ОГЛАВЛЕНИЕ

ОБ АВТОРЕ И РЕДАКТОРЕ 5

ПРЕДИСЛОВИЕ 6

ВВЕДЕНИЕ 10

I. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ ПАТОПСИХОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА 13

II. ЗАДАЧИ ДЕТСКОЙ ПАТОПСИХОЛОГИИ 23

III. НАРУШЕНИЯ ВЫСШЕЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ДЕТЕЙ С АНОМАЛИЕЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ 27

IV. НАРУШЕНИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ 31

4.1. Экспериментально-психологические методы изучения психических нарушений у детей 31

4.2. Нарушение ощущений и восприятий 33

4.3. Воображение, фантазии, и их патологические варианты 43

4.4 Нарушение памяти 46

4.5. Нарушение внимания 50

4.6. Нарушения речи 54

4.7. Нарушения мышления 73

V. УРОВЕНЬ УМСТВЕННОГО РАЗВИТИЯ (ИНТЕЛЛЕКТ) И ЕГО ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КВАЛИФИКАЦИЯ 91

VI. НАРУШЕНИЯ УМСТВЕННОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ 124

VII. НАРУШЕНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ У ДЕТЕЙ 138

VIII. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРАКТИКУЮЩИМ ПСИХОЛОГАМ ПО РАБОТЕ С АНОМАЛЬНЫМИ ДЕТЬМИ 146

ИЗ НЕОПУБЛИКОВАННОГО 152

ЗАКЛЮЧЕНИЕ..... 168

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ 170

ПРИЛОЖЕНИЕ (фотографии разных лет) 174

ОБ АВТОРЕ И РЕДАКТОРЕ

Иванова Анна Яковлевна (1938–2000 гг.), кандидат психологических наук, автор методики «Обучающий эксперимент».

С 1962 года и до своей кончины проработала клиническим психологом в детской психиатрической больнице № 6 (в настоящее время Научно-Практический Центр психического здоровья детей и подростков им Г. Е. Сухаревой). В 1963 году вместе с психологом Мандрусовой Э. С. создала первую в практическом психиатрическом детском учреждении и единственную в стране лабораторию детской патопсихологии.

Мандрусова Элеонора Соломоновна (1938 г. р.) клинический психолог-практик. Свыше 50 лет проработала в детской психиатрической больнице № 6 г. Москвы (в настоящее время Научно-Практический Центр психического здоровья детей и подростков им. Г. Е. Сухаревой). Одна из организаторов (совместно с А. Я. Ивановой) первой и единственной в стране детской патопсихологической лаборатории. Имеет множество публикаций по различным вопросам детской патопсихологии и психиатрии. Свой многолетний опыт передает молодым специалистам, работающим в сфере детской психологии и психиатрии.

ПРЕДИСЛОВИЕ

В этом году исполнилось 20 лет со дня ухода из жизни замечательного отечественного клинического психолога, кандидата психологических наук, автора метода «Обучающий эксперимент», одного из создателей единственной в стране детской патопсихологической лаборатории, Анны Яковлевны Ивановой (1938–2000 гг.).

А. Я. Иванова являлась представителем научной школы Б. В. Зейгарник и С. Я. Рубинштейн и достойным продолжателем их дела.

В 1955 г. она поступила на дефектологический факультет МГПИ им. В. И. Ленина и по его окончании работала некоторое время в Институте дефектологии.

В 1962 году она пришла на должность психолога в только что образовавшийся Городской психоневрологический диспансер для детей и подростков со стационаром. А в 1963 году произошло объединение диспансера с детским отделением больницы им. П. П. Кащенко и в дальнейшем учреждение стало называться Детская психиатрическая больница № 6, где она и проработала до конца своей жизни. В настоящее время — это Научно-Практический Центр психического здоровья детей и подростков им. Г. Е. Сухаревой.

Благодаря её энтузиазму и настойчивости в больнице удалось основать и сохранять вплоть до 1980 года лабораторию детской патопсихологии. И не только создать, но и поднять на достаточно высокий научный уровень. В лабораторию со всей страны и даже из зарубежных стран (чаще входящих в так называемый «социалистический лагерь»), приезжали временно прикомандированные специалисты, изучающие организацию психологической работы с аномальными детьми.

Начиная с 1965 года А. Я. Иванова под руководством Б. В. Зейгарник начала разработку метода «обучающего эксперимента» на основе идей Л. С. Выготского о «зоне ближайшего развития». В 1969 году она защитила на эту тему кандидатскую диссертацию, но и в последующие годы продолжала развивать

этот метод, изучать его в разных аспектах. В её работах отражаются поиски экспериментальных приёмов, расширение понятия обучаемости и, наконец, понимание того, что «обучающий эксперимент» — это не только конкретный метод, а **принцип** оценки умственного развития детей, который как экспериментальный подход может быть применен в работе с любой экспериментальной методикой. Но круг научных интересов Анны Яковлевны не ограничивался «обучающим экспериментом». Он достаточно обширен, множество работ посвящено различным вопросам детской психиатрии. Часть этих работ собрана из различных изданий, ставших библиографической редкостью, и опубликована в «Сборнике трудов по патопсихологии детского возраста», (Иванова А. Я., Мандрусова Э. С., М.-Берлин: Директ-Медиа, 2015).

Помимо практической и научной деятельности А. Я. Иванова была прирожденным педагогом. Очень любила учить, заниматься преподавательской деятельностью. В любое время без подготовки она могла прочесть лекцию на заданную тему. Читала лекции и проводила практические занятия с курсантами Центрального Института усовершенствования врачей (ныне РМАНПО), преподавала в педагогических институтах.

Анна Яковлевна придавала большое значение воспитанию детей, организации их деятельности, была первым изобретателем принципа «внешней организации деятельности» — использования мелких приемов, помогающих ребенку запоминать, планировать и последовательно выполнять школьные домашние задания. В своей профессиональной деятельности она уделяла большое внимание работе с родителями пациентов, проводила семейные консультации. Популяризировала свои взгляды в газетах и журналах. В архиве сохранились, к сожалению, только 2 газетные статьи. Одна — в газете «Труд» на тему «Когда в семье двое маленьких детей» о предотвращении детской ревности и другая «Воспитание детей в семье» в районной газете «Московский Запад».

Незадолго до своей кончины, будучи уже тяжелобольной, Анна Яковлевна, видимо, задумала написание книги, возможно учебного пособия. В найденных нами заметках она пишет, что

работы Б. В. Зейгарник «Патопсихология», «Введение в патопсихологию» (1958) и С. Я. Рубинштейн «Экспериментальные методики патопсихологии» (1970) трудно найти и использовать в повседневной работе. Поэтому она решила написать свою книгу. В тот период, примерно 1998–99 годы, действительно эти книги были редкостью, их переиздание произошло уже после кончины Анны Яковлевны.

Свою книгу она завершить не успела. В ее архиве остались черновики — разрозненные наброски, возможно, подготовленные для будущей книги тексты с описанием нарушений познавательной деятельности и примерами из практики; конспекты её лекций с постановками вопросов для студентов, но с еще не сформулированными ответами, которые она, видимо, предполагала использовать в книге; отдельные статьи, которые неизвестно где и когда были опубликованы. В некоторых текстах не хватает страниц.

Прошло более 20 лет и взгляды А. Я. Ивановой теперь имеют в основном историческую ценность. Нет такой должности «патопсихолог», сейчас её название «медицинский» или «клинический психолог». Изменилась структура образовательных учреждений для аномальных детей, поэтому не все ее рекомендации в настоящее время применимы. Но методический подход к работе с аномальным ребенком, показанный на конкретных примерах, её высказывания и пожелания по реабилитационной деятельности остаются актуальными и полезными. Например, о том, что в коррекционной работе с аномальными детьми психолог должен быть связующим звеном и между специалистами медицинского и педагогического профиля, и с родителями. Только содружество, а не противостояние специалистов может дать необходимый эффект. Также актуальна и задача необходимости дифференциальной диагностики между нормой и патологией, отличия патологических проявлений от отрицательных форм поведения ребенка и т. д.

Я решила, что будет целесообразным опубликовать сохранившиеся материалы в виде монографии, содержащей её взгляды на задачи патопсихологии детского возраста, интересные случаи из практики. Ценность данной работы в том, что,

следуя позиции Б. В. Зейгарник, Анна Яковлевна не просто пересказывает ее теорию, а показывает, как патологические изменения психики, описанные у взрослых пациентов, проявляются в детском возрасте (причем на разных этапах возрастного развития). С учетом своего большого практического опыта она дает рекомендации, какими экспериментальными приемами можно выявить отдельные виды патологии психики у детей, а в некоторых случаях дает и советы по коррекционной работе.

Я оставила ее тексты практически без изменения, за исключением опечаток и некоторых неудобочитаемых фраз. Поскольку найденные материалы по каждому нарушению психических функций состояли из отдельных глав и не имели определенной последовательности, я расположила их по своему усмотрению.

Думаю, что не только начинающие, но и практикующие психологи получат уникальную возможность обогатиться обширным опытом замечательного специалиста. Как известно, все новое — это хорошо забытое старое.

Выражаю благодарность рецензентам доктору педагогических наук, профессору Онищенко Э. В. и доктору медицинских наук, профессору Шевченко Ю. С. за ценные замечания и рекомендации, учтенные при создании данной работы, а также психологу Трайниной Е. А. за сохранение и предоставление архива Анны Яковлевны Ивановой, психологам Тетериной М. Н. и Дьяченко А. С., логопеду Савиной Е. А. и, особенно, моему сыну, профессору Шапиро С. А. за большую помощь при подготовке данной работы.

Э. С. Мандрусова.

г. Москва, март 2020 г.

ВВЕДЕНИЕ

Патология психики детского возраста — проблема, которая затрагивает небольшой процент детского населения и является предметом изучения для узкого круга специалистов: детских психиатров, патопсихологов, педагогов-дефектологов и логопедов. Значительное беспокойство возникает и у родителей, чьи дети имеют отклонения в психическом развитии.

Однако общий интерес к этой теме за последние годы значительно расширился. Это вызвано целым рядом обстоятельств. Во-первых, стремительно увеличивается количество специалистов-психологов детского возраста. Причем, как только молодой специалист приходит на работу в общеобразовательную школу, в обычный детский сад, оказывается, что первыми его пациентами являются дети с отклоняющимся поведением, развитием. Во-вторых, усложняется и углубляется отношение специалистов к детям с истинными психическими заболеваниями. По отношению к ним общество уже выработало гуманный подход: их могут обучать по специальным программам, лечат, дают ряд социальных льгот. Но в последнее время наблюдается возрастающее стремление их родителей дать этим детям такие формы трудового и нравственного обучения и воспитания, чтобы они могли зарабатывать себе на жизнь и жить самостоятельно, быть полезными членами общества, не зависеть от внешней опеки, не быть в тягость окружающим. Все это требует более глубоких форм работы и от патопсихолога. Еще одна причина — определенная разрозненность лечебных и педагогических подходов к состоянию больного ребенка. Это приводит к необходимости для психолога быть как бы связующим звеном и организатором единой цепи: родители-врач-педагог. Четвертая причина расширения интереса к детской патопсихологии — рост количества детей с пограничными формами психической патологии. Это связано с рядом социальных причин: алкоголизацией населения, нарушением экологического равновесия, несбалансированным питанием, слабым уровнем развития акушерской и педиатриче-

ской помощи в отдельных регионах. В то же время, более внимательное отношение к патологии, как медицинской проблеме, чаще и раньше стало приводить родителей в психиатрические учреждения, и, следовательно, увеличивает число обращений к патопсихологу.

На наш взгляд, главное содержание работы детского патопсихолога — правильная квалификация всей психической деятельности аномального ребенка. Эта оценка, выраженная в форме психологического заключения, должна быть всеобъемлющей, т. е. включать в себя не только описание негативных, патологических характеристик, но и положительные свойства психики аномального ребенка. Она должна быть структурированной в том смысле, как писал Л. С. Выготский, — определять первичные, ядерные симптомы нарушения и вторичные наслоения, следствия[1]. Такая качественная квалификация состояния ребенка может быть основой для уточнения лечебных мероприятий врача, для дефектологического обучения и логопедической работы, и соответственно для складывающегося направления психологической коррекции. На основе глубокого изучения психологии конкретного ребенка можно сформулировать рекомендации для его родителей: направление воспитания в семье, возможности в обучении, выбор адекватных путей трудового обучения.

Безусловно, что каждый врач-психиатр, дефектолог, логопед в процессе длительного наблюдения, также может оценить патологию психики ребенка по штрихам и особенностям его поступков и поведения в целом, по усвоению материала в учебном процессе. Но патопсихологическое исследование, благодаря разработанной системе экспериментальных методик, более сжато по времени и поэтому может предшествовать началу лечебного и педагогического процесса, до определенной степени облегчая его. Так это делается в ряде зарубежных стран, обладающих большей массовостью психологической профессии.

---

[1] Выготский Л. С. Собрание сочинений в шести томах. Москва: Педагогика, 1982.

Исторически, в послевоенные годы патопсихологические исследования возрождались в медицине, способствуя уточнению диагностики психических заболеваний, углубленному изучению нарушений психической деятельности у бойцов, перенесших черепно-мозговые ранения. Благодаря поддержке ведущих психиатров (Г. Е. Сухарева[1], В. А. Гиляровский[2]) сохранились и выросли кадры патопсихологов в детских психиатрических клиниках. Поэтому и задачи, которые решали психологи в этих учреждениях, были в основном направлены на помощь психиатрам в решении клинико-диагностических проблем. И лишь с начала 1970-х годов патопсихологи стали принимать участие и в медико-педагогических консультациях, в отборе детей в школы различного профиля. И уже в наши дни патопсихологический подход при анализе структуры патологических изменений находит применение в работе школьных психологов в массовых учреждениях.

Исходными для написания этой работы послужили книги Б. В. Зейгарник «Патопсихология» (1976), «Введение в патопсихологию» (1969) и С. Я. Рубинштейн «Психология умственно отсталого школьника» (1970), и ее же до сих пор никем не превзойденный труд «Экспериментальные методики патопсихологии» (1970). Работы эти уже стали частью нашей истории психологии, их трудно найти и использовать в повседневной работе. Не знаю, насколько моя работа сможет заменить их, или превзойти, судить не мне. Но по выражению Исаака Ньютона: «Если я видел дальше, то потому, что стою на плечах гигантов».

Э. С. Мандрусова.

---

[1] Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. 3 тома. М.: Медгиз, 1955–1965.

[2] Гиляровский В. А. Психиатрия. М.: Медгиз, 1942.

I. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ ПАТОПСИХОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Патопсихология детского возраста — это одна из ветвей общей психологии. Она занимается изучением тех патологических изменений психики, которые возникают у ребенка под влиянием нарушений, вызываемых психическими заболеваниями или различными другими органическими поражениями головного мозга и центральной нервной системы.

Подступаться к изучению аномального ребенка может только тот специалист, который хорошо знает общую психологию. Прежде чем выявлять и констатировать нарушение тех или иных психических процессов, требуется знать определение и способы проявлений этих же психических процессов и явлений в норме: память, мышление, речь, понятие о человеческих поступках и деятельности, определение характера и личности. Кажется странным об этом упоминать. Однако сейчас в пору быстрого расширения психологии часто наблюдается её слабое развитие вглубь.

Вторая важнейшая дисциплина, на которой базируется патопсихология детского возраста, — это нормальная возрастная психология. Именно соотнесение состояния данного ребенка не только к нормальной психике вообще, но и к нормальному состоянию психики его же возрастного уровня составляет главную сложность при оценке тех или иных особенностей как патологических, а не индивидуально возрастных, или, как соответствующих более младшему возрасту, или как случайных, ситуативных. Поэтому знание основных характеристик возрастной психологии также необходимо для изучающего патопсихологию детского возраста.

Базой детской патопсихологии являются те особенности, проявления патологии психики, которые возникают у взрослых душевно больных и описаны в работах Б. В. Зейгарник[1],

[1] Зейгарник Б. В. Патология мышления. Изд. МГУ, 1962.

Ю. Ф. Полякова[1], В. В. Николаевой[2], Б. С. Братуся и др. Их градация, дифференциация принимаются и в патопсихологии детского возраста. Однако есть и существенное различие. Если у взрослых людей патология возникает сравнительно поздно, т. е. на фоне уже зрелой, сформировавшейся в нормальном русле психики, то у детей аналогичные нарушения возникают в самом раннем возрасте и приводят к изменениям в самом формировании психики. Кроме того, нарушения мышления, искажение восприятия, возникшие в раннем возрасте, не имеют такой яркой выраженности, как у взрослых. Они скорее выглядят как признаки отставания в развитии (недостаточность осмышления, недоразвитие игры и т. п.)

Эти три дисциплины: общая психология, детская возрастная психология, патопсихология входят в саму структуру детской патопсихологии, являются образующими для нее. Но есть ряд смежных, очень близких дисциплин: дефектология, логопедия, детская психиатрия.

Безусловно, каждый патопсихолог должен знать основы дефектологии и логопедии и учитывать их в своих исследованиях. Но центральное место в изучении смежных дисциплин должно принадлежать детской психиатрии. Существует определенное сближение понятий «патопсихология» и «психопатология» При этом патопсихология — это ветвь психологии, а психопатология — раздел психиатрии, изучающий те патологические особенности, которые возникают у лиц, страдающих душевными расстройствами.

Наиболее сложный и тонкий вопрос об отграничении «патопсихологии» от «психопатологии». Тут ряд проблем однозначно совпадает. Но отличие в том, что психопатология включает в себя изучение таких болезненных факторов, аналогий которым в норме практически нет: галлюцинации и бред, структура судорожных состояний, патология влечений и ряд

---

[1] Поляков Ю. Ф. Особенности нерезко выраженных нарушений мышления при шизофрении. Канд. дисс. М., 1961.

[2] Николаева В. В. Внутренняя картина болезни при некоторых психических заболеваниях. Автореферат канд. дисс. М., 1970.

других, а патопсихология изучает проблемы формирования, длительного прослеживания, становления определенных патологических симптомокомплексов. К настоящему времени происходит истинное сближение этих понятий. Такие разделы, как нарушения психических процессов, нарушения сознания, нарушения характера, личности традиционно были близки. Чаще удавалось найти более полное определение этим нарушениям в учебниках психиатрии. Последние работы по изучению галлюцинаций С. Я. Рубинштейн, исследование патологии личности при алкоголизме Б. С. Братусем[1] и ряд других работ буквально сблизили предметы этих двух дисциплин.

Нужно отметить, что развитие патопсихологии как дисциплины значительно обогащает общую психологию. Именно в патопсихологии смогли сохраниться экспериментальные методики, разработанные для различного круга проблем общей, детской, психологии труда и др., которые в годы застоя психологической науки с 1936 по 1960 годы были не то чтобы незаслуженно забыты, но просто не находили своего адресата для применения в связи с полным отсутствием психологической практики. И только в психиатрических клиниках (и в космической медицине), где существовала острая потребность в реальных психологических исследованиях, многие методики сохранились и сейчас широко используются в практике других психологических направлений. Патопсихология оказала значительное влияние на теорию общей психологии. Сама постановка проблемы о патологии деятельности вызывала необходимость более тщательного изучения психической деятельности в норме (А. Н. Леонтьев и др.) Важное влияние оказала патопсихология и на работы П. Я. Гальперина[2]. Изучение нарушений внимания у детей-школьников вызвало осуществление работ по формированию внимания у детей в норме.

---

[1] Братусь Б. С. Психологический анализ изменения личности при алкоголизме. Москва, 1974.

[2] Гальперин П. Я. Развитие исследований по формированию умственных действий. Сб. «Психологическая наука в СССР». Т. 1. Москва: Изд. АПН РСФСР, 1959.

Несколько слов о медицине

Как уже сказано в определении предмета, патология психических явлений возникает у детей как результат тех или иных повреждений головного мозга (центральной нервной системы). Эти поражения могут быть различны и являются предметом изучения медицины, детской психиатрии. Безусловно, каждый патопсихолог также должен хотя бы приблизительно знать эти нарушения. В курсах педагогов-дефектологов у нас в стране включены предметы по основам медицины, детской неврологии и психиатрии. В других странах вообще каждый детский психолог изучает варианты патологии психики, медицинские дисциплины (очень подробно анатомическое строение головного мозга, психиатрию). Но, к сожалению, у нас начинающие психологи мало изучают так называемые базовые дисциплины, в том числе и медицину. Поэтому краткое описание основных психиатрических положений представляется необходимым именно в этой книге.

Все виды поражений психики условно можно разложить на несколько групп.

1. Остаточные явления раннего перенесенного органического поражения центральной нервной системы (далее в тексте ц. н. с.)
2. Текущие заболевания центральной нервной системы.
3. Смешанные состояния.
4. Экзогенные вредности, без поражения собственного вещества головного мозга.

Каковы причины возникновения психических отклонений у детей?

Прежде всего — ряд наследственных форм патологии психики. В психиатрии используют экспериментальные методы генетического исследования детей и их родителей. На современном этапе развития генетики часто удается выявить роль наследственных факторов, а также процентную вероятность тех же форм патологии у последующих детей этой семейной пары. Другой формой врожденной психической патологии считаются те нарушения развития, причиной которых являются алко-

гольное зачатие или те болезни, которые переносит мать будущего ребенка во время беременности (краснуха, другие заболевания, связанные с повышением температуры и общей интоксикацией организма матери); травмы, неудавшиеся попытки прерывания беременности и так далее. Большую роль в становлении последующего отклонения в развитии ребенка играют различные механические повреждения в момент родов, инфицирование новорожденного. В первый год жизни ребенка повреждение ц. н. с. может быть следствием любого соматического заболевания с резким повышением температуры и, возникающими вследствие этого так называемыми «мозговыми нарушениями». Это, прежде всего, «фебрильные судорожные приступы»: кратковременные состояния легких подергиваний, непроизвольного мочеиспускания продолжительностью от нескольких минут.

В последующие годы (от 1 до 3-х лет) к возникновению мозговых осложнений может привести обычная детская инфекция (ребенок может оглохнуть после скарлатины, ослепнуть после кори и пр.) Особая роль принадлежит детским травмам, случающимся с детьми при недостаточном надзоре со стороны взрослых. Это падения из кроватки с ушибами головы, падение с лестниц, крыш сараев и т. п.

Это приводит к травматическим поражениям ц. н. с. Сейчас увеличился процент детей, попадающих вместе с родителями в автомобильные аварии. При этом у ранее полноценно развивающегося ребенка могут возникнуть явления деменции с утратой навыков речи (афазия), навыков опрятности, ориентировки в окружающем.

Первая группа причин вызывается однажды перенесенным страданием, которое приводит к дальнейшему развитию на «дефектной основе». Такой ребенок в целом развивается в положительном направлении (что во многом зависит от условий его обучения), но «дефектная основа» приводит к недостаточности этого развития, к его искажению. Такие состояния в психиатрии определяются как «резидуально-органические» или «остаточные явления органического поражения ц. н. с.»

Другая в целом более тяжелая группа, определяется «текущими заболеваниями», такими как эпилепсия и эпилептиформные приступы, детская шизофрения, а также текущий нейроревматизм, врожденный сифилис ц. н. с. Возможно, что в XXI веке при некотором улучшении состояния у больных СПИДом появятся условия более длительно жить, работать, заводить семьи. И тогда патопсихология и психиатрия окажутся перед проблемой возникновения группы детей с врожденными признаками СПИДа, у которых также могут быть психические отклонения.

Следует подчеркнуть, что на начальных этапах становления болезни отклонения у этой группы детей могут быть незначительными, но общая тяжесть их состояния определяется степенью злокачественности протекающего заболевания. В этих случаях не приходится говорить об обязательном улучшении в развитии. Здесь положительный процесс развития как бы переплетается с болезненным процессом разрушения психики, и какой из этих процессов возьмет верх нельзя однозначно предсказать. Во всяком случае, патопсихологическое исследование очень важно провести как можно раньше, с тем чтобы успеть выявить у ребенка еще сохранные возможности, сформировать учебные и трудовые навыки до того момента, когда болезненный процесс приведет к распаду его психики.

Третья группа представляет собой смешанные формы поражения ц. н. с.: остаточные явления как бы переходят в текущие, или переплетаются с ними, в результате чего возникают состояния декомпенсации, психотические эпизоды, которые резко ухудшают состояние ребенка, казалось бы, способного к положительному развитию. Но важно отметить, что многие дети переносят различные болезни, но только редкие из них действительно получают эти психические нарушения. Иными словами, не существует прямой однозначной зависимости между тяжестью перенесенного страдания и степенью вызываемых им нарушений психической деятельности. Многие дети рождаются недоношенными с помощью кесарева сечения, другие неоднократно выпадают из кроваток, третьи переносят менингиальные поражения. Но чаще всего это проходит без суще-

ственных последствий для их психического развития, особенно при современном уровне медицины и своевременно принятых мерах. Последствия в виде патологии психического развития возникают в случае сочетания множества причин, когда на одного и того же ребенка накладываются различные перенесенные страдания.

Случай из практики. *На консультацию обратилась мать с мальчиком 7 лет, у которого обнаружились трудности обучения при поступлении в школу. Во время сбора анамнеза мать рассказала, что ее муж (отец ребенка) был тяжелым алкоголиком и часто избивал ее во время беременности. Особенно жестоко избил ее ногами по животу, когда она была на 6,5 месяце. Это переполнило чашу ее терпения и она, ночью, импульсивно, побежала на окраину города к подпольной «бабке» с целью немедленного прерывания беременности. Неквалифицированные действия «бабки» привели к тяжелому кровотечению, с которым женщину доставили в больницу. Там, ввиду крупного плода, аборт делать не стали, а вызвали преждевременные роды путем кесарева сечения. Ребенок родился очень маленьким, его длительно выхаживали в отделении недоношенных. Заканчивая свой рассказ по вопросам специалиста, собиравшего анамнез, мать с недоумением воскликнула: «И ума не приложу, почему он у меня такой получился!» Здесь алкоголизм отца (с возможным повреждением зачатка) сочетался с внутриутробными травмами, с преждевременными родами. Это и есть «многомерная этиология».*

Возникает вполне уместный момент, чтобы остановиться на проблеме соотношения биологических и социальных причин в формировании недостаточного умственного развития ребенка. Многие авторы разделяют эти причины. Там, где врач видит биологическую основу проблемы, педагог и социальный работник видят социальную сторону: ребенок плохо усваивает материал, потому что раньше с ним никто не занимался, он запущен, не обучен учебным навыкам. Родители ребенка в дошкольном возрасте «пили», «отдавали его в деревню к бабушке», «не водили в детский сад», «не читали ему книг» и т. д. и т. п. В реальности же эти две причины, казалось бы, такие разные, тесно переплетаются, не в том смысле что «сочетаются», а буквально прорастают друг в друга. Так, ребенок, чьи родители пьют, не получает полноценного питания, витаминов и это оказывает влияние на состояние сосудов головного мозга, следовательно и на работоспособность, память. В другом случае пьяный отец-дебошир не только не дает спать ребенку в течение ночи, но и бьет его по голове, что приводит к черепно-мозговым травмам и последующим органическим поражением ц. н. с.

Органические поражения ц. н. с. имеют разные формы и степени выраженности. Прежде всего, следует указать на возможные поражения сосудистой системы. Также как и у взрослых, у детей могут становиться ломкими и хрупкими стенки сосудов, они могут сужаться, тем самым, нарушая кровоснабжение всего мозга или его отдельных частей. Поражения могут возникать на клеточном уровне, когда из-за воспалительных заболеваний (менингит, энцефалит) поражаются клетки тех или иных зон коры головного мозга. Это приводит к нарушениям слуха и зрения «центрального характера». Часто у детей наблюдаются травматические поражения отдельных зон коры головного мозга. Они не только приводят к нарушению функции данной зоны, но являются «дефектной основой для последующего общемозгового развития. Страдает формирование памяти, грубо нарушается тонус коры, что приводит к резкой истощаемости всех психических процессов и «колебанию тонуса» (в пределах одного урока такой ребенок может буквально уснуть, утратить ориентировку в ситуации, затем взбодриться, толково ответить на вопрос педагога, опять впасть в апатию).

Энцефалитические нарушения (клещевой энцефалит, менингоэнцефалит вследствие иной мозговой инфекции) приводят к грубым диффузным нарушениям функции коры головного мозга. Возникают у детей и воспаления мозговых оболочек — менингиты, арахноидиты. В острых случаях они также приводят к временному нарушению всех мозговых функций с последующим постепенным (но частичным) восстановлением деятельности головного мозга. Одним из последствий менингитов может быть полное или частичное повреждение (перегорание) проводящих нервных путей от периферической части анализатора к центральной зоне коры головного мозга, той, которая соответствует слуховому, зрительному и другим анализаторам. При полном перегорании этих путей у ребенка может наступить полная слепота или глухота. Сейчас делаются попытки хирургическим путем восстанавливать утраченную часть этих нервных путей. Но случаются и частичные повреждения проводящих путей, при которых соответствующий анализатор начинает частично функционировать. Такое неполное

повреждение часто сопровождается хроническими невритами слухового или зрительного нерва, приводящими к хроническим головным болям, нарастающему ухудшению слуха и зрения. Дети с такими нарушениями в массовых школах составляют около 1 %. Собственно, и с другой формой мозговой патологии их в процентном отношении малое количество. Но в целом получается уже достаточный процент в каждом классе. Частичное падение слуха, зрения приводит к трудностям усвоения материала из-за недостаточного участия ребенка в учебном процессе: недостаточной способности услышать, а следовательно, и понять объяснения педагога, нарушению распределения внимания между материалом, воспринимаемым на слух и с доски зрительно.

К определенным трудностям учебного процесса приводит и нарушение ликворного обмена головного мозга. Внутри черепной коробки головной мозг омывается особой жидкостью лимфой, ликвором. В норме функция этой жидкой оболочки заключается в предохранении головного мозга от сотрясений, ушибов, а также проникновения инфекции. Нарушения бывают двух вариантов: **уменьшение количества жидкости**, которое возникает при общем обезвоживании организма при резком повышении внешней температуры (в пустыне, в особых производственных условиях), а также кахексии организма от недоедания при голоде или намеренном истощении (нервная анорексия). Более распространенный вариант — **увеличение количества жидкости.** Наиболее крайние случаи — водянка головного мозга, представляющая собой тяжелое заболевание, приводящее к глубокому недоразвитию, требующее серьёзного медицинского вмешательства — откачивания жидкости, операций. Более распространены так называемые «гипертензионно-гидроцефальные синдромы». Внешне они выражаются в невыносливости ребенка к транспорту (укачивание, рвоты), к духоте, перегреву (такие дети часто падают в обморок на открытом солнце, в трудовых мастерских). Они часто страдают головными болями. «Поддавливание» жидкостью некоторых зон коры головного мозга приводит к сенсорной невыносливости, возбудимости или к гиперфункции отдельных зон. Эти дети часто

бывают расторможены, многоречивы; часто вздрагивают от резкого стука, яркого света.

Нарушения ликворного обмена поддаются медикаментозной терапии, хотя в случае отсутствия медицинской помощи могут длиться годами и относятся к категории «текущих заболеваний ц. н. с.». Приводят к нарастанию утомляемости, к ослаблению памяти.

В структуру головного мозга входят и железы внутренней секреции (гипофиз, эпифиз). Нарушения деятельности этих желез являются вариантом нарушения эндокринной системы и приводят к недостаточному росту, весу, а также к ряду психических изменений (гипофизарный субнанизм).

Локальные повреждения мозговых структур вследствие травм, объемных процессов (опухолей), кист, инсультов изучаются смежной дисциплиной — «нейропсихологией». Но патопсихолог должен знать, хотя бы в общих чертах, и уметь выявлять их у определенных групп больных: после травм, с судорожными локальными приступами, при подозрении на объемный процесс.

II. ЗАДАЧИ ДЕТСКОЙ ПАТОПСИХОЛОГИИ

С течением лет задачи этой науки углубляются, усложняются и переструктурируются в зависимости от потребности теории и практики. В период, когда основным и единственным потребителем патопсихологии была психиатрия, вполне понятно, что исследования старались соответствовать задачам клинической практики — получение дополнительных данных к дифференциальной диагностике, углубленные исследования динамики состояния психических больных на разных этапах течения болезни, структура исходных дефектных состояний (на предмет выявления сохранных звеньев) и т. п.

На современном этапе интерес к детской патопсихологии существенно расширился со стороны школьных педагогов и психологов, со стороны судебных органов, юристов, работников ИТУ (исправительных трудовых учреждений). Это разные задачи — предоставлять психологические данные для квалификации особенностей личности преступника, степени его вменяемости в процессе уголовного дела и исследовать того же подростка, уже находящегося в условиях колонии на предмет выявления его способности к обучению в старших классах, особенностей его трудовой деятельности для задач реабилитации.

В тоже время и клинические задачи видоизменяются в связи с развитием лечебного процесса, изменением задач клиники и ее большей направленностью на решение проблем реабилитации.

Поэтому на современном этапе **основные задачи** детской патопсихологии можно сформулировать таким образом:

1. Изучение структуры состояния психики ребенка с теми или иными отклонениями в психическом развитии. Изучая его познавательные процессы, состояние работоспособности, особенности эмоционально-волевой сферы патопсихолог обнаруживает те или иные отклонения характерные для определенного типа заболевания. Здесь важно подчеркнуть — не специфические, а характерные, типические. Аналогичные нарушения могут наблюдаться и у детей с определенными

трудностями поведения и обучения, находящихся вне стен психиатрической клиники. Здесь же обязательно следует искать и находить положительные свойства психики такого трудного ребенка. Это исследование длительное, трудоемкое, базируется на серьезном предварительном изучении анамнеза, всех обстоятельств развития и обучения, бесед с врачами, педагогами, родителями. Требуется использование многочисленных экспериментально-психологических методов.

2. Изучение динамики состояния ребенка в процессе медико-педагогических мероприятий. Помимо полного экспериментального исследования до начала лечения и перед выпиской из стационара целесообразно в процессе длительного течения психического заболевания, при введении больному новых лечебных препаратов, проводить исследование с ограниченным, специально подобранным набором методик с краткими интервалами в два-три дня для оценки реакции его организма на это новое лечение (так называемые психофармакологические пробы).

3. Оценка трудоспособности больного ребенка (его способности к обучению и определению типа школы). Это школьная экспертиза, которая сходна с трудовой экспертизой у взрослых или решением ВТЭК о переводе на инвалидность. Следует определить, может ли ребенок с отклонениями в психическом состоянии, развитии быть трудоспособным, т. е. обучаться в массовой школе или же он нуждается в проведении облегчающих обучение мер. Это не всегда перевод во вспомогательную школу. Может быть рекомендовано индивидуальное обучение (на определенный срок), направление в класс коррекции и т. п. Но, так или иначе, это либо ограничение трудоспособности, либо ее сохранение. Важно определить возможность ребенка работать во фронтальных условиях или же он нуждается в сугубо индивидуальном подходе; какова его «обучаемость», способность к овладению навыками ручного труда, способность работать в содружестве со взрослым.

4. Особая, новая задача — дифференциация нормы от патологии. Если раньше патопсихолог ориентировался в группах психических больных с разными нозологиями или

со смешанным дефектом и задача заключалась в том, чтобы выявить именно структуру дефекта у данного ребенка, то сейчас возникла целая группа вопросов по отличию нормально развивающегося ребенка от особенностей развития детей с пограничной мозговой патологией. Задача эта сложна, так как здоровый ребенок с нормальным поведением и успеваемостью редко попадает в поле зрения специалиста. Интерес возникает в тех случаях, когда проявляются особенности поведения — аморально ведет себя, совершает противоправные поступки, плохо успевает и т. д. При этом родители и педагоги часто недооценивают начинающиеся признаки душевного заболевания, считая их «невоспитанностью», «дурным характером», и проходит несколько лет, прежде чем у кого-то возникнет мысль об обращении к специалисту — психиатру, патопсихологу. Суммируя, можно сказать, что дифференциальная диагностика нормы от патологии заключается в необходимости отличия патологических проявлений от отрицательных форм поведения. Среди которых можно выделить: структуру антиобщественного, противоправного поведения; отрицательные черты характера отдельной личности; проблему динамики развития ребенка в «неадекватных для него» условиях внешней среды; концепцию Л. С. Выготского о ядерных и вторичных симптомах, а также проблему наслоения: небольшие отклонения с последующим нарастанием противоправного поведения.

5. Проблема будущего. В настоящее время попытки коррекции патологических состояний проводятся разными специалистами изолированно. Педагоги вводят в школах «классы выравнивания, коррекции» с самыми лучшими побуждениями, надеясь на то, что какие-либо (еще недостаточно разработанные) педагогические меры помогут ребенку с отклонениями в развитии. Врачи — детские психиатры проводят свою работу коррекционного характера либо амбулаторно, но, не сообщая об этом в школу (врачебная тайна), либо в рамках стационара. Прекрасным образцом комплексного подхода к больному ребенку можно считать работу Детской психиатрической больницы № 6 в сочетании со школой № 196 и ПТУ (профессионально техническое училище — *прим. редактора*).

Здесь и широкие лекарственные меры, мощная лабораторная база, сочетание лечебных мер с адекватным педагогическим подходом, полное использование логопедической работы, включение навыков ручного труда, воспитание навыков правильного поведения. Но все эти меры проводятся изолированно от родителей и в полном отрыве от того школьного учреждения, в котором он находился до стационара. В итоге после выписки ребенок возвращается в ту же самую обстановку, из которой попал в психиатрическую больницу и все возвращается на круги своя. А в идеале, как за рубежом, длительное прослеживание и коррекция состояния ребенка реализуется через психолога. На наш взгляд, именно психолог должен стать тем связующим звеном, который, неся полную ответственность за ребенка, прослеживает его жизненный путь, способствует коррекции возникающих проблем, предупреждает те возможные негативные явления, которые могут возникнуть. Периодами такого аномального ребенка можно подлечивать, определять систему адекватных педагогических мер. Это не означает, что психолог подменяет всех специалистов. Только комплекс воздействия в содружестве, а не в противостоянии специалистов может дать необходимый эффект и то, только в течение длительного времени. К сожалению, в нашей стране это пока недостижимо. Мало специалистов всех профилей, недостаточна культура родителей, которые не обращаются за помощью своевременно. Не хватает психологов и, самое печальное, пока еще слаба их квалификация. Но задача может быть сформулирована: психолог должен стать тем стержневым специалистом, который объединяет по необходимости всех остальных, в том числе и родителей, чтобы, длительно контролируя ситуацию, способствовать коррекции состояния аномального ребенка.

III. НАРУШЕНИЯ ВЫСШЕЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ДЕТЕЙ С АНОМАЛИЕЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Изучение высшей нервной деятельности (далее в тексте в. н. д.) протекало в отечественной науке очень неровно. В некоторые годы работы академика И. П. Павлова[1] и его учеников с трудом входили в научные концепции. Затем, в послевоенные годы им придавалось огромное значение и практически каждое психологическое явление рассматривалось только через призму условных рефлексов. Даже такие понятия как «сознание» и «самосознание» сводились к проблеме саморефлексии. Этому способствовала та исключительно высокая роль, которая придавалась этим данным в официальной науке. Возможно, что за этим стояли определенные попытки придать многим психологическим понятиям материальный субстрат. Но чрезмерное увлечение этими данными привело к крайней вульгаризации психических явлений: эмоции — результат условных рефлексов, память — опять-таки и т. п. Однако, как бы не хотелось людям ускорить процессы понимания психических явлений, насильственным путём это пока не удается сделать. Поэтому за последние годы учебники психологии вообще обходят вопрос о высшей нервной деятельности и ее роли в формировании тех или иных психических феноменов.

Но этот крутой откат от основных понятий в. н. д. недостаточно правомерен. Особенно при изучении патологии психики следует знать и учитывать те недостатки в. н. д., которые лежат в основе психических нарушений. Но прежде чем говорить о нарушениях, желательно освежить в памяти основные понятия. Их несколько.

1. *Понятие об условном рефлексе.* Человеческое дитя рождается с минимальным запасом врожденных, безусловных рефлексов: сосательный, мигательный (оборонительный при

[1] Павлов И. П. Полное собрание сочинений. Т. 3–4. АН СССР. — М.-Л., 1951–52 гг.

резком движении воздуха около глаз), хватательный (отмирающий к 6-ти месяцам) и некоторые другие, также простейшие. Вся последующая психическая, трудовая и другие формы деятельности (спортивная, игровая, общественная) строятся на основе системы условных рефлексов, т. е. таких связей, которые формируются прижизненно в ответ на многочисленные внешние раздражители. Условный рефлекс — образование временной связи в мозгу от одного или нескольких раздражителей, воздействующих на головной мозг одновременно. Так, если ребенок видит банан, а затем съедает его, у него образуются два очага возбуждения, которые затем замыкаются друг с другом. Тогда, в следующий раз, увидев банан, ребенок уже тянется к нему, «зная» его вкус (помня, представляя). Если такого (или иного) подкрепления не происходит, связи угасают, очаг возбуждения оттормаживается. Вопрос о том, как быстро образуются связи, достаточно ли устойчивы, при каких условиях угасают это и есть основа нормального функционирования коры. Еще более сложные связи устанавливаются при формировании речи. Здесь реальный банан связывается условным рефлексом с его словесным обозначением (вся речь — как высшая вторая сигнальная система). Тогда у ребенка возникает условный рефлекс уже высшего порядка, и интерес к банану может возникнуть не только при виде реального объекта, но и при вопросе «Хочешь банан?». В целом вся речь представляет собой как бы замещение реальных предметов, понятий о явлениях. Человек способен вращаясь в этой второй сигнальной системе осмышлять явления реальности, создавать новые законы природы, вводить способы ее изучения и так далее.

2. Другим понятием в. н. д. является *понятие о фазовых состояниях*. Наиболее активная фаза действия головного мозга — бодрствование, а наименее активная — фаза сна. Между ними И. П. Павлов выделяет еще две фазы переходного состояния. Одна из них называется уравнительной или фазой охранительного торможения, во время которой головной мозг как бы ослабляет выработку условных рефлексов и наиболее сильные раздражители не вызывают яркой реакции, быстрого установ-

ления рефлекторных связей, а уравниваются по реакциям к более слабым, незначащим раздражителям. Таким образом, и сильные и слабые раздражители вызывают одинаково слабую реакцию, образование условных рефлексов протекает слабо, оно менее эффективно. Следующая фаза — парадоксальная, при которой на сильные раздражители реакции почти нет, но спонтанно, неопределенно, внезапно могут возникнуть сильные реакции на слабые раздражители (шорох, слабый звук вызывают стремительную реакцию с испугом, двигательной разрядкой). Эта фаза в норме является короткой, предшествующей засыпанию. Сама фаза сна, чем глубже, чем полнее и чем меньше у человека каких-либо реакций на внешние раздражители («хоть из пушки стреляй»), тем здоровее психика человека, тем активнее фаза бодрствования.

По характеру и силе формирования условных рефлексов люди разделяются по темпераменту. Сангвинический — сильный, уравновешенный, подвижный. Холерический — сильный, неуравновешенный, с преобладанием возбуждения над торможением (возбудимый, безудержный). Флегматичный — сильный, уравновешенный, инертный, спокойный, медлительный. Меланхолический — слабый тип. Эти особенности темперамента могут быть изменчивы в процессе жизни человека. Они отражают только динамический аспект психики, никак не определяя качественный склад, структуру потребностей человека, его характера.

При анализе патологических состояний психики ребенка приходится знать и учитывать как особенности формирования условных рефлексов, так и особенности фазовых состояний, так как в патологии выявляются значительные нарушения этих процессов. У детей с органическим поражением ц. н. с. затруднено формирование условных рефлексов. Они отличаются и затрудненностью формирования и легким угасанием, что нарушает процесс усвоения, запоминания учебного материала, развития речи и ее связи с мышлением. Особенно важно в патологии нарушение фазовых состояний. Уравнительная фаза охранительного торможения наступает очень быстро, длится

иногда годами. Также нередко у детей наступает парадоксальная фаза искаженных реакций на различные по силе раздражители. Восприятие раздражителей часто находится в мерцающем состоянии, когда одни, более значимые раздражители ими не воспринимаются, другие воспринимаются искаженно во времени: ребенок на уроке находится в колеблющемся тонусе сознания, а нередко просто засыпает к концу урока, не в силах противостоять той лавине информации, которая ему не под силу.

IV. НАРУШЕНИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ

4.1. Экспериментально-психологические методы изучения психических нарушений у детей

Прежде чем перейти к рассмотрению нарушений познавательных процессов, целесообразно перечислить основные методы и приемы, используемые в детском возрасте, так как в дальнейшем тексте мы будем ссылаться на них при изложении примеров той или иной патологии. Подробное описание методик и опыт их применения представлены в работе С. Я. Рубинштейн (1970) и переизданной в 1999 году[1]. Поэтому лишь перечислим наиболее часто применяемые.

Конструктивные задания. К ним прежде всего относятся доски Сегена в нескольких вариантах. Простейшие из 4-х и 10 элементов применимы для исследования детей приблизительно от 1,5 до 3-х лет; более сложные из разрезных частей — от 3-х до 6 лет. Обычно эта методика вызывает у детей живой интерес, эмоциональный задор. Она позволяет выявить способность к осмышлению конструктивного материала, к пространственной ориентировке. Этой же цели служат и кубики Кооса. Хотя их используют и как вариант «обучающего эксперимента» и как материал для исследования «уровня притязаний». В более старшем возрасте применяют Куб Линка.

Для исследования памяти непосредственной — заучивание 10 слов, для опосредованной — методика Леонтьева или пиктограмма. Они оказались также продуктивными для анализа особенностей ассоциаций.

Для характеристики мышления: процессов обобщения и абстрагирования, последовательности умозаключений, критичности и обдуманности действий основными методами являются «классификация предметов» (в том числе и вариант для

---

[1] Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике (Практическое руководство). М.: Эксмо-Пресс, 1999.

дошкольного возраста), «исключение предмета (4-й лишний)», установление последовательности событий в серии «сюжетных картинок», «сравнение понятий», а также бланковые методики — простые аналогии, выделение существенных признаков, исключение лишнего понятия и др.

Для исследования внимания, умственной работоспособности используются Таблицы Шульте, «Счет по Крепелину», методика Пьерона — Рузера (для младшего возраста), методика Когана (детский и взрослый варианты).

Это наиболее часто употребляемые методики. Но применяются и другие методы — рисунки (свободный, «неизвестное животное», «дом, дерево, человек»), методика Розенцвейга, исследование «уровня притязаний». Особое место занимает **«обучающий эксперимент»**, который чаще проводится как «классификация цветных фигур», но это скорее не методика, а особый принцип построения эксперимента, который можно применить при видоизменении любой методики.

Важно отметить, что психологическое исследование является лишь составной частью в общей оценке и квалификации психических нарушений, дополняющим материалом в цепи общего медицинского и педагогического анализа. Это неустанно подчеркивала Б. В. Зейгарник.

И второе, на основании большого статистического материала еще в 1956 году Б. В. Зейгарник сделала вывод, что те или иные отклонения, выявляемые психологически, не являются специфичными для определенного типа нозологий, а лишь характерными, типичными. К примеру, нарушение логики суждений по типу «конкретно-ситуационных» связей выявляются преимущественно у больных с диагнозом «олигофрения», но и у других категорий больных эти ошибки имеют место: при эпилепсии, сосудистых заболеваниях головного мозга, после травм, перенесенных энцефалитов. Также как наличие формальных ошибок с искажением процесса обобщения, в преобладающих случаях характерных при шизофрении, может обнаружиться и при психопатии, эпилепсии, после перенесенных травм и даже в редких случаях у страдающих олигофренией. Поэтому, описывая те или иные нарушения в психологическом заключении,

необходимо помнить, что они могут быть лишь типичными, характерными и только в том случае, если они соответствуют клинической картине.

4.2. Нарушение ощущений и восприятий

Любое повреждение биологической структуры мозга прежде всего накладывает отпечаток на процессы первичного отражения — ощущения и восприятия.

В норме ощущения определяются как отражение отдельных свойств предметов и явлений реальности при непосредственном их воздействии на органы чувств. Восприятие — целостное отражение объектов реальности при непосредственном их воздействии на группу органов чувств.

Нарушения этих процессов разнообразны. Среди них выделяются общее замедление процессов восприятия, их неполнота, скудость, что лежит в основе последующих трудностей обобщения и анализа. Они наблюдаются как у детей с остаточными органическими поражениями ц. н. с., так и у детей в состоянии вялости, депрессии, вызванных другими причинами.

У детей с различными формами патологии наблюдается такое явление, как повышенная сенсорная возбудимость. Их утомляет и раздражает слишком яркий свет; они чрезмерно реагируют на небольшие шумы (шорох и голоса за дверью комнаты), пугаются обычного звука при падении игрушек, кубиков (вздрагивают, отшатываются в испуге). Это может наблюдаться у детей со страхами различной этиологии, у детей с гидроцефально-гипертензионным синдромом — повышении внутричерепного давления, нарушениях ликворного обмена. Все это может быть проявлением парадоксальной фазы состояния коры головного мозга.

Следует отметить важное обстоятельство, выходящее за рамки чисто психологического анализа. Такие дети недостаточно хорошо различают написанное на доске. Плохо реагируют на обычный тембр голоса воспитателя, педагога. Поэтому к ним часто приходится обращаться на «повышенных тонах», повторять задание, правила. Практически таким детям для

лучшего восприятия учебного материала целесообразно сидеть на первых партах.

Другим видом нарушения ощущений и восприятий является фрагментарность, опора на изолированные, малозначимые с общепринятой точки зрения детали изображения. Такие дети при восприятии сюжетных картинок выделяют отдельные несущественные детали рисунка и последующие суждения строят ошибочно, так как придают именно этим деталям ведущее значение.

В норме различают дистантные органы чувств и внутренние, органические, подающие сигналы о состоянии организма. Строение и функционирование дистантных органов чувств изучены более полно. Соответственно и в патологии значительно полнее изучены те искажения ощущений и восприятий, которые формируются при нарушениях функции зрения, слуха, пространства. Между тем, в психической патологии у детей также страдают и те ощущения, которые поступают из организма. Они не регулируют свой аппетит, так как у них неразвито чувство голода, сытости, насыщения. С ними сложно иметь дело при соматических заболеваниях, так как они не могут точно указать источник боли (болит горлышко или ушки, болит животик или спинка), при многократных расспросах ошибаются и путаются в своем самоотчете. Важно отметить, что у этих детей сравнительно позже формируются навыки опрятности, так как они с трудом, не сразу, не дифференцированно воспринимают сигналы от соответствующих сфинктеров. В частности, позднее формирование навыков опрятности может служить одним из показателей отставания в общепсихическом развитии. В более старших возрастах у аномальных детей и подростков патологические органические ощущения усиливаются, что приводит в некоторых случаях к булимии (повышению аппетита), в других к усилению сексуальных влечений.

Во всех случаях требуется специальная педагогическая и психологическая коррекция для нормализации этих ощущений. А вместо этого в обществе наблюдается обратная тенденция. Бесконтрольное применение удобных для грудных детей и их родителей мер защиты типа памперсов приводят к задержке

формирования контроля сигналов со сфинктеров даже у здоровых детей. В настоящее время уже отмечаются случаи, когда ребенок в детском саду бесконтрольно совершает акты дефекации и мочеиспускания, так как у него своевременно не сформированы навыки контроля, а позднее приходится как бы восстанавливать их по способу переформирования, перевоспитания.

От фрагментарного восприятия следует дифференцировать более грубую форму нарушения — искажение восприятия. Эти искажения лежат в основе иллюзорных нарушений, иногда соответствуют галлюцинаторным расстройствам, наблюдаемым клинически. Они различаются на искажения зрительных, слуховых, тактильных, обонятельных. Те или иные нарушения восприятий лежат в основе возникающих ошибок суждений. Например, если ребенок на сюжетной картинке исключает из поля зрения человека, то он соответствующим образом и проводит последующее обобщение картинок, опираясь на слабые детали (метла, лыжи и т. п.). В других случаях, опираясь на искаженное формальное восприятие слуховых связей, ребенок проводит и соответствующую ассоциативную связь (в драке бьют и часы бьют)[1]. Нарушения тактильных ощущений (прикосновения, давления) выражаются в форме так называемых идиосинкразий — неприязненное отношение к прикосновению меха, гладких пуговиц, волос.

Особую форму патологии принимает у больных детей восприятие собственного тела, лица. Дети по-особому всматриваются в свое изображение в зеркале, рассматривают свои части тела, волоски, прыщики и пр. Часто неприязненное отношение к себе усиливается благодаря недоброжелательным высказываниям окружающих: родителей, друзей. Более глубокие расстройства маскируются как бы случайными эпизодами. Подруга сказала, что «у меня нос костлявый» и девочка начинает массировать кончик носа, чтобы сделать его более «мясистым». Такими же дисморфофобическими расстройствами (т. е. искаженное восприятие собственного тела) часто объясняется специальная

---

[1] В методике А. Н. Леонтьева для опосредованного запоминания слова «драка» выбирает картинку «часы» (*прим. редактора*).

сложная деятельность по похуданию (нервная анорексия) у подростков. Выявить такой тип нарушений восприятия сложно. Можно попытаться выявить у таких подростков особенности восприятия живых персонажей на сложных сюжетных картинках: как они воспринимают пропорции тел, выражения лиц, стиль одежды и т. д. с тем, чтобы дальше в осторожных вопросах, стимулируя перенос рассказа в плоскость «а вот я так делаю», выявить самовосприятие.

Особую проблему составляет восприятие пространства, взаимного расположения объектов реальности. У детей это часто нарушается как результат общего недостаточного развития зрения. Кстати, в ДТП (дорожно-транспортное происшествие — *прим. редактора*) чаще попадают лица, не умеющие рассчитать взаимное расстояние от себя до движущегося транспорта, в их числе лица с отклонениями в развитии, или подростки в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

Ещё сложнее проблема восприятия времени. У детей в норме такие понятия как «вчера-сегодня-завтра» складываются примерно к 4-м годам. Позже формируются представления о временах года: «зима, весна, лето, осень». Но когда они сформированы, то насыщены полноценными впечатлениями о каждом времени: погода, снег или зеленеющая трава, род занятий в это время и пр. У аномальных детей все это формируется значительно позже и носит искаженный характер или формально заученный. Еще сложнее восприятие временных отрезков в течение дня. Здесь часто следует дифференцировать истинное понятие медлительности (когда ребенок рисует или делает уроки в замедленном темпе) от понятий «тянуть время», «бездельничать», «сидеть сложа руки», т. е. наличия у аномального ребенка (без условий внешнего контроля) больших временных промежутков, когда он не контролирует ход времени, стоит, глядя в окно, лежит на диване, смотря телевизор, не отслеживая сколько времени уходит на это ничегонеделание и сколько ему остается на приготовление уроков.

В целом в норме у человека нет какого-либо органа, направленного на восприятие времени (как есть у нас органы,

способствующие восприятию равновесия, положения тела в пространстве и др.). Поэтому здоровый человек воспринимает течение времени по некоторым особенностям физиологических отправлений, например, возникающему через определенный интервал чувству голода, желанию спать. Возникает ощущение времени и по суточному движению солнца, наступающим сумеркам, темноте. Но все эти признаки человек отслеживает сознательно. Все это сформировано у него в детстве при активном поведении («я покушаю и буду играть…я утром встану и пойду в детский сад…») и столь же активной поддержке взрослых. У аномального ребенка самостоятельно таких внутри-органических чувств не формируется. Поэтому важен специальный дефектологический подход к формированию этих возможностей у детей еще в дошкольном возрасте.

Особая проблема наблюдение — произвольное, нецеленаправленное восприятие окружающей реальности. Как вариант произвольного поведения считается, что оно возникает у здоровых детей к школьному возрасту 6–7 годам. Но элементы этой произвольности восприятия возникают у здоровых детей гораздо раньше. Они воспринимают особенности поведения своих сверстников и «ябедничают» об этом воспитателям (возраст 5–6 лет). Они воспринимают и хорошо запоминают лица родственников других детей («Даша, за тобой твоя тетя пришла»), воспринимают целостные картины конфликтов, событий в течение дня («Дима первый ударил Алешу, они толкались здесь в углу»), наблюдают из окна («О! сегодня машина привезла новогодние подарки!»). У аномальных детей это наблюдение характеризуется или общей неполнотой или определенной избирательностью, пристрастностью. Они считают, что учитель придирается только к нему, что другие дети обижают только его, что каждое событие имеет цель обидеть, унизить именно его. На фоне такого искаженного восприятия формируется повышенная обидчивость, идеи отношения, снижение настроения и многое другое.

Восприятие человека человеком — особый вид восприятия. Уже в возрасте 2,5 месяцев у здорового ребенка возникает «комплекс оживления», как реакция на склонившееся над ним лицо другого человека, матери. Этот комплекс оживления имеет

сложный, еще не до конца изученный характер, строение. И в дальнейшем у здоровых детей любое восприятие игрушки, книжки, каждого нового предмета как бы опосредуется совместным восприятием с мамой, воспитателем. При рассматривании игрушки совместно со взрослым устойчивость внимания у ребенка по степени активности и длительности возрастает в 2–3 раза. В дальнейшем формируется интерес к другому ребенку (особое внимание). В старшем дошкольном возрасте это перерастает в авторитет воспитателя, педагога.

При патологических состояниях этот процесс также искажается. В работах О. П. Партс[1] и ее сотрудников показано, что в грудном возрасте у некоторых детей уже можно проследить искажение комплекса оживления: он возникает не на лицо человека, а на яркий объект в виде подноса, стеклянного сосуда. В последующем прослеживается становление искажений других психических проявлений у этих детей. В дошкольном возрасте часто искаженное восприятие другого человека лежит в основе нарушений общения.

По традиции в этом разделе излагаются и такие виды нарушений, как иллюзии и галлюцинации. Не будем отступать от традиций, хотя несомненно этот вид патологии значительно грубее и шире, чем только нарушение процесса восприятия.

Иллюзиями называются такие нарушения восприятия, при которых реальные предметы или явления воспринимаются в измененном, ошибочном виде. При психологическом анализе можно уловить четкую связь между особенностями данного объекта и его иллюзорным восприятием. Так ребенок воспринимает в полутьме комнаты колышащуюся занавеску за руки крадущегося человека, упавшую со стула одежду как лежащего на полу животного. Или ему кажется, что игрушки оживают, так как изменяющуюся освещенность воспринимает как тень движения лапой игрушечной зверушки и т. п. Во всех учебниках подчеркивается два момента, сопровождающих возникновения иллюзий: недостаточная освещенность объекта (полутьма в

---

[1] Юрьева (Партс) О. П. О типах дизонтогенеза у детей, больных шизофренией. Журнал невропатологии и психиатрии. 1970. Т 70. Вып. 8.

комнате, сумерки) и особенности эмоционального состояния самого ребенка, к которым, прежде всего, относят страхи, тревогу, напряженное ожидание какого-либо неприятного события. У А. Грина есть чудесный рассказ «Папин гнев». Шалящего малыша родные запугивают папиным приездом и гневом: «Вот увидишь, папин гнев будет ужасен!». Поэтому, когда папа приезжает из длительной командировки с чемоданами, пакетами и ребенок, увидев в одной коробке что-то темное и страшное, стреляет в «это» из пистолета отца, а потом с рыданиями выбегает и кричит: «Папа, папа, я убил твой гнев!». В состоянии утомления иллюзии возникают и у здоровых детей, но их особенностью поведения является разумный контроль ситуации. Вглядевшись, потрогав нечто, напугавшее их, здоровые дети в состоянии преодолеть и собственное иллюзорное восприятие, и тот страх, который может быть им вызван. Можно сказать, что уровень критичности ребенка к иллюзорным видениям определяет степень патологичности состояния.

В рамках экспериментально-психологического исследования можно уловить элементы искаженного восприятия или склонность к ошибкам восприятия по анализу рассказа ребенка по сюжетной картинке. Но здесь требуется осторожность. Если ребенок не в состоянии рассказать, что он видит на картинке из-за недостаточных речевых возможностей, то вывод об особенностях восприятия делать неправомерно. С другой стороны, если ребенок увлекается фантазиями, рассматривая сюжетную картинку, то это также не означает, что в реальной ситуации он будет испытывать иллюзии. Для этой цели в серию сюжетных картин ТАТ (тематический апперцепционный тест — *прим. редактора*) включен чистый лист бумаги. Однако, по нашим наблюдениям, этот прием малоэффективен даже при выраженных клинических нарушениях и редко дает результат в виде иллюзорного описания картины. Слуховые иллюзии при слабо выраженных звуках (шепот, тиканье часов, капли воды из-под крана) или так называемом «зашумленном восприятии», когда одни звуки наслаиваются на другие (например, грохот ведущихся за окном земляных работ, звук включенного телевизора,

лепет младшего ребенка) и вместе создают такой фон, что у ребенка могут возникнуть слуховые обманы.

К органическим ощущениям относят иногда смазанные, неявные ощущения организма, иногда анестезии (отсутствие чувствительности), гипостезии (слабая чувствительность к внешним раздражителям) и гиперстезии, а также сенестопатии — патологические ощущения боли, покалывания, давления, жжения, стягивания, скручивания, не связанные с соответствующей соматической патологией.

Галлюцинации в психиатрии определяются как обманы восприятия, при которых вообще не имеется соответствующего внешнего раздражителя. Определение «восприятие без объекта» сохраняется до наших дней, хотя в блестящей работе С. Я. Рубинштейн дано тщательное изучение истинного механизма формирования галлюцинаций[1].

В реальности, в тот момент, когда ребенок охвачен галлюцинациями, наблюдающий это взрослый действительно не видит в поле зрения каких-либо реальных объектов, сопоставимых, соотносимых с описаниями своих видений или звуков, которые являются содержанием галлюцинаций. Однако это тяжелое патологическое состояние не исчерпывается собственно нарушением восприятия. Здесь С. Я. Рубинштейн выделяет по крайней мере три важных обстоятельства.

1. Галлюцинации, как патологическое состояние, часто являются **застойной реакцией** коры головного мозга на те раздражители, которые воспринимались реально значительно ранее во времени (от нескольких часов, до нескольких суток). Главное положение, которое она выдвигает — галлюцинации не являются продуктом деятельности больного головного мозга, а представляют собой искаженное отражение внешней реальности. Если исходить из единой концепции о том, что все психические феномены представляют собой отражение внешних воздействий (раздражителей), то и галлюцинации должны рассматривать как патологическое отражение реальности и неправомерно считать их продуктом деятельности самого головного

[1] С. Я. Рубинштейн. Обманы слуха. Медицина, 1977.

мозга без соответствующих раздражителей извне. Об инертности восприятия, застойных реакциях, свойственных психически больным, писали многие. Это вызывается нарушением высшей нервной деятельности — вязкостью, непереключаемостью, застреваемостью условно-рефлекторных связей, а также нарушением фазовых состояний.

2. Второе условие образования галлюцинаций — **искаженное, даже извращенное, отражение** ранее поступивших сигналов, которое может быть самым разнообразным. Так монотонный звук падающих из крана капель, вообще всякое журчание воды может перерабатываться больным в звуки человеческой речи. Звук церковного колокола перерабатывается в «голоса» типа «Смерть пришла, смерть пришла». Подобно перерабатываются и зрительные образы. В итоге не всегда удается проследить связь между реально воспринятым, может быть небольшим, незначащим для здорового человека зрительным образом и тех мощных зрительных галлюцинаций, которые этот реальный образ вызывает у психически больного человека.

3. Третье условие — **особое эмоциональное состояние больного**. При изложении причин возникновения иллюзий уже подчеркивалось, что важнейшим условием является состояние страха, тревоги, напряженного ожидания. В еще большей степени это является обязательным компонентом галлюцинаторного синдрома. Больной охвачен ужасом, страхом (безусловно, болезненного свойства) или депрессией. В таком состоянии каждый звук, образ воспринимается настороженно и, как следствие перерабатывается искаженно.

Галлюцинации рассматриваются как особый «галлюцинаторный синдром» при массивных нарушениях: психозах различной этиологии, шизофрении, алкогольной и наркотической интоксикации, при отравлении солями тяжелых металлов и других состояниях.

На экспериментально-психологическое исследование дети в состоянии острого галлюциноза, как правило, не поступают. Их приходилось наблюдать или в предшествующие периоды (за несколько недель) или уже по выходе из этого состояния. Такие больные всегда отличались выраженными

эмоциональными нарушениями — боялись психолога, нового для них кабинета, испуганно озирались, осматривали двери, окна. Это состояние характеризуется настолько выраженной тревогой, что только неопытные, очень молодые специалисты могут расценить его как ситуативное. Такие дети искаженно воспринимают обстановку комнаты, мебель и особенно картины на стенах (их желательно иметь поменьше). Иногда поведение ребенка сводится к полному отказу от контакта с одновременной фиксацией на каком-либо одном предмете, издающим звук (часы, телефон, шуршащий бумагой присутствующий студент). Если особенности искаженного иллюзорного восприятия удается выявить в экспериментальных заданиях, то у ребенка с галлюцинозом меняется вся структура действий. Он молчит, подолгу тормозит ответы. Часто дети, пытающиеся скрыть свое состояние, покрываются потом от напряжения, чтобы неосторожным словом не выдать своего искаженного восприятия ситуации. Для врача-психиатра выявление галлюцинаций также представляет сложность. Их можно обнаружить в том случае, когда ребенок галлюцинирует в помраченном состоянии сознания. Или же по выходе из состояния ребенок в доверительной беседе может рассказать о том, что с ним «было, но уже прошло».

Это затрагивает один из сложнейших вопросов проведения экспериментального исследования. Большинство методик (особенно зарубежных), по-видимому, рассчитаны на более мягкие формы патологии. Предполагается, что ребенок послушно сидит за столом, не ерзает, не рвёт бумагу, а отвечает на вопросы. И эти чинные ответы психолог может учесть, записать, проанализировать. Возможно, что часть из них будут своеобразными или примитивными. На самом же деле, такие ситуации возникают только при легкой, пограничной патологии. По мере утяжеления состояния ребенка существенно меняются сами формы его действий. Он может засмеяться и вскочить со стула, может начать портить материал пособий, или неожиданно начинает плакать, не объясняя причин. Бывают ситуации, когда ребенок постоянно плачет, едва войдя в кабинет. Все эти отклонения в поведении искажают результаты выполнения заданий. Многие из них остаются без речевых от-

Конец ознакомительного фрагмента.
Приобрести книгу можно
в интернет-магазине
«Электронный универс»
e-Univers.ru