоральной терапии. Ее ос­новой являются приемы психологического воздействия, направ­ленные на изменение специфических, не имеющих адаптивного значения, форм поведения. По мнению Ю. С. Шевченко, психо­коррекция включает ряд последовательных этапов. В начале психо­терапевт предлагает родителям составить список не устраивающих родителей проявлений поведения. Следуя бихевиористической установке, этот список составляется в максимально конкретной, необобщенной форме. Это позволяет, во-первых, самим родите­лям конкретизировать требования к ребенку; во-вторых, способ­ствует пониманию ребенком требований родителей; в-третьих, в ходе осмысления требований на конкретно-образном уровне происходит их корректировка. Категоричность воспитательных приемов, чрезмерная фиксированность на порядке и другие не­адекватные возрасту или ситуации требования проявляются на данном этапе работы с родителями.

Совместный поиск решений конфликтных ситуаций, компро­миссные формы их разрешения, альтернативные способы удов­летворения индивидуальной потребности — следующий шаг психокоррекционной работы. Одновременно ребенку в система­тичном виде передается ответственность за разные формы пове­дения, когда ребенок в состоянии принимать самостоятельные решения.

Собственно коррекционные мероприятия, направленные на устранение и минимизацию отклонений в поведении, связанных с особенностями ВНД, темпераментом, характером проблемных детей — следующий и/или одновременный этап коррекционной работы. К ней относятся все игровые приемы, методы развития всех видов внимания (произвольного, непроизвольного, концент­рации, распределения, устойчивости), повышение функции кон­троля в ходе деятельности и в конце ее.

Различаются три группы коррекционных мероприятий-игр:

1. подвижные игры на развитие внимания;
2. на преодоление расторможенности и тренировку усидчи­вости;
3. на тренировку выдержки и контроль импульсивности [ 160, 161].

Коррекция школьной дезадаптации — учитывая сложность и многоаспектность причин — предполагает вовлеченность специа-. листов разных профилей: дефектолога, логопеда, врачей (невро­патологов, психоневрологов и др.), психолога. Собственно психо­логическая коррекция предполагает после установления ведущего механизма в картине школьной дезадаптации подбор адекватных коррекционных мероприятий. Работа с семьей (повышение ком­петентности родителей дезадаптированного ребенка, систематич­ность помощи по принципу «помогающего контроля», эмоцио­нальная стабильность и положительный общеэмоциональный фон общения ребенок—родитель) — непременное условие успешно­сти коррекционной работы в случаях со школьной дезадаптацией. Если в картине дезадаптации на первое место выходят трудности обучения, то коррекционные мероприятия предполагают исполь­зование всего арсенала методов, направленных на повышение познавательной активности, улучшение всех сторон когнитивной сферы (интеллектуальная функция, память, внимание), функ­ции контроля и планирования. Если в дезадаптации ведущими становятся отклонения поведения межличностного взаимодейст­вия, то в ходе коррекционных мероприятий изменению подлежат проявления поведения и общения у ребенка. В работе использу­ются приемы из области бихевиоральной терапии, групповые методы.

Внешними показателями правильной адаптации выступают успешность обучения, усвоение новых социальных норм, отсут­ствие нарушений дисциплины. Наличие совокупности этих признаков означает успешную адаптацию ребенка к школе.

Если хотя бы один показатель страдает, то говорят о школьной дезадаптации. Неспособность адаптации ребенка к школе можно рассматривать как частное проявление общей социально-психо­логической дезадаптации, например, у детей, страдающих различ­ными нервно-психическими расстройствами (вариантами ано­мального развития), школа, по всей видимости, не вызвала, а лишь выявила соответствующие проявления заболевания или акцентуа­ции, способствующие дезадаптации [164].

Типичной реакцией ребенка на неспособность преодолеть школьные трудности становится ложь: ребенок прячет дневник от родителей, вырывает листы, подделывает отметки, стирает до дыр отметки в тетрадях. За огромным разнообразием этих поведенче­ских реакций и жалоб (на головную боль, боль в животе, тошно­ту, рассказывает, как его в школе унижают, выставляют на посме­шище) может скрываться невозможность ребенка справиться с учебными нагрузками.

Приведем пример из опыта работы Е.Г. Каримулиной. Ученик III класса обучается по опережающей программе. В течение двух недель он прогуливал школу: уходил каждое утро с портфелем, а когда родители шли на работу, возвра­щался домой. Друзьям сказал, что он болеет. Обеспокоен­ный здоровьем ученика, учитель позвонил родителям, чтобы узнать о состоянии ребенка. Ложь была раскрыта. Только в этот момент родители поняли глубину проблем своего ребенка, поскольку собственно учебная неуспева­емость не была для них новостью. Школьный психолог, к которому, наконец, обратились родители, определил, что трудности у мальчика прежде всего связаны с общей затор­моженностью, неспособностью выдерживать темп класс­ной работы, проблемами переключаемости внимания. Вывод был однозначным: уменьшить объем нагрузки, отказаться от обучения по опережающей программе, устра­нить уже возникшие учебные пробелы.

У мальчика с I по V класс были трудности в усвоении учебного материала, прежде всего гуманитарных предметов (русский и английский язык), он плохо запоминал новое, легко утомлялся. Адекватного понимания ситуации у ро­дителей не было. Папа — успешный предприниматель — хотел видеть только достижения ребенка, особенно по английскому языку, что было недоступно ребенку. Вскоре начались проблемы со здоровьем. В 111 классе у ребенка наступило резкое ухудшение зрения. Обратились к врачам, которые констатировали наличие спазмов зрительных нер­вов. Мальчик проходил лечение, пропускал школу. Про­блемы нарастали как снежный ком.

Психолог указал прежде всего на незрелость речевых функций у ребенка и посоветовал более трезво нормиро­вать объем нагрузок и оказывать ребенку помощь в учебе. Родительские ожидания от работы с психологом были иные: психолог должен помочь матери оградить ребенка от завышенных требований отца, договорившись с учите­лями, чтобы они не выставляли плохих оценок, потому что они травмируют психику ребенка. Ситуация была сложной: неуспешный ребенок не нужен отцу, так как он должен видеть в сыне своего преемника и помощника в бизнесе. К сожалению, матери ничего не оставалось делать, как скрывать неуспешность сына.

Очевидно, что поле психокоррекционной деятельности в по­граничной патологии чрезвычайно обширно. Вслед за И.И.Ма- майчук мы можем констатитровать, что психологическую кор­рекцию можно рассматривать в широком и узком смысле этого понятия. При этом широкий смысл означает комплексное кли- нико-психолого-педагогическое воздействие, направленное на обнаружение и нивелировку имеющихся у детей недостатков в развитии психических функций и личностных свойств. Узкий смысл понятия включает конкретный метод психологического воздействия для оптимизации и гармонизации развития психи­ческих процессов и личности |97].

Психокоррекция при пограничной патологии может рассмат­риваться в двух аспектах. Ю. Ф. Поляковым и А. С. Спиваковской дано следующее определение психокоррекции. Психологическая коррекция — это система психологических воздействий, направ­ленных на изменение некоторых свойств (черт, особенностей, состояний) психики, играющих важную роль в возникновении болезней, их патогенезе, повышающих вероятность рецидивов и обострений болезни, а также влияющих на социально-трудовую адаптацию людей, перенесших те или иные заболевания. Психо­логическая коррекция не направлена собственно на лечение, хотя и может приводить к положительным изменениям состояния [83].

Заключение

Рамки учебного пособия позволили в наиболее обобщенном виде дать современные представления о предмете, задачах, на­правлениях теоретической, экспериментальной и коррекционной работы по патопсихологии детского и юношеского возраста, но не позволили изложить более углубленную информацию по мно­гим темам.

Востребованность практических разработок и коррекционно­терапевтических мероприятий огромна. Деятельность психолога постоянно расширяется. Психолог занимается не только уточня­ющей, дифференциальной диагностикой, но и оказывает помощь пациенту, который имеет отклонения в развитии, а также его семье. Такова современная тенденция в становлении патопсихо­логии детского и юношеского возраста.

В книге сделана попытка показать, что такая прагматичность будет иметь положительные последствия только при правильном понимания характера патологии, учете многообразия причин возникновения психического расстройства.

Исследовательское движение по пути осмысления психической патологии будет продолжаться, укрепляя фундамент научного здания, заложенного нашими классиками — профессорами Блю- мой Вульфовной Зейгарник, Юрием Федоровичем Поляковым и многими их талантливыми учениками и последователями.

Вслед за Борисом Герасимовичем Ананьевым авторы пособия полагают, что современное магистральное направление науки о человеке (к нему, конечно, относится и патопсихология детского и юношеского возраста) требует объединения многих научных дисциплин: естественных, гуманитарных, общественных и техни­ческих. Каждый приведенный в книге практический пример есть результат совместной деятельности нескольких специалистов. Отрадно констатировать, что понимание многоплановости, не­однозначности психических нарушений и необходимость привле­чения разных специалистов понимается не только патопсихоло­гами. «Эгоцентризм» научных дисциплин сменяется адекватной позицией — в психологии заинтересованы другие специалисты, прежде всего психиатры, психотерапевты.

В заключение авторам пособия хочется выразить определенную надежду в отношении дальнейшего развития патопсихологии дет­ского и юношеского возраста как научной дисциплины и напом­нить, что успехи в оказании помощи больному иногда оборачи­ваются теневой стороной — манипулированием и причинением ему вреда, сознательно или невольно. Умение оказать помощь — это и умение управлять психическими процессами, воздейство­вать на личность или группу. Вот почему путь развития научной дисциплины — не только идеи, инструментарий, технологии, но и состояние нравственных ценностей общества и его научных представителей: объект и субъект исследования в психологии неразрывны.

Отдавая себе отчет в некоторой эклектичности получившегося пособия, авторы полагают, что среди читателей найдутся те, кому будет интересно читать и познавать удивительный мир патопси­хологии и смежных с ней научных дисциплин.

Краткий словарь терминов

Аддикция — пристрастие, злоупотребление изменяющими психи­ческое состояние веществами (или действиями и т.д.) без формирова­ния физической зависимости.

Акцентуация — выраженность определенного набора черт характе­ра, может быть преходящей, относится к пограничным состояниям нор­мы, не препятствует социальной адаптации; выделяют разные виды.

Аномальное развитие — понятие «аномальное развитие» использу­ется в широком и узком смысле. Широкий смысл — всякое отклоняющее­ся от нормативного (по психологическим и социокультурным нормам) развитие ребенка, в том числе с ретардацией и с акселерацией. Узкий смысл — болезненное по происхождению, ведущее к дезадаптации от­клонение в развитии.

Асинхрония развития — нарушение гетерохронности развития, диспропорция развития межфункциональныхсвязей, результат воздейст­вия патологических факторов, изменяющих естественный ход пси­хического развития. Выделяют основные типы асинхронии — ретарда­цию (незавершенность отдельных периодов развития, сохранение более ранних форм), характерную для олигофрений и ЗПР, и патологическую акселерацию (чрезвычайно раннее изолированное развитие какой-либо функции в сочетании с грубым отставанием в развитии другой) — при­сущую РДА и детской шизофрении.

Аутизм — отрыв от реальности с наличием внутренней жизни, особо­го мира грез и фантазий при шизофрении (по Е. Блейлеру); особенность психической деятельности субъекта, выражается в отсутствии потреб­ности в общении, нарушении контактов с другими людьми, ненаправ­ленное™ на общение, замкнутости; возникает как следствие заболе­вания, особых условий жизни или имеет прирожденный характер.

Возраст — временные характеристики индивидуального развития, выделяют хронологический (паспортный), биологический и психологи­ческий.

Возрастная периодизация — деление возрастов по основным пси­хологическим новообразованиям и ступеням развития через особенно­сти социальной ситуации развития в соответствии с хронологией и био­логическими этапами.

Возрастно-специфические симптомы — типы возрастного реаги­рования на неблагоприятные условия.

Возрастные кризы — условное наименование переходных этапов от одного возрастного периода к другому, необходимы для поступательно­го развития личности. В рамках стабильного возраста вызревают психические новообразования, которые актуализируются в период воз­растных кризов. Протекают у детей с широким спектром индивидуаль­ных особенностей: часть детей в это время становятся трудновоспитуе­мыми, вступают в острые конфликты с окружающими, испытывают тяжелые переживания, у школьников снижается успеваемость, работо­способность, интерес к учебным занятиям. У лиц с психическими забо­леваниями периоды возрастных кризов могут быть особыми по сравне­нию с нормативной группой, могут выступать как периоды высокого риска развития манифестации заболевания или обострения состояния.

«Вредность» — научно-практический термин, используемый в пси­хологии аномального развития и патопсихологии детского возраста, обозначает патологическое воздействие на процесс индивидуального развития, может иметь разное происхождение (биологическое, психоло­гическое) и виды.

Гетерохрония развития — базисная характеристика психического развития, необходимое условие психического онтогенеза, проявляется в неравномерности становления различных психических функций в свя­зи с неравномерностью физического развития, становления нервной си­стемы и степенью усвоения социального опыта. Выражается в опреде­ленной временной последовательности смены развития различных фаз овладения деятельностью и ее связей с другими ВПФ.

Госпитализм — психологическое состояние, характеризующееся за­медлением темпа психического развития и особыми отклонениями в виде сужения объема знаний и представлений об окружающем мире, обедненности эмоциональной сферы, трудностями общения и т.д., воз­никающее при длительной госпитализации (или пребывании в услови­ях родительской депривации в интернатном учреждении), имеет разную степень выраженности.

Девиантное поведение — поступки отдельной личности или выра­жающиеся в относительно устойчивых и массовых формах деятельности социальные явления, не соответствующие ожиданиям и нормам, кото­рые фактически сложились или установлены официально в данном об­ществе. Основные виды девиаций — нарушения поведения (агрессия, стремление к риску и т.д.), злоупотребление алкоголем и наркотиками, проституция, суицидальное поведение и др.

Дезадаптация школьная — психическое состояние, возникающее в результате несоответствия социопсихологического или психофизиоло­гического статуса ребенка требованиям новой социальной ситуации, нарушение (отклонения) полноценной адаптации к разнообразным ум­ственным, эмоциональным и физическим нагрузкам системы школьно­го обучения. Проявляется в трудностях овладения знаниями, умениями и навыками, а также нарушениях общения и взаимодействия в коллек­тивной учебной деятельности. В формировании и развитии школьной дезадаптации играют роль социально-средовые, психологические и ме­дицинские факторы (по Н. М. Иовчук).

Диатез (психический) — принятое в отечественной современной психиатрии понятие, обозначает совокупность признаков, характе­ризующих предрасположенность к психической патологии. Общая конституциональная предрасположенность к психическим заболева­ниям, в которой имеются маркеры (признаки) этого предрасположе­ния (по С. Ю.Циркину).

Дидактогения (педагогения) — отклонения в здоровье ученика, об­условленные и/или связанные с процессом обучения.

Депрессия — аффективный синдром, в основе которого лежит сни­женное — угнетенное, подавленное, тоскливое, тревожное, боязливое или безразличное — настроение. Классический депрессивный синдром определяется тоской, выступающей в сочетании с идеаторной и мотор­ной затормо-женностью (депрессивная триада), снижением витального тонуса, идеями неполноценности и самоуничижением, разнообразны­ми соматовегетативными расстройствами.

Депривация — лишение чего-либо. Как правило, используется в раз­ных контекстах для обозначения недостаточности получения чего-либо необходимого для полноценного развития или существования. Различают виды деприваций: материнская, родительская, сенсорная, пищевая и др.

Дизонтогеиез психический — нарушение темпов и сроков разви­тия психики в целом или отдельных ее составляющих, изменение нор­мативного развития отдельных сфер психики и/или их компонентов. Выделяют разные типы дизонтогенеза.

Дислексия — стойкое нарушение формирования навыка чтения, выражающееся в неузнавании букв, трудностях соотнесения графиче­ского изображения буквы («графемы») с соответствующим звуком («фо­немой») или ее произнесением («артикулема»). Дефекты чтения прояв­ляются в замедленном или ускоренном темпе чтения, одновременно могут быть замены, перестановки букв, слогов, сокращение слоговой структуры слова, неверное ударение и др. Различают: фонематическую, семантическую, мнестическую и оптическую дислексии. По МКБ-10 относится к конституциональным когнитивным нарушениям.

Дисграфия — стойкое нарушение навыков письма, проявляющееся в виде трудностей соотнесения звуков устной речи с их графическим изображением, сложностями перекодировки печатного и письменного изображения букв при списывании. Характерными ошибками являются замены букв по сходству их произношения или графического изображе­ния, пропуски гласных, согласных и слогов, их перестановки, слитное написание слов в предложении, расчленение целого слова, зеркальное написание букв. Различают: артикуляторно-акустическую, акустическую и оптическую дисграфии.

Дисморфомания — болезненная убежденность в наличии мнимого или резко переоцениваемого физического недостатка, чаще встречается в пубертатном и юношеском возрасте.

ЗПР (задержка психического развития) — различают как признак нервно-психического, соматического заболевания или особого разви­тия, или тип нарушенного развития (дизонтогенеза); имеется педагоги­ческий диагноз ЗПР, обозначающий временную задержку темпов раз­вития психики ребенка, обусловленную прежде всего социально-психо- логическими или органическими факторами. Таким образом, ЗПР — это наиболее распространенная, полиморфная группа форм психической патологии детского возраста. Дети с ЗПР традиционно характеризуются замедленным и неравномерным созреванием высших психических функ­ций, недостаточностью познавательной деятельности и уровня работо­способности, недоразвитием эмоционально-личностной сферы. Причи­ны ЗПР разнообразны: органическая недостаточность ЦНС, конституци­ональные особенности, неблагоприятные социальные факторы и т.д.

Идеаторные нарушения (противопоставляются моторным) — на­рушения, которые могут выражаться в нарушениях внимания (сниже­ние, неустойчивость) и запоминания, изменении (сужении) объема мышления, измененности ассоциаций, тихой замедленной речи, темпо­вых нарушениях интеллектуальной деятельности.

Исключительные дети — исторический термин, использовался В. П. Кащенко и обозначал широкую категорию детей, развитие кото­рых по тем или иным показателям отклоняется от среднестатистической нормы. Кроме аномальных, к этой категории могут быть отнесены ода­ренные и застенчивые дети, дети с «характером» и акцентуациями.

Клинико-психологический синдром — термин, близкий понятиям «патопсихологический синдром», «патопсихологический симптомоком- плекс», «нейропсихологический синдром». По определению Н. К. Корса­ковой, обозначает закономерное сочетание симптомов нарушений по­знавательной деятельности и/или личности, возникающее вследствие дефицитарности объединяющего их звена в системно-структурном строении психики, вызванной болезненным процессом.

Коррекционные классы — классы компенсирующего обучения, или коррекционно-развиваюшие классы общеобразовательного учрежде­ния для детей с отклонениями в развитии (ЗПР, с педагогической запу­щенностью, парциальными нарушениями, соматически ослабленных). Обучение предметам инвариантной части базисного учебного плана осуществляется по рабочим программам, разработанным на основе об­щеобразовательных программ или программам для компенсирующих классов. Неотъемлемой частью программы в этих классах является кор- рекционно-развивающая работа, реализуемая в процессе учебных и вне- учебных занятий с детьми. Обучение организуется по учебникам для мас­совых классов в зависимости от уровня развития обучающихся. В на­стоящее время среди психиатров, психологов и педагогов нет единой точки зрения о положительном/отрицательном влиянии обучения в коррекционном классе на психопатологические расстройства.

МКБ-10 — международная классификация болезней 10-го пере­смотра (1998), используется медиками для унификации оценок откло­нения в здоровье и статистики заболеваний в разных странах. МКБ «представляет собой способ видения мира на определенном временном этапе» (Норманн Сарториус, директор отдела психического здоровья ВОЗ). В данном пересмотре впервые введена рубрика «расстройства психоло­гического развития» — Р8.

ММД (минимальные мозговые дисфункции) — термин, ныне ис­пользуемый не всеми специалистами, обозначает нарушение функции ЦНС вследствие микроповреждений коры и подкорковых структур го­ловного мозга (главным образом в результате кислородного голодания плода во внутриутробном периоде и в процессе родов), может прояв­ляться гипердинамическим синдромом (синдромом двигательной рас- торможенности) или заторможенностью со сниженной способностью к целенаправленному и организованному поведению наблюдается задерж­ка в темпах развития различных функциональных систем мозга, обеспе­чивающих сложные психические процессы и разные виды психической деятельности. Симптомы обычно проходят к 11 — 12 годам, но в подрост­ковом возрасте возможны обострения.

Неврозы (пер. с греч. — «болезнь нервов») — группа заболеваний психогенного происхождения, непсихотического уровня, для которых характерна обратимость патологических нарушений, независимо от их длительности; психотравмирующая природа заболевания выражается в связи между клинической картиной невроза, особенностями личности больного и конфликтной ситуацией; имеется вариативность клиниче­ских проявлений, обусловленная доминированием эмоционально-аф- фективных и соматовегетативных расстройств.

Негативизм — поведение человека, внешне не мотивированное, проявляется в действиях, намеренно противоположных требованиям и ожиданиям окружающих людей. Может возникать у детей в периоды возрастных кризисов как реакция на игнорирование их потребностей. Различают пассивный Н. (выражающийся в отказе выполнить требова­ние) и активный Н. (при котором производятся действия, противопо­ложные требованиям). Н. может выступать как болезненный симптом, поведенческий акт или устойчивая черта характера.

Негативные расстройства — результат выпадения или снижения психических функций вследствие болезненного фактора, основные про­явления — снижение критичности, эмоциональное обеднение и сниже­ние активности, выступает проявлением дефекта.

Ненормальные дети — обозначение детей с психической патологи­ей и умственной отсталостью, принятое в начале XX в.

Нервная анорексия — сознательное и стойкое стремление к похуда­нию, выражающееся в отказе от еды. Различают состояние, синдром и заболевание (возрастно-специфическое, характерное для подростково­го и юношеского возраста, чаще встречается у девушек).

Обученность — показатель уровня наличных знаний и представле­ний об окружающем мире, обусловленный обучаемостью индивида и характером обучения.

Обучение — специально организованный процесс передачи знаний и формирования на их основе картины мира, а также средство освоения человеком системы знаний об окружающем мире, правовых норм, норм общения, принятых ценностей и способов их познания, что обеспе­чивает человеку возможность продуктивно жить и работать в обществе.

Обучаемость — уровень индивидуальной способности данного субъ­екта к обучению или изменению когнитивных структур путем получения и переработки информации, характеристика индивидуальных возмож­ностей человека, выражающаяся в скоростных и качественных пока­зателях усвоения знаний, умений и навыков. Различают общую О. (спо­собность к усвоению новых знаний) и специальную О. (показатель инди­видуальной способности усваивать отдельные формы деятельности).

Парааутистические состояния — нарушения контактов, близкие по проявлениям к раннему детскому аутизму, возникающие у детей при различных вариантах депривации (временной или постоянной).

Плотность социальной сети — отношение между общим количес­твом связей в ней и числом ее участников.

Психоз — психическое заболевание, характеризующееся тяжелым нарушением психических функций (исключая умственную отсталость) в связи с нарушением психологического контакта с реальной действи­тельностью и обычно асоциальным поведением. Расстройства созна­ния, памяти, настроения, мышления или психомоторного поведения являются наиболее выраженными клиническими симптомами, которые зависят от природы психоза; часто грубо нарушена критика. Прилага­тельное «психотический» обычно используется в описательном смысле, указывая на наличие таких симптомов, как бред, галлюцинации и расстройство мышления с определенной (но не всегда ясной) этиологи­ей, патогенезом. Выраженные виды психических расстройств и их спе­цифические сочетания составляют психопатологические синдромы.

Психологическая коррекция — система мер психологической по­мощи, направленная на оптимизацию отдельных психических функций или их структурных элементов, обеспечивающих поведение (например, обучение определенным социальным навыкам и т.д.) и обучение инди­вида (концентрация внимания, объем памяти и т.д.).

Психопатия — пример пограничной психической патологии, суть ее составляют патологические черты характера (врожденная аномалия характера, по П. Б. Ганнушкину), отмечаются тотальность, относитель­ная стабильность патологических черт характера и нарушение социаль­ной адаптации.

Психотерапия — в широком смысле — это оказание психологиче­ской помощи здоровым людям (клиентам) в ситуациях различного рода психологических затруднений или необходимости (желания) улучшить качество собственной жизни, а в узком — собственно лечение человека (пациента, больного) с помощью психологических средств. Существуют две основные формы (индивидуальная и групповая) и множество кон­кретных видов и техник работы.

Пубертатный возраст — охватывает возрастной диапазон от 11 до 20 — 23 лет, включает ранний пубертатный (подростковый), пубертат­ный и поздний пубертатный, или собственно юношеский, периоды. Основные проявления пубертатного периода: выраженная неустойчи­вость и противоречивость отдельных сторон нервно-психического скла­да, ведущая роль аффективной сферы, эмоциональной лабильности; стремление к самостоятельности, независимости, с сомнениями и даже отверганием прежних авторитетов и особенно негативистическим отно­шением к авторитету лиц из ближайшего окружения — семьи, учителя и т.д. — период отрицания, «протеста против отцов», «стремления к са­мостоятельности»; повышенный интерес к своему физическому и пси­хическому Я с особой чувствительностью и ранимостью «по поводу ка- ких-либо своих недостатков или несостоятельности», приводящих к фиксации в одних случаях на своих внешних данных, в других — на проблеме самосознания или, напротив, к выраженному стремлению к самоусовершенствованию, творчеству в различных областях деятель­ности с направленностью мышления в сторону отвлеченных проблем.

РДА (ранний детский аутизм) — расстройство, которое с рожде­ния определяется изменениями развития контактов, эмоций, речи. Вы­ражен преимущественно специфическими симптомами нарушенного развития (искаженный тип дизонтогенеза). Выделяют синдром Канне- ра (более грубое нарушение интеллектуального развития) и синдром Аспергера (без снижения развития интеллектуальных функций), РДА процессуального генеза (как следствие рано начавшейся шизофрении).

Регресс — возврат функции на более ранний возрастной уровень, может быть временным (функциональным) или стойким (связан с по­вреждением функции). Может также означать вид психологической за­щиты — переход к более ранним, элементарным, формам поведения, связанным с детством (в детстве эти формы поведения оказывались ус­пешными).

сдвг — синдром дефицита внимания с гиперактивностью; термин, идущий на смену ММД, первоначально рассматривался как один из ва­риантов ММД. Клиническую картину СДВГ составляют избыточная двигательная активность, импульсивность поведения, нарушения ког­нитивных функций и двигательная неловкость. Отмечается недостаточ­ность организации, программирования и контроля психической дея­тельности, что указывает на важную роль дисфункции префронтальных отделов больших полушарий головного мозга в генезе СДВГ.

Сензитивный период развития (функции) — определенный возраст­ной интервал, который характеризуется интенсивным развитием той или иной психической функции в определенных внешне организован­ных условиях. Отсутствие адекватных формированию функций (ка­честв, способностей) внешних условий, или воздействие «вредности», в этот период может приводить к разным по степени проявления нарушени­ям (в том числе необратимым).

Социализация — усвоение и активное воспроизведение индивидом социального опыта (систем знаний норм, ценностей) в ходе осуществле­ния разных видов деятельности (коммуникативной, игровой, учебной и др.).

В каждый возрастной период процесс и результат социализации обуслов­ливается ведущей деятельностью (Д. Б.Эльконин), ситуацией развития (Л.С. Выготский). Образование и воспитание как специально организо­ванные, планируемые и регулируемые системы воздействия на человека, таким образом, рассматриваются как культурно-исторические средства социализации. Социализация ребенка и подростка как усвоение соци­альных навыков взаимодействия формирует в последующем социальное поведение взрослого человека. Социализации противопоставляется про­цесс индивидуализации личности, дифференциации отличительных ха­рактеристик по физическим, интеллектуальным, нравственным, творче­ским качествам.

Социальная поддержка — функция социальной сети; бывает двух типов: эмоциональная и инструментальная (деньги, вещи, обслужива­ние, информация). От разных кластеров социальной сети исходят раз­ные виды поддержки. Один член социальной сети может оказать под­держку в той области, где бессилен другой, и тип получаемой поддержки зависит от структуры сети индивида и качества взаимоотношений в этой сети. Поддержкой могут быть названы только те связи, которые полезны личности, вопрос только в том, что один и тот же набор меж­личностных отношений может быть разрушительным для одних и под­держивающим для других.

Социальная сеть (система) — «набор конкретных межличностных взаимосвязей одних индивидов с другими». Каждый человек имеет лич­ностную социальную сеть или систему, различные части или аспекты которой становятся важными в разное время и могут использоваться для достижения разнообразных целей. Различаются по размеру, времени возникновения, кластерам (зонам связей — семья, друзья, соседи, кол­леги, этническая община и т.д.), отражающими содержание личностной социальной сети. Социальные сети выполняют функцию поддержки, поэтому они соответствуют базисным потребностям человека, увеличи­вают психологические адаптивные возможности. Подростково-юноше­ский возраст является периодом формирования собственно социальной сети, семья является лишь частью более широкой социальной сети.

Страхи — базисная эмоция переживания угрозы биологическому или социальному существованию человека. Страх направлен на источ­ник действительной или воображаемой опасности и проявляется в зна­чительных физиологических изменениях и в тенденции к защите.

Трудности обучения — трудности, возникающие в процессе обуче­ния. Складываются из совокупности показателей нарушений со сторо­ны обучаемости, отклонениями в процессе обучения.

Фобии — непреодолимые навязчивые страхи, к которым у больных сохраняется критическое отношение (боязнь закрытого или открытого пространства, высоты, страх загрязнения, страх покраснеть и т.д.), чаще всего возникающие при обсессивно-компульсивном расстройстве, но могут обнаруживаться и при других психических расстройствах — ши­зофрении, депрессии. Для юношеского возраста характерны социофо­

бии (страх оказаться в центре внимания с опасениями негативной оцен­ки окружающими, сопровождающийся избеганием общественных ситуа­ций) и дисморфофобии (доминирование идеи мнимого физического недостатка формы или функции).

Шизофрения, детский тип — шизофренический психоз с нача­лом в детском возрасте (до 10 лет), чаще наблюдается у мальчиков, при котором обычно присутствуют все важнейшие признаки заболевания, наблюдаемые у взрослых.

Школьный невроз — невротическое расстройство у детей, возника­ющее в связи или непосредственно под воздействием неадекватных возможностям ребенка требований школьного обучения. Школьные нагрузки в генезе школьного невроза являются основным психогенным фактором. Симптомы — общие для данного круга патологии.

Эпилепсия — нервно-психическое, хронически протекающее забо­левание, характеризуется наличием эпизодически возникающих рас­стройств в сознании, настроении (эп и приступов); имеется много видов и проявлений, различают формы: симптоматическую Э. (чаще возника­ет в раннем возрасте), идиопатическую Э. (чаще возникает в более позд­нем возрасте).

Рекомендуемая литература

1. Алейникова С. М. Особенности развития мыслительной деятельно­сти у детей, больных шизофренией: дис. ... канд. психол. наук. — М., 1984.
2. Алейникова С. М., Захарова Н. В. Сравнительное изучение особенно­стей перцептивной и мыслительной деятельности детей, больных шизо­френией // Журнал невропатологии и психиатрии. — 1984. — Т. 84. — № 10.
3. Александровская Э.М. Критерии социально-психологической адаптации детей к школе // Проблемы адаптации в гигиене детей и под­ростков/ под ред. Г. Н.Сердюковской и С.М.Громбаха. — М., 1984.
4. Алфимова М. В. Наследственные факторы в нарушении познава­тельных процессов при шизофрении: автореф. дис.... докт. психол. наук. — М., 2006.
5. Амбрумова А. Г., Вроно Е.М. Диагностика и профилактика суи­цидального поведения детей и подростков с депрессивными расстройст­вами. Методические рекомендации М3 РСФСР. — М., 1983.
6. Анастази А. Психологическое тестирование. — М., 1982.
7. Аргаил М. Психология счастья. — М., 1990.
8. Бадалян Л. О. Невропатология. — М., 2000.
9. Баженова О. В. Диагностика психического развития детей перво­го года жизни. — М., 1986.
10. Балакирева Е. Е. Нервная анорексия у детей и подростков (клини­ка, диагностика, патогенез, терапия): автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2004.
11. Бардышевская М. К., Лебединский В. В. Диагностика эмоцио­нальных нарушений у детей. — М., 2003.
12. Башина В. М. Ранняя детская шизофрения (статика и динамика). — М., 1980.
13. Башина В. М., Симашкова Н.В., Красноперова М. Г. Атипич­ный аутизм в свете 1СО-Ю (1992), МКБ-10 (1999) // Вопросы психиче­ского здоровья детей и подростков. — 2003. — Т. 3. — № 1.
14. Белопольская Н.Л. Детская патопсихология. — М., 2004.
15. Блейхер В. М., Крук И. В., Боков С. Н. Клиническая патопсихо­логия: руководство для врачей и клинических психологов. — М.; Воро­неж, 2002.
16. Богданов Е. И. Изменение зрительного восприятия больных ши­зофренией. — М., 1971. — Вып. 3.
17. Болдырев А. И. Эпилепсия у взрослых. — М., 1984.
18. Буреломова И. В., Зверева Н. В., Алейникова С. М. Затяжные ги- поманиакальные состояния у детей: клиническое и психологическое исследование // Аффективные и шизоаффективные психозы / под ред. М.Я.Цуцульковской и Г. П. Пантелеевой. — М., 1998.
19. Бурменская Г. В. Психологическое обследование детей дошколь­ного — младшего школьного возраста. — М., 2003.
20. Былим А. И. Семейная терапия в лечении психоза. — Кисло­водск, 2003.
21. В. М. Бехтерев и современная психология. Материалы докладов на Российской научно-практической конференции. — Казань, 2005. — Вып. 3. — Т. 2.
22. Вайзе К., Воловик В. М., Кабанов М. М. К дискуссии о роли со­циально-нормативных реакций на психические заболевания // Реаби­литация больных психозами. — Л., 1981.
23. Валлон А. Психическое развитие ребенка. — М., 1967.
24. Варга А.Я. Структура и типы родительского отношения: авто- реф. дис. канд. психол. наук. — М., 1987.
25. Вахрушев С.В. Психодиагностика трудностей в обучении учите­лями начальных классов. — М., 1995.
26. Венгер A.JI., Морозова Е.И., Морозов В. А. Психологическая помощь детям и подросткам в чрезвычайных ситуациях (на опыте рабо­ты с жертвами террористического акта в Беслане) // Вопросы психиче­ского здоровья детей и подростков. — 2007. — № 1.
27. Вертоградова О. П. Психологические и патогенетические аспек­ты прогноза и терапии депрессий. — М., 1985.
28. Вид В.Д. Психотерапия шизофрении. — СПб., 2001.
29. Вильдавская Л.М. Роль семьи в социальной адаптации больных эндогенными психическими расстройствами юношеского возраста: ав- тореф. дис. ... канд. психол. наук. — М., 1995.
30. Винокурова Е.Л. Семья и психическое здоровье ребенка // Во­просы психического здоровья детей и подростков. — 2006. — № 1.
31. Власова Т. А., Певзнер М. С. О детях с отклонениями в развитии. — М., 1973.
32. Воловик В. М., Вид В.Д., Днепровская С. В., Гончарская Т. В. Груп­повая психотерапия психически больных. Методические рекоменда­ции. — М., 1983.
33. Вопросы психического здоровья детей и подростков. — 2001. — № 1.
34. Вроно М.Ш. Шизофрения у детей и подростков. — М., 1971.
35. Выготский Л. С. Собр. соч.: в 6 т. — М., 1984. — Т. 4.
36. Выготский Л. С. К проблеме психологии шизофрении // Совет­ская невропатология, психиатрия и психогигиена. — 1932. — Т. 1. — Вып. 8.
37. Ганнушкин П. Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. — М., 1933.
38. Гончарова Л. В. Психологическая диагностика и коррекция ран­него детского аутизма шизофренического генеза: автореф. дис. ... канд. психол. наук. — М., 1997.
39. Горбачевская Н. Л. Особенности формирования ЭЭГ у детей в норме и при разных типах общих (первазивных) расстройств развития: автореф. дис. ... докт. биол. наук. — М., 2000.
40. Горюнова A.B. Неврологические предшественники и маркеры предрасположенности к шизофрении: автореф. дис. ... докт. мед. наук. — М., 1995.
41. Гринсон Р. Практика и техника психоанализа. — Новочеркасск, 1994.
42. Гурьева В.А., Гиндикин В.Я. Юношеские психопатии и алкого­лизм. — М., 1980.
43. Данилова Л. Ю. Клинические особенности подростковой ши­зофрении, протекающей в виде стертых аффективных приступов (цик- лотимоподобный вариант): автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1987.
44. Добряков И. В. Перинатальная психотерапия / Хрестоматия по перинатальной психологии / сост. А. Н. Васина. — М., 2005.
45. Драпкин Б. 3. Опыт психотерапевтической работы с больными шизофренией в условиях подросткового психотерапевтического отделе­ния // Журнал невропатологии и психиатрии. — 1980. — № 10.
46. Егоров А. Ю. К вопросу о современной типологии нехимических аддикций // Вопросы психического здоровья детей и подростков. — 2006. - № 2.
47. Елисеев А. В. Расстройства психического развития в детско-подрост- ковом возрасте (клинико-динамические и социально-психологические ме­ханизмы формирования): автореф. дис.... докт. мед. наук. — Томск, 2006.
48. Жезлова Л. Я. К вопросу о самоубийстве детей и подростков // Актуальные проблемы суицидологии. — М., 1978.
49. Жигэу Е. И. Особенности смысловой переработки информации у подростков, больных шизофренией: автореф. дис. ... канд. психол. наук. — М., 2004.
50. Заваденко H. Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте: учеб. пособие для студ. вузов. — М., 2005.

5\.ЗанозинА. В. Клинико-эпидемиологические и психопрофилактиче­ские аспекты нервной анорексии: автореф. дис.... канд. мед. наук. — М., 2004.

1. Захаров А. И. Происхождение детских неврозов и психотерапия. — М., 2006.
2. Захарова Н. В. Особенности развития зрительного восприятия у детей, больных шизофренией: дис. ... канд. психол. наук. — М., 1985.
3. Захарова Н. В. Произвольная регуляция деятельности и особен­ности общения у детей, больных шизофренией // Журнал невропатоло­гии и психиатрии. — 1990. — № 1.
4. Зверева Н. В., Горюнов А. В. Место патопсихологического мето­да в нозологической диагностике первых депрессивных эпизодов в подростковом возрасте // Психиатрия. — 2003. — № 2.
5. Зейгарник Б. В. Патопсихология. — М., 1999.
6. Иовчук Н. М., Северный A.A., Морозова Н.Б. Детская социаль­ная психиатрия для непсихиатров. — М., 2006.
7. Исаев Д. Н. Детская медицинская психология. Психологическая педиатрия. — СПб., 2004.
8. Кабанов М. М., Личко A. E., Смирнов В. М. Методы психологи­ческой диагностики и коррекции в клинике. — J1., 1983.
9. Кадневский В. М. Генезис тестирования в истории отечественно­го образования: автореф. дис. ... докт. пед. наук. — Екатеринбург, 2006.
10. Казьмина О. Ю. Социальные сети и развитие социального поведе­ния // Руководство по оценке уровня развития социального поведения старшеклассников. — М., 1993.
11. Казьмина О. Ю. Структурно-динамические особенности систем межличностных взаимодействий у больных юношеской малопрогреди- ентной шизофренией: дис. ... канд. психол. наук. — М., 1997.
12. Казьмина О. Ю., Олейчик И. В., Зезюля Т. H., Крылова Е. С. Ког- нитивно-бихевиоральная терапия резидуальных симптомов депрессии юношеского возраста // Журнал неврологии и психиатрии. — 2002. — № 9.
13. Каплан Г. И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. — М., 1998.
14. Каплина Е.В., Зверева Н.В. Суициды в детско-подростковом возрасте: анализ проблемы и попытка психологического исследования // Вопросы психического здоровья детей и подростков. — 2004. — № 1.
15. Карвасарский Б.Д. Неврозы. — М., 1980.
16. Карева М. А. Психологические исследования нервной анорексии / Нервная анорексия. — М., 1986.
17. Каримулина Е.Г., Зверева Н.В. Перцептивная асимметрия у здоровых и «проблемных» детей // А. Р.Лурия и психология XXI века: доклады Второй международной конференции, посвященной 100-летию со дня рождения А. Р.Лурия / под ред. Т. В.Ахутиной и Ж. М. Глозман. — М., 2003.
18. Кащенко В. П. Исключительные дети. — М., 1929.
19. Кернберг О. Ф. Тяжелые личностные расстройства. Стратегии психотерапии. — М., 2000.
20. Киснер К., Фрайберг Г., Розе Г., Вульф Э. Психиатрия. Психосо­матика. Психотерапия. — М., 1999.
21. Клипинина Н. В. К вопросу о социально-психологической реа­билитации больных с тяжелыми психическими расстройствами // Реабилитология. Сборник научных трудов. — М., 2004. — № 2.
22. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. — М., 1979.
23. Коваль-Зайцев A.A., Зверева Н.В., Симашкова Н.В. Примене­ние психолого-образовательного теста для психологической квалифи­кации тяжести состояния при рано начавшейся детской шизофрении // Вопросы психического здоровья детей и подростков. — 2007. — № I.
24. Козлова И. А. Клинические особенности шизофрении раннего дет­ского возраста (начало заболевания до 5 лет): дис. ... канд. мед. наук. — М., 1967.
25. Козловская Г. В. Психические нарушения у детей раннего возраста (клиника, эпидемиология и вопросы абилитации): автореф. дис. ... докт. мед. наук. — М., 1995.
26. Колесник Н. Т. Влияние особенностей семейного воспитания на социальную адаптированность детей: автореф. дис.... канд. психол. наук. — М., 1999.
27. Колоскова М. В. Психическое развитие младенцев с повышен­ным риском заболевания шизофренией: автореф. дис. ... канд. психол. наук. — М., 1989.
28. Кон И. С., Фельдштейн Д. И. Отрочество как этап жизни и некоторые психолого-педагогические характеристики переходного воз­раста // Хрестоматия по возрастной психологии. — М., 1996.
29. Копейко Г. И., Олейчик И. В. Вклад пубертатных психобиологиче­ских процессов в формирование и клинические проявления юношеских депрессий // Журнал неврологии и психиатрии. — 2007. — № 3.
30. Коробейников И. А. Нарушения развития и социальная адапта­ция. — М., 2002.
31. Корсакова Н.К., Микадзе Ю.В., Балашова Ю.Е. Неуспеваю­щие дети: нейропсихологическая диагностика трудностей в обучении младших школьников. — М., 2002.
32. Критская В. П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении. Мотивация, общение, по­знание. — М., 1991.
33. Кулагина И.Ю. Психологический возраст: диагностика и тенден­ции изменения в онтогенезе // Вестник Университета РАО. — 2000. — № 1.
34. Куликов А. В. К проблеме суицидального поведения в детском возрасте // Психиатрия. — 2006. — № 1 (19).
35. Лангмейер Й., Матейчик 3. Психическая депривация в детском возрасте. — Прага, 1984.
36. Лебединская К. С. Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития детей. — М., 1982.
37. Лебединский В. В. Нарушения психического развития в детском возрасте. — М., 2003.
38. Лебединский В. В. Проблема развития в норме и патологии // Международная конференция памяти А. Р.Лурия. Сборник докладов / под ред. Е. Д.Хомской, Т. В.Ахутиной. — М., 1998.
39. Левченко И.Ю. Патопсихология: теория и практика. — М., 2002.
40. Леонтьев А. Н. Избранные психологические произведения: в 2 т. — М., 1983. - Т. 1.
41. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. — Л., 1985.
42. Лубовский В. И. Специальная психология. — М., 2003.
43. Лурия А. Р. Проблемы высшей нервной деятельности нормаль­ного и анормального ребенка: в 2 т. — М., 1956—1958.
44. Лучков В. В., Рокитянский В. Р. Понятие нормы в психологии // Вестник МГУ. — Сер. 14, Психология. — 1987. — № 2.
45. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика. — М., 1998.
46. Мамайчук И. И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. — СПб., 2003.
47. Манелис. Н.Г. Нейропсихологический подход к проблеме дет­ского аутизма // Клиническая психология. Материалы Первой между­народной конференции памяти Б. В.Зейгарник. — М., 2001.
48. Марилов В. В. Частная психопатология. — М., 2004.
49. Масихина С.Н. Шизофрения с обсессивно-компульсивными расстройствами, манифестирующая в детском возрасте: автореф. дис.... канд. мед. наук. — М., 2001.
50. Материалы 111 Международного конгресса «Молодое поколе­ние XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здо­ровья». — Казань, 2006.
51. Медицинская и судебная психология. Курс лекций / под ред. Т. Б.Дмитриевой, Ф.С.Сафуанова. — М., 2004.
52. Медицинская психология: Новейший справочник практическо­го психолога / сост. С.Л.Соловьева. — М., 2006.
53. Менделевич В.Д. Принципиальные проблемы современной возрастной клинической психологии // II Международный конгресс «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психо­логического здоровья». — Минск, 2003.
54. Мнухин С. С. О резидуальных нервно-психических расстройст­вах у детей // Вопросы психического здоровья детей и подростков. — 2002. - № 2.
55. Мухин К. Ю., Петрухин А. С. Идиопатические формы эпилеп­сии: систематика, диагностика, терапия. — М., 2000.
56. Мэш Э., Вольф Д. Детская патопсихология. Нарушения психи­ки ребенка. — СПб., 2003.
57. Мясищев В. Н. Личность и неврозы. — Л., 1960.
58. Наджаров Р.А., Штенберг Е.Я. Клиника и течение шизо­френии в возрастном аспекте // Журнал невропатологии и психиат­рии. - 1975. - Т. 75. - № 10.
59. Назаренко А. Е. Распознавание эмоционально-выразительных движений детьми, больными шизофренией: автореф. дис. ... канд. пси- хол. наук. — М., 1990.
60. Никольская И. М. Клиническая психология семьи // Вопросы психического здоровья детей и подростков. — 2005. — № 2.
61. Никольская О. С., Баенская Е.Р., Либлинг М. М. Аутичный ре­бенок. Пути помощи. — М., 1997.

ИЗ. Носачев Г.Н., Романов Д. В. Патопсихология: учеб. пособие для студ. психол. факультетов. — Самара, 2001.

1. Обухова Л. Ф. Детская психология. — М., 1999.
2. Осовский Е. Г., Беленкова Л. Ю. Педагогическая деятельность и научные воззрения Г. Я. Трошина //Дефектология. — 2000. — № 6.
3. Панасюк А.Ю. Адаптированный вариант методики Векслера. — М., 1973.
4. Пантелеева Г. П. О гебоидофрении (клинико-катамнестическое исследование): дис. ... докт. мед. наук. — М., 1973.
5. Педология юности: сборник статей / под ред. И.Арямова. — М.; Л., 1931.
6. Перре М., Бауман У Клиническая психология. — СПб., 2003.
7. Петрухин A.C. Эпилептология детского возраста: Руководство для врачей. — М., 2000.
8. Печникова Л. С. Особенности материнского отношения к детям с ранним детским аутизмом: автореф. дис. ... канд. психол. наук. — М., 1997.
9. Поляков Ю. Ф. О методологических проблемах взаимосвязи психиатрии и психологии (К итогам дискуссии) // Журнал невропато­логии и психиатрии. — 1977. — Т. 77. — № 12.
10. Поляков Ю. Ф. Патология психической деятельности при ши­зофрении. — М., 1974.
11. Поляков Ю.Ф., Мелешко Т.К., Алейникова С. М. Особенности формирования мышления у детей, больных шизофренией // Журнал невропатологии и психиатрии. — 1979. — Т. 79. — № 12.
12. Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста / под ред. М.Ш.Вроно. — М., 1986.
13. Психология аномального развития ребенка // Хрестоматия: в 2 т. / ред.-сост. В. В.Лебединский, М. К. Бардышевская. — М., 2002.
14. Психотерапия детей и подростков / под ред. X. Ремшмидта. — М., 2000.
15. Раттер М. Помощь трудным детям. — М., 1987.
16. Ремшмидт X. Подростковый и юношеский возраст. Проблемы становления личности: пер. с нем. — М., 1994.
17. Ромицына Е.Е. Восприятие воспитательной практики и меж­личностных отношений в семьях подростков, больных неврозами: авто­реф. дис. ... канд. психол. наук. — СПб., 1998.
18. Рубинштейн С. Я. Психология умственно отсталого школьника. — М., 1979.
19. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихоло­гии и опыт их применения в клинике. — М., 1998.
20. Семаго Н.Я., Семаго М. М. Теория и практика оценки психиче­ского развития ребенка. Дошкольный и младший школьный возраст. — СПб., 2005.
21. Семенов В.Д. Взаимодействие школы и социальной среды. — М., 1986.
22. Семья и личность// Психолого-педагогические, социологические и медико-психологические проблемы: тезисы докладов Всесоюзной кон­ференции в г. Гродно / А. И. Захаров и др. — М., 1981.
23. Сидорова М. А. Нейрокогнитивные расстройства и их динамика в процессе лечения у больных юношеской приступообразной шизофренией и шизоаффективным психозом: автореф. дис. ... канд. психол. наук. — М., 2005.
24. Симашкова Н. В. Атипичный аутизм в детском возрасте: авто- реф. дис. ... докт. мед. наук. — М., 2006.
25. Синягин Ю. В., Синягина Н. Ю. Детский суицид. Психологиче­ский взгляд. — СПб., 2006.
26. Сиротюк А. Л. Синдром дефицита внимания с гиперактивно­стью. Диагностика, коррекция. — М., 2003.
27. Славина Л. С. Индивидуальный подход к неуспевающим и не­дисциплинированным учащимся. — М., 2000.
28. Смулевич А. Б. Малопрогредиентная шизофрения и погранич­ные состояния. — М., 1987.
29. Смулевич А. Б., Дубницкая Э. Б., Тхостов А. Ш. и др. Психопа­тология депрессий (к построению типологической модели) // Депрес­сия и коморбидные расстройства / под ред. А. Б.Смулевича. — М., 1997.
30. Спиваковская А. С. Нарушение игровой деятельности. — М., 1980.
31. Староверова М. С. Типология «психологических синдромов» у младших школьников общеобразовательной школы, неуспешных в учебной деятельности: автореф. дис. ... канд. психол. наук. — М., 2004.
32. Тиганов А. С. Руководство по психиатрии: в 2 т. — М., 1999.
33. Троицкая Л. А. Эпилепсия и нарушения развития речи у детей // Вопросы психического здоровья детей и подростков. — 2007. — № 1.
34. Туревская P.A. Психологическая помощь детям с аномалиями развития // Психология перед вызовом будущего: материалы Научной конференции, приуроченной к 40-летнему юбилею факультета психо­логии МГУ. — М., 2006.
35. Тхостов А. Ш. Актуальные задачи современной клинической психологии // Психология перед вызовом будущего. — М., 2006.
36. Ульенкова У. Формирование общей способности к учению у шестилетних детей // Школьное воспитание. — 2001. — № 6.
37. Ушаков Г. К. Детская психиатрия. — М., 1973.
38. Фрейд 3. Анализ фобии пятилетнего мальчика // Психология бессознательного. — СПб., 2002.
39. Хломов Д. H., Слоневский Ю.А., Владимирова Т. В. и др. При­менение методов психологической коррекции для профилактики соци­альной дезадаптации и оптимизации социального функционирования при эндогенных психических расстройствах юношеского возраста: ме­тод. рекомендации. — М., 1988.
40. Холмогорова А. Б. Теоретические и эмпирические основания интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра: авто­реф. дис. ... докт. психол. наук. — М., 2006.
41. Хрестоматия по психологии аномального развития ребенка / под ред. В. М. Башиной. — М., 1980.
42. Циен Т. Душевная и половая жизнь юношества: пер. с нем. — М., 1924.
43. Циркин С. Ю. Справочник по психологии и психиатрии детско­го и подросткового возраста / под ред. С. Ю. Циркина. — М., 1999.
44. Циркин С. Ю. Концептуальная диагностика функциональных расстройств при шизофрении: диатез и шизофрения // Социальная и клиническая психиатрия. — 1995. — № 2.
45. Цуцульковская М. Я. и др. Атипичные депрессивные состояния с явлениями юношеской несостоятельности: метод, рекомендации. — М., 1986.
46. Цуцульковская М.Я., Копейко Г. И., Олейчик И. П., Владими­рова Т. В. Роль психобиологических характеристик юношеского возраста в формировании клинической картины депрессий и особенностях тера­пии // Психиатрия. — 2003. — № 5.
47. Шевченко Ю. С. Коррекция поведения детей с гиперактивно­стью и психопатоподобным синдромом. — М., 1997.
48. Шевченко Ю.С., Добридень В. П. Онтогенетически ориентиро­ванная психотерапия. — М., 1998.
49. Шмакова О. П. Школьная адаптация детей и подростков с психи­ческими расстройствами: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1998.
50. Щербакова Н. П. Сравнительное изучение особенностей мышле­ния у подростков, здоровых и больных шизофренией // Журнал невро­патологии и психиатрии. — 1976. — № 12.
51. Щербо И.Н. Коррекционно-развивающее обучение: система сопровождения педагога, работающего с детьми «группы риска» // Ди­ректор школы. Экспресс опыт. — 2000. — № 3.
52. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. — СПб., 1999.
53. Экспериментально-психологические исследования патологии психической деятельности при шизофрении. — М., 1982.
54. Эльконин Д. Б. К проблеме периодизации психического развития в детском возрасте // Детская психология / ред.-сост. Б. Д. Эльконин. — М., 2004.
55. Aalto-Setala Т., Marttunen М., Tuulio-Henriksson A. el al. De­pressive Symptoms in Adolescence as Predictors of Early Adulthood Depres­sive Disorders and Maladjustment //Am. J. Psychiatry. — 2002.
56. Abely P. La signe du miroir dans les psychoses et plus specialement dans le demence precoce // Ann. med. psychol. — 1930. — № 1.
57. Anzorge M.S., Zhou М., Lira A. et al. Early-liefe blockade of the 5-HT transporter alters emotional behavior in adult mice. — 2004.
58. Asarnow R.F., Nuechterlein K.H., Torquato R. et al. Cognitive neuropsychological abnormalities in the parents of children with a schizo­phrenic disorder// Schizophrenia Research. — 1997. — № 24.
59. Bailly D., Viellard М., Duuerger H. et al. An unrecognized diagno­sis: schizophrenia in childhood // Annales medico-psychologiques. — 2003. — № 161.
60. Bios P. On adolescence: A psychoanalytic interpretation. — N.Y., 1962.
61. Blumenfeld W. Jugend als Konlliktsituation. 2. AufI: Passau. — 1988.
62. Bruin E.I., Verheij Wiegman T. et al. Assessment of formal thought disorder. The relation between the Kiddie Thought Disorder Rating Scale and clinical judgment // Psychiatry Research. — 2007. — № 149.
63. Buchanan C.M., llolmbeck G.N. Measuring beliefs about adoles­cent personality and behavior. — 1998.
64. Busemann A. Die Erregungsphasen der Jugend. Z Kinderforschung. — 1927.
65. Cannon Tyrone D., Bearden Carrie E., Hollister J. Megginson, Hadley Trevor / Schizophrenia Research. — 1997.
66. Caplan G. and Killilea M. (ads) Support Systems and Mutual Help: Multidisciplinary Explorations. — N.Y., 1976.
67. Cheung A., Emslie G.J., Taryn M.L. Efficiacy and safely of antide­pressants in youth depression. J. Can Acad Adolesc Psychia. — 2004.
68. Cohen S. and Hoberman H. M. Positive events and life events as buf­fers of life change stress. J. of Appelied Social Psychology. — 1982.
69. Cormac /. Cognitive behavioral therapy for schizophrenia (Cochrane Review) / 1. Cor-26. mac, C. Jones, C. Cambell et al. // The Cochrane Library. —
70. - V. 2.
71. Dahl R. E., Lewin D.S. Pathways to adolescent health sleep regula­tion and behavior. — 2002.
72. Diekstra R.F.W. Suicide and suicide attempts in the European Eco­nomic Community: analysis of trends, with special emphasis upon trends among the young. Suicide and Life-Threatening Behavior. — 1985.
73. Erikson E.H. Childhood and Society, 2nd end, Norton. — 1963.
74. Fish B. Schizophrenia Bull. — 1987. — V. 13.
75. Fist7 B. Children at risk for schizophrenia. — N. Y., 1984.
76. Friedman M. S., Bruder G. E., Nestor P. G. et al. Perceptual asym­metries in schizophrenia: subtype differences in left hemisphere Dominance for Dichotic Fused Words // Am. J. Psychiatry. — September 2001. — 158. — V. 9.
77. Friedman W.H. Practical Group Therapy. Jossey-Bass Publishers. London, 1989.
78. Gochman P.A., Greenstein D., Sporn A. et al. IQ stabilization in childhood-onset schizophrenia // Schizophrenia Research. — 2005. — № 77.
79. Goeb J.-L., Botbol M., Golse B. Have delusions in schizophrenia following childhood psychoses specific clinical features? // L’evolution psy- chiatrique. — 2004. — № 69.
80. Goldshtein A. P. Psychological skill training. — N. Y., 1981.
81. Hammer M. Social Supports, Social Network and Schizophrenia. Schizophrenia Bull. — 1981. — V. 7. — № 1.
82. Hammerness P., Harpold TV., Petty C. et al. Characterizing non-OCD anxiety disorders in psychiatrically referred children and adolescents // Jour­nal of Affective Disorders. — 2007, May.
83. Handbook of School Neuropsycology. — Ed. by R.C.D’Amato et al., Hoboken, NJ, 2005.
84. Heikkila J., Ilonen T., Karlsson H, et al. Cognitive functioning and expressed emotion among patients with first-episode severe psychiatric disor­ders // Comprehensive Psychiatry. — 2006. — № 47.
85. Hynd G. W, Obrzut J. E. School neuropsychology // Journal of School Psychology. — 1981. — № 19.
86. Ingraham L.J. Characterizing heritable psychopathology among the biological relatives of individuals with schizophrenia // Schizophrenia Re­search. — 1997. — № 24.
87. Isohanni M., Murray G. K, Jokelainen J. et al. The persistence of developmental markers in childhood and adolescence and risk for schizophre­nic psychoses in adult // Schizophrenia Research. — 2004. — № 71.
88. Kanas N. Group Therapy for Schizophrenic Patients / N. Kanas. — Washington: American Psychiatric Press. — 1996.
89. Keller A., Jeffries N. O., Blumenthal J. et al. Corpus callosum deve­lopment in childhood-onset schizophrenia // Schizophrenia Research. — 2003. — №62.
90. Krevelen van Arn. D. Problems of differential diagnosis between mental retardation and Early Infantile autism // Acta Paedopsychiatrica. — 1977. - Vol. 39.
91. Kumra Sanjiu, Wiggsa Edythe, Bedwella Jeffrey et al. Neuropsy­chological deficits in pediatric patients with childhood-onset schizophrenia and psychotic disorder not otherwise specified // Schizophrenia Research. — 2000. — № 42.
92. Liberman R. P. In Vivo Amplified Skills Training Promotiong Gene­ralization of Independent Living Skills for Clients with Schizophrenia / R. P. Liberman, Sh.Glynn, K. Blair et al // Psychiatry. — 2002. — № 65 (2).
93. Lysaker P. H., Wickett A. M., Lancaster R. S. et al. Neurocognitive deficits and history of childhood abuse in schizophrenia spectrum disorders: associations with Cluster B / Schizophrenia Research. — 2004. — № 68.
94. Mattai A., TosselJ., Greenshtein D. Sleep disturbance in childhood- onset schizophrenia // Schizophrenia Research. — 2006. — № 86.
95. Morris J. C. The clinical dementia rating (CDR): current and scoring rules // Neurol. - 1993. - Vol. 43.
96. Morselli E. Sulla dismorfofobia e Sulla tafefobia // Bell. Acad. Med. (Jeneva). — 1886. — Vol. 6.
97. Murray G. K, Jones P. B., Moilanen K. et al. Infant motor develop­ment an adult cognitive functions in schizophrenia 11 Schizophrenia Research
98. - 2006.
99. NiemiL. T.,Suuizaari M., Tuulio-Henriksson A. Childhood develop­mental abnormalities in schizophrenia: evidence from high-risk studies // Schizophrenia Research. — 2003. — № 60.
100. Ott S.L., Roberts S., Rock D. et al. Positive and negative thought disorder and psychopathology and childhood among subjects with adulthood schizophrenia // Schizophrenia Research. — 2002. — № 58.
101. Pattison E. M. et al. A psychosocial kinship model for family therapy // Am. J. Psychiatry. — 1975. — V. 132.
102. Ross R. G., Heinlein S., Tregellas H. et al. High rates of comorbidity are found in childhood-onset schizophrenia // Schizophrenia Research. — 2006. — № 88.
103. Schenkel L.S., Spaulding W.D., DiLillo D. etal. Histories of child­hood maltreatment in schizophrenia: relationships with premorbid functioning, symptomatology and cognitive deficits // Schizophrenia Research. — 2005. — № 76.
104. Shopler E., Reichler R. Psychoeducation Profile. Baltimor. — 1979.
105. Sokolovsky J. and Cohen C. /. Toword a Resolution of Methodologi­cal Dilemmas in Network Mapping // Sch. Bull. — 1981. — V. 7. — № 1.
106. Speranza M. Approche psychopathologique et developpementale de la schizophrenic infantile // Neuropsychiatrie de 1’enfance et de l’adolescence. — 2006.
107. Sporn A., Greenstein D., Gogtay N. et al. Childhood-onset schizo­phrenia: smooth pursuit eye-tracking dysfunction in family members // Schizophrenia Research. — 2005. — № 73.
108. Taylor J. L., Blanton R. E., Levitt J. G. et at. Superior temporal gyrus differences in childhood-onset schizophrenia // Schizophrenia Research. —
109. - № 73.
110. Vourdas A., Pipe R., Corrigall R. et al. Increased developmental deviance and premorbid dysfunction in early onset schizophrenia // Schizo­phrenia Research. — 2003. — № 62.

Оглавление

[Предисловие 3](#bookmark0)

Гл а в а 1. Предмет и задачи патопсихологии детского

и юношеского возраста 6

1. Исторические аспекты становления патопсихологии детского и юношеского возраста. Современные тенденции развития науки 6
2. [Место детской патопсихологии в ряду психологических, медицинских, педагогических наук 8](#bookmark2)
3. [Предмет и содержание, основные понятия патопсихологии детского возраста 11](#bookmark3)
4. [Практические задачи детской патопсихологии 17](#bookmark4)
5. Теоретические проблемы патопсихологии детского

и юношеского возраста 19

[**Глава** 2. Методы психологии аномального развития 23](#bookmark7)

1. [Исторический обзор диагностических методов 23](#bookmark8)
2. [Современные методы исследования 26](#bookmark9)
3. [Принципы диагностической работы патопсихолога 26](#bookmark10)
4. [Патопсихологическая диагностика в клинике 27](#bookmark11)
5. Клинико-психологическая диагностика школьной дезадаптации и пограничных расстройств 33

[**Глава** 3. Психологическая характеристика возрастной специфики психических расстройств в детском возрасте 37](#bookmark13)

* 1. [Виды нарушенного психического развития 37](#bookmark14)
     1. Психиатрические классификации дизонтогенеза 37
     2. Классификация типов дизонтогенеза

по В. В.Лебединскому 40

* 1. [Возрастная специфика проявления расстройств психического здоровья 43](#bookmark15)
     1. [Уровни возрастного реагирования на воздействие «вредности» 44](#bookmark16)
     2. Возрастная специфика в патопсихологии 45
  2. Возрастно-специфические заболевания, связанные

с нарушением психического здоровья 50

* + 1. [Ранний детский аутизм и его разновидности 50](#bookmark18)
    2. Нервная анорексия и нарушения пищевого поведения 54
    3. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью

и его разновидности 60

* + 1. Суицидальное поведение 63
  1. Проблема дифференциальной диагностики в патопсихологии

детского и юношеского возраста 67

Глава 4. Психологическая квалификация особенностей психического развития в рамках пограничной психической патологии 70

1. [Проблема школьной дезадаптации и психология аномального развития 70](#bookmark22)
2. Ш кольная дезадаптация 71
3. [Дидактогении 72](#bookmark23)
4. Дети с педагогической и социальной запущенностью

и пониженной обучаемостью 74

1. Школьная дезадаптация детей и подростков

с психическими расстройствами 76

* 1. [Невротические реакции и неврозы как область научно- практической деятельности в психологии аномального развития 77](#bookmark25)
     1. Основные характеристики невротических расстройств

в детском возрасте 79

* + 1. Особые виды невротических расстройств детского

и подросткового возраста 83

Гл а в а 5. Краткая психологическая характеристика

аффективных нарушений 88

1. Психологическая характеристика аффективных нарушений

в детском возрасте 88

1. Характеристика аффективных нарушений в подростковом

и юношеском возрасте 93

1. [Клинические особенности юношеских депрессий 96](#bookmark31)
2. Типы юношеских депрессий 100
3. [Эндогенный депрессивный синдром в юношеском возрасте 105](#bookmark32)

Гл а в а 6. Психологическая характеристика отдельных форм и нарушений психического развития в рамках большой психиатрии 109

1. Клинико-психологический синдром при шизофрении

в детском возрасте 109

1. [Обзор современных исследований детской шизофрении 110](#bookmark35)
2. Психологические исследования шизофрении

в детском возрасте 113

1. Клинико-психологический синдром при шизофрении

в юношеском возрасте 127

1. Характеристика юношеской приступообразной шизофрении 127
2. Характеристика юношеской непрерывно текущей шизофрении 133
3. Патопсихологический шизофренический синдром

в юношеском возрасте 135

1. [Клинико-психологический синдром при эпилепсии 143](#bookmark41)
2. [Основные формы эпилепсии в детском и юношеском возрасте 143](#bookmark42)
3. [Патопсихологическая диагностика при эпилепсии 148](#bookmark43)

Гл а в а 7. Пути психологической помощи аномальным

детям и их семьям 150

1. [Роль семьи в возникновении отклонений в психическом развитии 150](#bookmark45)
2. [Виды психологической и психотерапевтической помощи при тяжелых психических расстройствах: эндогенных психозах и аффективной патологии 157](#bookmark46)
3. [Виды коррекционной работы в рамках пограничной патологии детского возраста 172](#bookmark47)

[Заключение 177](#bookmark48)

[Краткий словарь терминов 179](#bookmark49)

[Рекомендуемая литература 188](#bookmark50)

**Зверева Наталья Владимировна Казьмина Ольга Юрьевна Каримулина Елена Геннадьевна**

**Патопсихология детского и юношеского возраста**

**Учебное пособие**

**Редактор** Н. В. Менщикова **Технический редактор** Е. Ф. Коржуева **Компьютерная верстка:** В. А. Крыжко **Корректоры** Э. Г. Юрга, Н. В. Козлова

Изд. № 101113147. Подписано в печать 28.03.2008. Формат 60x90/16.

Гарнитура «Ньютон». Бумага офсетная № 1. Печать офсетная. Уел. печ. л. 13,0.

Тираж 2500 экз. Заказ № 27077.

Издательский центр «Академия», [www.academia-moscow.ru](http://www.academia-moscow.ru)

Санитарно-эпидемиологическое заключение № 77.99.02.953.Д.004796.07.04 от 20.07.2004. 117342, Москва, ул. Бутлерова, 17-Б, к. 360. Тел./факс: (495)330-1092, 334-8337.

Отпечатано в соответствии с качеством предоставленных издательством электронных носителей в ОАО «Саратовский полиграфкомбинат».

410004, г. Саратов, ул. Чернышевского, 59. [www.sarpk.ru](http://www.sarpk.ru)

1 В скобках указан ведущий тип деятельности каждого периода.

1 Более подробно детские страхи и их динамика отражены в гл,\_5.

1 Более подробно эта тема освещена в гл. 3.

1. Более подробно с рекомендуемой литературой можно ознакомиться в конце пособия. [↑](#footnote-ref-1)
2. Более подробно см. п. 4.2.2. [↑](#footnote-ref-2)
3. Имеются в виду материалы практической деятельности в качестве школьно­го психолога одного из авторов книги — Е.Г. Каримулиной. [↑](#footnote-ref-3)
4. Фамилии исследователей взяты из иностранных источников и на русский язык еще не траскрибированы. [↑](#footnote-ref-4)
5. Более подробная информация о проведенных отечественных исследованиях содержится в других главах пособия. [↑](#footnote-ref-5)
6. **Материал психологического обследования предоставлен Е. В. Каплиной.** [↑](#footnote-ref-6)