
В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

УДК 615.86

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ. ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ

Н. Г. Туровская, А. В. Тимофеев

*Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра общей и клинической психологии*

В статье освещаются вопросы психологического сопровождения детей с различными вариантами психического дизонтогенеза и нервно-психическими расстройствами, рассматриваются актуальность, возможности и основные мишени психологического воздействия при умственной отсталости, задержке психического развития, эпилепсии, раннем детском аутизме, шизофрении, пограничных нервно-психических расстройствах. Особое внимание уделяется проблеме буллинга (школьной «травли») детей с нервно-психическими заболеваниями.

Ключевые слова: психологическая диагностика, психологическая коррекция, умственная отсталость, задержка психического развития церебрально-органического генеза, эпилепсия, ранний детский аутизм, шизофрения, пограничные нервно-психические расстройства, синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ), буллинг.

MENTAL DISORDER IN CHILDREN. POSSIBILITIES OF COUNSELING

N. G. Turovskaia, A. V. Timofeyev

The paper discusses counseling of children with various types of dysontogenesis and neuropsychic disorders such as mental retardation, delayed mental development, epilepsy, early autism, schizophrenia, borderline disorders. Special reference is made to the problem of bullying children with psychoneural disorders.

Key words: psychological diagnostics, psychological correction, mental retardation, delayed mental development of cerebral-organic origin, epilepsy, early autism, schizophrenia, borderline disorders, hyperkinetic behavior syndrome, bullying.

По данным Д. Н. Исаева, изучение распространенности психических заболеваний обнаруживает все увеличивающееся число больных среди детей. По сравнению с 1960-ми годами в настоящее время, пишет автор, риск родить умственно отсталого ребенка увеличился в 1,5—2 раза. По данным Д. Н. Исаева, 16—29 % детей 6-летнего возраста не готовы к обучению в школе. У трети школьников наблюдаются невротические расстройства. Только 15—20 % детей заканчивают школу практически здоровыми, остальные страдают язвой желудка, гастритом, колитом, невротами, гипертонической болезнью и другими психосоматическими заболеваниями и нервно-психическими расстройствами [10].

Особо следует указать на отрицательное влияние нервно-психических расстройств на психическое развитие ребенка. Болезнь как один из повреждающих факторов может вызвать стойкую или временную, тотальную или парциальную задержку психического развития, искажение, дисгармонию психического онтогенеза или регресс ранее сформировавшихся функций.

Задача работающих с детьми специалистов (педиатров, детских неврологов, психиатров, педагогов, дефектологов, психологов и логопедов) — своевременно выявлять и предупреждать возникновение нервно-психических расстройств и связанных с ними нарушений психического развития в детском возрасте. От того, насколько качественно будет осуществляться взаимодействие указанных специалистов в данном направлении, зависит качество жизни и уровень социальной адаптации современных детей и подростков.

Система взаимодействия медицинских и педагогических работников в деле оказания психолого-медико-педагогической помощи детям подразумевает вклад каждого специалиста в соответствии с его компетенцией и должностными обязанностями. Основными направлениями психологического сопровождения детей с нарушениями в развитии и нервно-психическими расстройствами являются психологическая диагностика, психологическое консультирование, психологическая коррекция и психологическая профилактика.

Задачами психологической диагностики аномального развития являются (в зависимости от глубины психологического вмешательства):

1. Своевременное выявление детей с различными отклонениями и нарушениями психического развития в популяции, в том числе и в условиях массовых образовательных учреждений.

2. Разграничение степени и характера нарушений умственного, речевого и эмоционального развития ребенка.

3. Выявление первичного и вторичного нарушений и системный анализ структуры нарушения.

4. Выявление индивидуальных психолого-педагогических особенностей ребенка с целью разработки индивидуальных коррекционных программ развития и обучения [18].

Психологическая коррекция представляет собой направленное психологическое воздействие на те или иные психологические структуры с целью обеспечения полноценного развития и функционирования личности [6].

Психологическое консультирование направлено на оказание помощи клиенту в нахождении способа решения какой-либо психологической проблемы, а психологическая профилактика связана с предупреждением возникновения этих проблем.

Коррекцией аномального развития, в первую очередь, занимаются медицинские психологи, пато- и нейропсихологи. Каждая форма аномального развития имеет, как утверждает И. И. Мамайчук, свою специфику целей, задач и методов коррекции.

Более того, возможности психологической коррекции во многом определены генезом нервно-психического расстройства. Г. Л. Исурина отмечала, что чем большее значение имеют психологические и социально-психологические факторы в развитии того или иного вида нарушений, тем больший удельный вес приобретают методы психологической коррекции [14].

В связи с вышесказанным становится понятно, что возможности психологической коррекции при эндогенно- и экзогенно-обусловленных нервно-психических расстройствах в детском возрасте резко ограничены. Однако даже при тяжелых психических заболеваниях (шизофрении) или аномалиях развития (умственная отсталость) психологическая коррекция не только возможна, но и необходима, так как способствует профилактике и преодолению вторичных и третичных симптомов нарушения психической деятельности, возникающих в результате вызванного болезненным фактором нарушения социальной ситуации развития ребенка.

При умственной отсталости психологическая коррекция преимущественно должна быть направлена на увеличение у ребенка возможностей социальной адаптации, через развитие у него навыков самообслуживания и элементарных трудовых навыков, расширение границ ориентировки в быту и социуме, целенаправленное развитие коммуникативной функции речи и коммуникативных навыков в целом, умения управлять своим по-

ведением в соответствии с принятыми в обществе социальными нормами и конструктивно, с учетом интересов других людей действовать с целью удовлетворения собственных как биологических, так и социальных потребностей. Возможности развития когнитивной сферы, особенно интеллекта, у умственно отсталых детей крайне скудны. Поэтому первоочередной задачей деятельности психолога в процессе психологического сопровождения ребенка с умственной отсталостью должно стать психологическое просвещение родителей, оказание им помощи в осознании границ возможностей развития ребенка, принятии этих границ и обучение их грамотному взаимодействию с ребенком с учетом его особенностей.

При задержках психического развития, особенно церебрально-органического генеза, наоборот, основной задачей психологической коррекции должно стать развитие интеллекта, так как он страдает вторично и его недоразвитие определяется, в первую очередь, недостаточностью предпосылок (непосредственной памяти, активного внимания, работоспособности и т. п.). Интенсивное развитие мышления приводит к повышению ресурсов опосредованной памяти, что является чрезвычайно важным при дефиците непосредственной, позволяет ребенку с повышенной истощаемостью психической деятельности решать мыслительные задачи с меньшими энергетическими затратами.

На современном этапе особую значимость приобретают методы психологической коррекции, построенные на нейропсихологическом подходе. Задержка психического развития церебрально-органического генеза, как правило, сопровождается парциальным нарушением высших психических функций (Лебединский В. В.). Умение выявить нарушенное звено в реализации высшей психической функции и знание механизмов формирования этого звена позволяет нейропсихологу строить процесс коррекции более точно и целенаправленно, а реализация системного подхода способствует формированию у ребенка не отдельных, изолированных друг от друга процессов, а системы взаимодействующих и опирающихся друг на друга в процессе этого взаимодействия функций. В настоящий момент разработаны методы нейропсихологической коррекции функциональной недостаточности различных отделов головного мозга и развития различных видов гнозиса, праксиса, речевых функций (Семенович А. В., 2002; Ахутина Т. В., Пылаева Н. М., 2008 и др.).

Особую актуальность использование нейропсихологического подхода приобретает в работе с детьми с поврежденным психическим развитием, например, возникшем вследствие эпилепсии.

На нарушения когнитивного развития у детей с судорожными пароксизмальными состояниями указывали и указывают многие отечественные и зарубежные ученые [1, 3, 8, 10, 11, 12].

По данным различных авторов, более чем у 60 % пациентов с эпилепсией наблюдаются расстройства интеллектуально-мнестических процессов [7, 8].

Большинство ученых, занимавшихся проблемами эпилептологии в том или ином ее аспекте, отмечало наличие у больных эпилепсией таких характерных изменений познавательной сферы, как трудности переключения внимания, снижение объема внимания и непосредственного запоминания, снижение уровня обобщения, нарушение подвижности мыслительных процессов, достигающее степени вязкости, инертность психической сферы в целом, появление в речи слов с уменьшительно-ласкательными суффиксами, обеднение словарного запаса, резонерство, явления постприступной и прогрессирующей по мере течения заболевания амнестической афазии, лежащие в основе олигофазии [1, 4, 9, 10, 11, 12].

Стадия эпилептического слабоумия характеризуется явлениями тяжелой эпилептической деградации: чрезвычайными тугоподвижностью мышления и конкретизацией суждений, неспособностью к обобщениям, нарушением процесса суждений, затрудняющим разграничение существенного и незначительного, резким ослаблением памяти. Речь больных становится монотонной, однообразной, персевераторной, с обилием уменьшительных слов, стереотипных фраз и оборотов. Больные становятся крайне грубыми, жестокими, мелочно-злыми, мстительными. Резкий контраст этим чертам представляет внешнее лицемерие, заискивание, слащавость. Крайняя вспыльчивость может доходить до приступов неистовства.

Данные исследований Д. Н. Исаева показывают, что легкое снижение интеллекта наблюдается у 20—25 %, выраженное слабоумие — у 9—10 %, грубые нарушения интеллекта — у 1 % больных эпилепсией детей [10].

При нетипичных изменениях психики может быть органическая грубая деменция, проявляющаяся утратой знаний, навыков, а иногда речи и способности себя обслужить, что нередко приводит к беспомощности и необходимости постоянного ухода [10].

Тотальность либо парциальность психического дефекта у детей при эпилепсии определяет стратегию последующей коррекционной работы с ним. Учет индивидуальной структуры дефекта, опора на сформированные и сохраняемые функции конкретного ребенка позволяет строить процесс его обучения более эффективно.

Особой спецификой отличается процесс психологической коррекционной помощи детям с искаженным психическим развитием. По мнению ряда авторов [14], при синдроме раннего детского аутизма и шизофрении психологическая коррекция должна быть направлена на эмоциональную стимуляцию ребенка, на развитие его коммуникативных функций, формирование социальной активности.

В. В. Лебединским с соавт. был предложен уровеньный подход к оценке эмоциональной регуляции поведения аутичного ребенка. Базовая аффективная регуляция человека представлена авторами в виде структуры, состоящей из четырех основных уровней: поле-

вой реактивности, аффективных стереотипов, аффективной экспансии, аффективного (эмоционального) контроля. Опора на данный подход, а также учет специфики аффективной и степени выраженности когнитивной патологии позволяет преодолевать или смягчать у аутичного ребенка негативизм при общении и трудности установления контакта, сенсорный и эмоциональный дискомфорт, трудности организации целенаправленного поведения, отрицательные формы поведения (по типу агрессии и аутоагрессии и т.п.), повышать психическую активность ребенка в процессе общения со взрослыми и детьми [14].

Постепенно в нашей стране набирает популярность использование разработанной Мартой Вельч (США, 1978 г.) холдинг-терапии. В основу холдинг-терапии положена концепция, которая рассматривает ранние детские эмоциональные расстройства как результат нарушения эмоциональной связи между матерью и ребенком. Холдинг-терапия при аутизме имеет характер принудительного контакта, так как эти дети отвергают физическое и эмоциональное взаимодействие с матерью.

У нас имеется положительный опыт использования в работе с ребенком, больным шизофренией, психологической коррекции, основанной на нейропсихологическом подходе. В результате длительной по продолжительности серии коррекционных занятий у указанного больного была элиминирована задержка когнитивного развития, была повышена эффективность регуляторного компонента психической деятельности при сохранении трудностей коммуникации и специфических особенностей эмоциональной сферы.

В настоящее время все более актуальной становится проблема гиперактивных, в связи с ежегодным увеличением их числа в детской популяции. Несмотря на то, что высокая двигательная активность, неустойчивость внимания и импульсивность являются характеристикой нормального развития ребенка-дошкольника, существует группа детей, у которых эта потребность достигает патологического уровня. На современном этапе данная проблема приобретает не только психологическую, но и социальную значимость, так как психомоторное беспокойство, расторможенность, повышенная раздражительность мешают детям с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) адаптироваться к жизни в обществе, усваивать школьную программу. При неблагоприятных обстоятельствах в подростковом возрасте поведение гиперактивных детей может стать девиантным [17].

Согласно Международной классификации болезней (МКБ-10) понятие «гиперкинетические нарушения» трактуется как отклонения в поведении, характеризующиеся следующими типичными признаками: ранним проявлением (отклонения обычно наблюдаются уже в первые пять лет жизни); сочетанием чрезмерной активности в поведении, трудной управляемости и явно выраженной невнимательности; недостатком терпения

при выполнении заданий, требующих умственных усилий; тенденцией к неожиданной и быстрой смене деятельности без доведения начатого до конца; хаотичной, недостаточно контролируемой и чрезмерной двигательной активностью, которая может выражаться в области как грубой моторики (бесцельное перебежание с места на место, вставание и пересаживание), так и тонкой (нарушение координации движений: трудности при овладении письмом, рисованием, вообще — с ведением тетрадей).

Система интервенции, направленной на коррекцию данного заболевания включает следующие этапы:

1. Физическая реабилитация.
2. Обучение навыкам саморегуляции.
3. Развитие коммуникативных навыков.
4. Коррекция негативных эмоций.
5. Развитие дефицитных функций в системе синдрома.

Остается сказать о роли психологической коррекции в преодолении дисгармоничного психического развития у детей с пограничными нервно-психическими расстройствами. Традиционно к этой группе нервно-психической патологии относят невротические и соматоформные реакции, психосоматические заболевания, расстройства личности.

Спектр применяемых с данной группой больных психокоррекционных методик чрезвычайно широк. Особой популярностью среди психологов пользуются арт-терапевтические, сказкотерапевтические методы, различные варианты так называемой поведенческой (в том числе жетонной) психотерапии, техники консультирования с опорой на экзистенциально-гуманистический подход К. Роджерса и др.

Одним из факторов, который стоит учитывать при планировании интервенции при практически любом из перечисленных выше заболеваний — фактор возможной социальной дезадаптации вследствие наличия нарушений в психике. В случае, когда речь идет о ребенке, данный фактор приобретает особое значение, поскольку конфликт с социальным окружением не только приводит к усилению симптоматики и появлению не характерных для основного заболевания эффектов, но и приводит к значительным поведенческим и психоэмоциональным нарушениям в более позднем возрасте.

Следовательно, в процессе лечения описанных заболеваний, помимо интервенции, направленной на коррекцию основных симптомов, необходимо формировать поведенческие стратегии, позволяющие ребенку адаптироваться в социуме.

Проблема так называемого буллинга (школьной «травли») для детей, имеющих психические отклонения или отклонения в развитии, является особенно актуальной.

Как указывает в своих работах Д. Ольвеус [16], основным фактором, способствующим появлению буллинга, является не только то, что дети с психическими отклонениями отличаются от сверстников, и как следствие,

попадают в поле зрения агрессоров, а то, что ввиду каких-либо причин данные дети не в состоянии реализовать поведенческие стратегии, позволяющие им эффективно взаимодействовать с социальным окружением.

Нарушения эмоционального и социального интеллекта, не адекватно сформированные поведенческие реакции на предъявляемые партнерами по общению стимулы, ослабление прогностических способностей и непонимание социального контекста тех или иных действий одноклассников приводят к тому, что ребенок подвергается как минимум социальной изоляции среди сверстников, а зачастую и непосредственной травле. В свою очередь данная ситуация провоцирует появление новообразований в психике, усугубляющих течение самого заболевания.

В данном контексте проблема приобретает не столько педагогический, сколько медицинский характер. При решении проблемы буллинга требуется активное вовлечение в процесс коррекции основного заболевания информации о социализации ребенка, которую необходимо получить от педагога и социального работника, следует объединить усилия всех специалистов помогающих профессий, работающих с данным контингентом детей [15]. Целесообразно формирование специфических поведенческих стратегий, позволяющих ребенку преодолеть эффекты социальной изоляции, при этом работа должна быть построена, в первую очередь, с учетом имеющих место особенностей нарушений психики.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, на основании вышесказанного можно сделать вывод, что конечным результатом психологической интервенции может служить не только устранение основного заболевания (что в случае с тяжелой патологией может оказаться затруднительным), но и профилактика вторичных и третичных симптомов. Результативность работы зависит не только от квалификации специалиста и правильности подбора методов вмешательства, но и от качества взаимодействия различных специалистов, участвующих в процессе оказания помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бадалян Л. О. Невропатология: Учебник для студ. дефектол. фак. высш. пед. учеб. заведений. — 2-е изд., испр. — М.: Издательский центр «Академия», 2001. — 384 с.
2. Балканская С. В., Студеникин В. М., Кузенкова Л. М. и др. // Вопросы современной педиатрии. — 2007. — Т. 6, № 2. — С. 44—48.
3. Белоусова Е. Д., Ермаков А. Ю. // Лечащий врач. — 2004. — № 1. — С. 4—8.
4. Блейхер В. М., Крук И. В., Боков С. Н. Клиническая патопсихология: Руководство для врачей и клинических психологов. — М.: Издательство Московского психолого-социального института; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2002. — 512 с.
5. Бухановский А. О. и др. Общая психопатология: Пособие для врачей / А. О. Бухановский, Ю. А. Кутявин,

М. Е. Литвак. — 2-е изд., перераб. и доп. — Ростов н/Д: Изд-во ЛРНЦ «Феникс», 2000. — 416 с.: ил.

6. *Вачков И. В.* Основы технологии группового тренинга. Психотехники: Учебное пособие. — М.: Издательство «Ось-89», 2003. — 224 с.

7. *Воронкова К. В.* Фокальные формы эпилепсии у детей: интеллектуальное развитие и варианты нарушений высших психических функций: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М, 2002.

8. *Гузева В. И., Белаш В. О., Гузева В. В. и др.* // Журнал неврологии и психиатрии. — 2008. — № 9. — С. 24—28.

9. *Зейгарник Б. В.* Патопсихология. Основы клинической диагностики и практики. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Эксмо, 2009. — 368 с.

10. *Исаев Д. Н.* Психопатология детского возраста: учебник для вузов. — 3-е изд. — СПб.: СпецЛит, 2007. — 463 с.

11. *Карлов В. А.* Эпилепсия. — М.: Медицина, 1990. — 336 с.

12. *Ковалев В. В.* Психиатрия детского возраста. — М.: Медицина, 1995. — 608 с.

13. *Лебединский В. В.* Нарушения психического развития в детском возрасте: Учеб. пособие для студ. психол. фак. высш. учеб. заведений. — М.: Издательский центр «Академия», 2003. — 144 с.

14. *Мамайчук И. И.* Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. — СПб.: Речь, 2004. — 400 с.

15. *Милакова В. В.* // Бюллетень Волгоградского научного центра РАМН и Администрации Волгоградской области. — 2007. — № 4. С. 5—6.

16. *Ольвеус Д.* // Перспективы. — 1997. — Т. 26, № 2. — С. 117—146.

17. *Пашкова Я. В., Слюсарева Е. С.* / Синдром дефицита внимания с гиперактивностью // Мат. IV Межд. научн. конф. студентов, аспирантов и молодых ученых «Научный потенциал студенчества в XXI веке». Т. 2. Общественные науки. — Ставрополь: СевКавГТУ, 2010. — 405 с.

18. Психолого-педагогическая диагностика: Учебное пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / И. Ю. Левченко, С. Д. Забрамная, Т. А. Добровольская и др.; Под ред. И. Ю. Левченко, С. Д. Забрамной. — М.: Издательский центр «Академия», 2003. — 320 с.

Контактная информация

Туровская Наталья Григорьевна — преподаватель кафедры общей и клинической психологии, ВолгГМУ, e-mail: turovskayanata@mail.ru