



НАРУШЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ И РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ

КНИГА ДЛЯ
ХОРОШИХ РОДИТЕЛЕЙ
И СПЕЦИАЛИСТОВ

СПЕЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА

Annotation

В пособии представлены подходы к выявлению и коррекции наиболее частых поведенческих нарушений детского возраста: синдрома дефицита внимания с гиперактивностью, тиков, тревожных расстройств, речевых нарушений. Авторы – врачи, нейрофизиологи и психологи, работающие с детьми в Институте мозга человека РАН, Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии и Санкт-Петербургском государственном университете, – раскрывают читателю современное состояние проблемы, включающее нейробиологические основы поведенческих нарушений, медицинские и психологические аспекты диагностики и терапии мозговых дисфункций. Книга предназначена для психологов и педагогов, но будет также интересна родителям.

Нарушения поведения и развития у детей: Книга для хороших родителей и специалистов

**Под редакцией доктора медицинских наук Л. С.
Чутко**

Авторский коллектив

Татьяна Игоревна Анисимова, Оксана Владимировна Защирина, Светлана Юрьевна Сурушкина,
Леонид Семенович Чутко, Юлия Александровна Яковлева

Рецензент – декан факультета клинической психологии СПбГПМА, д-р психол. наук, проф. **В. А.
Аверин**

Введение

Нарушения поведения и развития у детей оказывают неблагоприятное воздействие как на них самих, так на окружающих их людей и общество в целом. Дети с нарушениями развития испытывают трудности с получением образования. Дети с поведенческими нарушениями различного генеза входят в группу высокого риска по развитию аддиктивных расстройств (алкоголизма, наркомании), чаще совершают правонарушения. С точки зрения психопатологии развития разделение патологических и непатологических форм поведения и особенностей хотя и представляет сложности, но является необходимым, так как непатологические формы нарушений поведения нуждаются в первую очередь в педагогической и социальной коррекции в отличие от форм патологических, требующих совместных усилий педагогов, психологов и врачей-специалистов.

Согласно Э. Мэш и Д. Вольф (2003), следует отметить важные особенности, отличающие большинство детских расстройств от недугов взрослых:

☒ *Когда просят помочь детям, часто бывает неясно, кому на самом деле нужно помочь. Дети обычно попадают в поле зрения специалистов вследствие беспокойства взрослых – родителей, педиатров, учителей, – сами дети могут не иметь возможности выбора в подобной ситуации. Это имеет важное значение для понимания того, как выявляются проблемы детей и как мы на них реагируем. Сами дети не обращаются за помощью.*

☒ *Часто трудности детей и подростков связаны с несоответствием их развития ожиданиям взрослых. Нарушение может быть временным, но может являться и первым признаком более серьезных проблем, ожидающих ребенка в будущем.*

☒ *Многие виды проблемного поведения, демонстрируемые детьми и подростками, не являются, в сущности, патологическими; в определенной степени они свойственны большинству детей и подростков. Чтобы решить, что следует предпринять, необходимо быть компетентным в области известных психических расстройств и причиняющего беспокойство проблемного поведения.*

☒ *Вмешательства в случае детей и подростков часто нацелены на то, чтобы обеспечить дальнейшее развитие, а не просто восстановить прежний уровень функционирования психики. В отличие от большинства расстройств, свойственных взрослым, в случае многих детских проблем целью становится развитие способностей и навыков, а не только устранение дистресса.*

Для описания нарушений развития часто используется термин «дизонтогенез (дизонтогенез)», впервые появившийся в работах И. Швальбе 1927 г., под которым в последние десятилетия понимают различные формы нарушений онтогенеза, включая и постнатальный, преимущественно ранний, ограниченный теми сроками развития, когда морфологические системы еще не достигли зрелости.

По мнению В. В. Ковалева (1979), основными клиническими типами психического дизонтогенеза являются два:

☒ ретардация, т.е. замедление или стойкое психическое недоразвитие – как общее, так и парциальное;

☒ асинхрония как неравномерное, дисгармоническое развитие, включающее признаки ретардации и акселерации.

По мнению В. В. Лебединского (1985), психический дизонтогенез может быть представлен следующими вариантами:

- 1) недоразвитие;
- 2) задержанное развитие;
- 3) поврежденное развитие;
- 4) дефицитарное развитие;
- 5) искаженное развитие;
- 6) дисгармоническое развитие.

Данная классификация выделяет отдельные варианты аномалий на основе анализа определения качества нарушения развития.

В. В. Ковалев (1979) дифференцирует возрастные уровни нервнопсихического реагирования у детей и подростков в ответ на различные вредности следующим образом:

- 1) соматовегетативный (0–3 года);
- 2) психомоторный (4–10 лет);
- 3) аффективный (7–12 лет);
- 4) эмоционально-идеаторный (12–16 лет).

Для соматовегетативного уровня реагирования характерна повышенная общая и вегетативная возбудимость с нарушениями сна, аппетита, желудочно-кишечными расстройствами. Данный уровень реагирования является ведущим на раннем возрастном этапе вследствие его уже достаточной зрелости.

Психомоторный уровень реагирования включает преимущественно гипердинамические расстройства различного генеза: психомоторную возбудимость, тики, заикание.

Для аффективного уровня реагирования характерны синдромы и симптомы страхов, повышенной аффективной возбудимости с явлениями негативизма и агрессии.

Эмоционально-идеаторный уровень реагирования является ведущим в пре- и особенно в пубертатном возрасте. В патологии это прежде всего проявляется в так называемых «патологических реакциях пубертатного возраста» (Сухарева Г.Е., 1959.)

Традиционно выделяют психологические и патологические реакции, проявляющиеся нарушениями поведения (Ковалев В. В., 1979; Личко А. Е., 1983; Егоров А. Ю., Игумнов С. А., 2005). Первые представляют собой вариант нормы, вторые – проявление нервно-психических расстройств.

Основными критериями перехода психологических реакций в патологические, по мнению В. В. Ковалева (1979), являются следующие:

- 1) распространение реакции за пределы той ситуации, при которой они возникли;
- 2) утрата психологической понятности поведения;
- 3) присоединение невротических расстройств (раздражительность, нарушения сна, истощаемость, соматовегетативные расстройства).

А. Е. Личко (1983) выдвинул следующие критерии патологичности психологических реакций в детском и подростковом возрасте:

- 1) выраженная интенсивность расстройств (их массивность, некорректируемость);
- 2) склонность к генерализации, т. е. способность к возникновению в самых разнообразных ситуациях под влиянием даже неадекватных стимулов;

- 3) стойкость и склонность приобретать характер патологического стереотипа («клише»);
- 4) склонность к превышению психологического «потолка» отклонений поведения;
- 5) склонность к выраженной социальной дезадаптации.

Необходимо отметить концепцию возрастных кризисов, разработанную Л. С. Выготским, который пишет, что внешне кризисы характеризуются чертами, противоположными стабильным возрастам. В этих периодах на протяжении относительно короткого времени сосредоточены резкие капитальные сдвиги и смещения, изменения и переломы в личности ребенка. По мнению П. П. Блонского (цит. по: Пальчику А. Б., 2002), возрастные изменения могут происходить резко (критически) и постепенно (литически).

Л. С. Выготский выделяет три общих особенности таких периодов:

1. Границы, отделяющие начало и конец кризиса от смежных возрастов, в высшей степени неотчетливы – трудно определить момент его наступления и окончания. Но в середине периода обычно наступает резкое обострение – своеобразная кульминация кризиса и состояние наиболее яркого отличия от устойчивых периодов жизни.

2. Значительная часть детей, переживающих критические периоды, отличается трудностями при воспитании. Дети как бы выпадают из системы педагогического воздействия, которая обеспечивала нормальный ход их воспитания и обучения. В критические возрасты развитие ребенка часто сопровождается более или менее острыми конфликтами с окружающими и болезненными внутренними конфликтами.

3. Развитие в эти периоды, в отличие от устойчивых возрастов, совершает скорее разрушительную, чем созидательную работу. Прогрессивное развитие личности как бы затухает, а на первый план выступают процессы отмирания и свертывания того, что образовалось на предшествующей ступени развития.

Первый возрастной кризис – это кризис новорожденности, смысл которого заключается в адаптации организма к внеутробной жизни. Второй возрастной кризис – это кризис первого года жизни, основным содержанием которого являются становление ходьбы и речи, а также развитие воли.

Периодом третьего возрастного кризиса является трехлетний возраст (Выготский Л. С., 1984). Кризис трех лет – граница между ранним и дошкольным детством – один из наиболее трудных моментов в жизни ребенка. Симптомы кризиса, которые выдвигаются на первый план, называются *первым поясом симптомов* или *семизвездием кризиса трех лет*. *Вторым поясом симптомов* называют последствия основных симптомов и дальнейшее их развитие.

В первый пояс симптомов, включенных Выготским в кризис трехлетнего возраста, входят следующие:

1. *Негативизм*. Все поведение ребенка идет вразрез с тем, что говорят ему взрослые: он не хочет что-нибудь делать только потому, что это предложил кто-нибудь из взрослых.

2. *Упрямство*. Это такая реакция ребенка, когда он настаивает на чем-то не потому, что ему этого сильно хочется, а потому, что он этого потребовал.

3. *Строптивость*.

4. *Своеволие*, заключающееся в проявлении излишней тенденции к самостоятельности.

5. *Протест*. Поведение ребенка приобретает вид протеста, из-за чего часто возникают ссоры с окружающими.

6. *Обесценивание*. Ребенок перестает ценить то, что раньше было для него дорого, то, к чему он был привязан.

7. *Деспотизм* в семье с одним ребенком и *ревность* в семье, где двое и больше детей. Ребенок стремится проявлять деспотическую власть над членами семьи, пытается диктовать свои условия.

Возраст похода ребенка в школу совпадает с четвертым возрастным кризисом – кризисом семи лет (Выготский Л. С., 1984). Кризис школьной адаптации заключается в утрате ребенком непосредственности, возникновении дифференциации внутренней и внешней жизни. Он в значительной мере обусловлен привнесением в жизнь ребенка интеллектуального начала, смыслового восприятия, формированием самооценки, самолюбия. Позитивным моментом этого кризиса служит возрастание самостоятельности ребенка (Пальчик А. Б., 2002).

Согласно Л. С. Выготскому, существует пятый возрастной кризис – кризис подросткового возраста (около 13 лет), который отличается проявлениями подросткового негативизма, противопоставлением своего «Я» окружающему миру, повышенной импульсивностью.

Авторы выражают благодарность за поддержку и понимание директору Института мозга человека РАН, члену-корреспонденту РАН С. В. Медведеву, декану факультета клинической психологии СПб ГПМА, профессору, доктору психологических наук В. А. Аверину за рецензирование работы.

Авторы также глубоко признательны своим семьям за поддержку в процессе подготовки книги.

Глава 1

Задержка психического развития

Понятие о задержке психического развития

Задержка психического развития (ЗПР) – пограничное с умственной отсталостью состояние, т. е. промежуточная форма патологии интеллекта между умственной отсталостью и условно нормативным вариантом психического развития. ЗПР представляет собой группу разнообразных по клинической картине расстройств. В отличие от умственной отсталости, где нарушение интеллекта имеет в первую очередь выраженный и необратимый характер, при ЗПР отмечается замедление темпа психического развития в условиях онтогенеза. У детей с ЗПР нет специфических нарушений слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата, тяжелых нарушений речи, они не являются умственно отсталыми. В то же время у большинства из них наблюдается полиморфная клиническая симптоматика: незрелость сложных форм поведения, недостатки целенаправленной деятельности на фоне повышенной истощаемости, пониженной работоспособности. Коэффициент интеллектуального развития у таких детей составляет 70–90 баллов (при наиболее распространенном варианте нормального интеллектуального развития он составляет 90–109 баллов).

При ЗПР отмечается так называемая мозаичная картина нарушения, при которой одни психические функции остаются сохраненными, а другие – существенно отстают по возрастным срокам развития.

Необходимо отметить, что разнородность состояний, включенных в данную группу, мешает изучению эпидемиологии этого расстройства.

Распространенность ЗПР среди детского населения (как самостоятельной группы состояний) составляет от 1,2 до 8–10 % в общей структуре психической болезненности (Козловская Г. В., Горюнова А. В., 1994). Среди детей подготовительных групп детских садов ЗПР встречается в 5 %, а в младшем школьном возрасте – от 4 до 8 % (Власова Т. А., Лебединская К. С., 1975; Ульенкова У. В., 1980; Крыжановская И. Л., 1983).

Среди мальчиков ЗПР встречается в 2–4 раза чаще, чем среди девочек, что объясняется их большей уязвимостью (Захаров Н. П., 2006).

Данная группа носит гетерогенный характер как в отношении этиологии и патогенеза, так и в отношении клинической картины.

Главные признаки ЗПР (по М. Ш. Вроно):

☐ запаздывание развития основных психофизических функций (моторики, речи, социального поведения);

☐ эмоциональная незрелость; неравномерность развития отдельных психических функций;

☐ функциональный, обратимый характер нарушений.

Данная патология чаще всего обнаруживается на начальных этапах обучения и проявляется в трудностях усвоения знаний, навыков и умений, адаптации к учебным требованиям.

При изучении детей с трудностями в обучении велись поиски термина для обозначения выявленного отставания в интеллектуальном развитии, обуславливающего проблемы в обучении. Одним из таких

терминов стал термин «инфантилизм», который был предложен еще в XIX в. Э. Ш. Ласегом (Lasègne) для характеристики особой формы отставания в психическом развитии, «возникающей под влиянием инфекций и интоксикаций». Известный русский литератор и педагог Н. А. Добролюбов для обозначения таких детей использовал термин «псевдонормальные». Н. И. Озерецкий (1938) выделил группу детей с «замедленным темпом развития», подчеркнув качественное отличие структуры этого нарушения от нарушения интеллекта при умственной отсталости. Сам термин ЗПР введен Г. Е. Сухаревой для обозначения пограничных форм интеллектуальной недостаточности, определяющих стойкую школьную неуспеваемость, но отличающихся от легкой умственной отсталости (F70).

С точки зрения специальной психологии ЗПР относят к одному из типов дизонтогенеза, «при котором наблюдается замедленный темп формирования познавательных процессов и эмоциональной сферы с их временной фиксацией на более ранних возрастных этапах» (Мамайчук И. И., 2000). Психический дизонтогенез – патология психического развития с изменением последовательности, ритма и темпа процесса созревания психических функций.

В педагогической литературе дети с ЗПР характеризуются как «медленно обучающиеся», с «затруднениями в освоении школьных навыков», со «специфическими трудностями в обучении» и т. п. (Горбачевская Н. Л. и др., 1991; Duane M. D., 1989).

В МКБ–10[1] данная патология фигурирует под рубрикой «Смешанные специфические расстройства психологического развития» (Mixed-specific disorders of mental development) (F83). Это плохо определенная, недостаточно разработанная группа расстройств, при которых есть смешение специфических расстройств развития речи, школьных навыков и/или двигательных функций, но нет значительного преобладания ни одного из них, чтобы установить первичный диагноз. Общим для этих специфических расстройств развития является сочетание с некоторой степенью общего нарушения когнитивных функций. Эта смешанная категория может использоваться только тогда, когда есть значительное совпадение специфических расстройств.

В психолого-педагогических исследованиях под ЗПР часто имеют в виду трудности формирования навыков обучаемости – чтения, письма, счета. При этом распространена задержка в овладении сразу несколькими навыками. Не случайно в специальной литературе традиционно стали использовать термин «дети с трудностями в обучении» (children with learning disabilities).

Обобщая результаты современных исследований, можно сделать вывод о том, что *задержка психического развития у детей проявляется в замедленном созревании эмоциональной и волевой сфер, в недостаточном развитии мотивации и познавательной деятельности, обуславливая возникновение общих и специфических трудностей в обучении* (Защиринская О. В., 2007). Во многом это условный диагноз, так как под ним объединяются структурно и динамически разные категории детей, у которых в конечном счете общим оказываются трудности овладения школьной программой. При оказании им своевременной психологической, педагогической и медицинской помощи многие проблемы преодолеваются, и отставание в психическом развитии становится менее заметным.

Причины ЗПР

В прохождении ЗПР играют роль конституционально-генетические, церебрально-органические и психосоциальные факторы.

По мнению М. С. Певзнер (1966), основным механизмом возникновения ЗПР является нарушение созревания и функциональная недостаточность более молодых и сложных систем мозга, главным образом относящихся к лобным отделам коры больших полушарий.

К. С. Лебединская (1982) предложила выделять следующие формы ЗПР по этиологическому принципу:

- ☒ конституционального генеза (психофизический инфантилизм);
- ☒ соматического генеза;
- ☒ психогенно обусловленная задержка психического развития;
- ☒ церебрального генеза.

В рамках каждой из четырех выделяемых форм уточняется клинико-психологическая структура различных проявлений задержки в психическом развитии. Особое значение придается соотношению биологических и социальных факторов, которые являются причинами возникновения отставания в психическом развитии у детей.

1-я форма – *задержка психического развития конституционального происхождения*. Возникает как следствие врожденно-конституциональной этиологии. При данной форме отставания в психическом развитии страдают в основном эмоциональная и волевая сферы, которые находятся на более ранней ступени своего развития.

2-я форма – *задержка психического развития соматического генеза*. Основной причиной ее возникновения является длительная соматическая недостаточность различного генеза: хронические инфекции, аллергические состояния, врожденные и приобретенные пороки развития соматической сферы, в первую очередь сердца.

3-я форма – *задержка психического развития психогенного происхождения*. Ее появление обусловлено неблагоприятными условиями воспитания и обучения, которые препятствуют правильному формированию личности ребенка. Речь идет о так называемом социальном генезе, когда неблагоприятные условия социальной среды возникают очень рано, длительно воздействуют, травмируя психику ребенка, сопровождаясь психосоматическими расстройствами, вегетативными нарушениями.

Развитие личности ребенка с задержкой психического развития психогенного происхождения происходит по основным трем вариантам.

1-й вариант – психическая неустойчивость, возникающая как следствие гипопеки. Ребенок воспитывается в условиях безнадзорности. Недостатки воспитания проявляются в отсутствии чувства долга, ответственности, адекватных форм социального поведения, когда, например, в трудных ситуациях ему не удается справиться с аффектом. Семья в целом не стимулирует психическое развитие ребенка, не поддерживает его познавательные интересы. На фоне недостаточных знаний и представлений об окружающей действительности, что препятствует усвоению школьных знаний, у этих детей проявляются черты патологической незрелости эмоциональной и волевой сфер: аффективная лабильность, импульсивность, повышенная внушаемость.

2-й вариант, при котором выражена гиперопека – изнеживающее воспитание, когда ребенку не прививаются черты самостоятельности, инициативности, ответственности, добросовестности. Часто это

случается с поздно родившимися детьми. На фоне психогенного инфантилизма, помимо неспособности к волевому усилию, характерными для ребенка становятся эгоцентризм, нежелание систематически трудиться, установка на постоянную помощь, желание быть всегда опекаемым.

3-й вариант – неустойчивый стиль воспитания с элементами эмоционального и физического насилия в семье. Его возникновение провоцируют сами родители, грубо и жестоко обращающиеся с ребенком. Один или оба родителя могут быть деспотичны, агрессивны по отношению к собственному сыну или дочери. На фоне таких внутрисемейных отношений постепенно формируются патологические черты личности ребенка с задержкой психического развития: робость, боязливость, тревожность, нерешительность, недостаточная самостоятельность, безынициативность, лживость, изворотливость и, нередко, нечувствительность к чужому горю, что приводит к значительным проблемам социализации.

4-я форма – *задержка психического развития церебрального генеза*. Для этой формы характерна стойкость и выраженность нарушений эмоциональной и волевой сферы, познавательной деятельности. Существует множество мнений по поводу этиологии данной формы задержки психического развития. Выявляется негрубая органическая недостаточность ЦНС, чаще резидуального характера как следствие патологии беременности; недоношенность; постнатальные нейроинфекции; тяжелые заболевания и травмы первых лет жизни.

Различают первичные и вторичные варианты ЗПР (Журба Л. Т., 1980; Лебедев Б. В., 1981; Маслова О. И., 1991; Горюнова А. В., 1994). Первичное отставание является наиболее распространенным среди детей. В его основе лежат гипоксические, травматические, инфекционные, токсические и другие факторы, действующие на развивающийся мозг в перинатальном периоде (родовая травма, гипоксия, внутриутробные инфекции, недоношенность, некоторые наследственные заболевания, эндокринопатии и др.), приводящие к негрубому поражению головного мозга, не достигающему четкого органического нарушения. Вторичные варианты ЗПР возникают на фоне первично неповрежденного головного мозга при хронических соматических заболеваниях (например, при пороках сердца), сопровождающихся церебральной недостаточностью. К данному варианту относят нарушения психического развития при различных формах патологии зрения и слуха, опорно-двигательного аппарата в условиях депривации и т. д.

Специалистами было введено понятие неспецифической или доброкачественной задержки развития, которая обусловлена замедлением темпа созревания морфофункциональных структур головного мозга (Журба Л. Т., Мастюкова Е. М., 1981). Специфическая задержка, по мнению авторов, обуславливается поражением головного мозга.

Руководствуясь патогенетическим принципом, В. В. Ковалев условно разделил все пограничные формы интеллектуальной недостаточности на четыре группы:

☒ *дизонтогенетические формы*, при которых недостаточность обусловлена механизмами задержанного или искаженного развития ребенка;

☒ *энцефалопатические формы*, в основе которых лежит органическое повреждение мозговых механизмов на ранних этапах онтогенеза;

☒ *интеллектуальная недостаточность*, связанная с патологией анализаторов и органов чувств (слуха, зрения);

☒ *интеллектуальная недостаточность*, обусловленная действием механизма в связи с дисгармоничным воспитанием (педагогическая запущенность).

Клинические проявления ЗПР определяются следующими особенностями их развития (Лебединский В. В., 1985):

1) недостаточность динамической организации психических функций (нарушения устойчивости, подвижности, тонуса);

2) парциальная недостаточность отдельных высших психических функций (речь, память, внимание и т. д.);

3) нарушения регуляторных процессов, обеспечивающих контроль и программирование действий.

При оценке нейрофизиологических изменений у детей с психоневрологической патологией выделяют такое понятие, как исполнительная дисфункция (executive dysfunction), которая отмечается на фоне функциональной незрелости головного мозга (Wu K. K., 2002; Carrasco X. et al., 2005). Исполнительские функции, к которым относятся поддерживаемое и избирательное внимание, торможение поведенческих реакций, планирование, определяются работой фронтальной коры и хвостатого ядра. Нарушение этих функций проявляется в недостаточной активности данных структур (Barkley R., 1998; Nigg J. T. et al., 2002).

При оценке поведенческих нарушений у детей уделяют особое внимание или отводят ведущую роль нарушениям тормозящего поведения (Barkley R., 1998). По его мнению, все остальные механизмы вторичны. Тормозящее поведение, или задержка моторной реакции, обеспечивают развитие исполнительских функций, таких, как:

1) оперативная память, которая позволяет удерживать текущую информацию, сравнивая ее с прошлыми событиями и планируемыми будущими действиями (предвидение – антиципация);

2) саморегуляция аффекта – способность контролировать проявление эмоций, чувств;

3) внутренняя речь;

4) воспроизведение – анализ и синтез поведения, креативность. Результатом развития исполнительских функций является становление моторного контроля и целенаправленного адаптивного поведения.

Поведенческое торможение состоит из трех взаимосвязанных механизмов: торможения доминирующей реакции, торможения текущей реакции, контроль над отвлекаемостью на помехи.

Результаты электроэнцефалографических исследований показали, что у детей с ЗПР изменение биоэлектрической активности головного мозга отражает изменения структурно-функциональной организации преимущественно левого полушария, ее незрелость, несформированность лобно-гиппокампальной системы регуляции уровня внимания, незрелость системы коркового торможения и т. д. (Горбачевская Н. Л., Тиокельтауб Ю. А., 1980; Фишман М. Н., 1989; Переслени Л. И. и соавт., 1996).

Разновидности ЗПР

Согласно классификации Ю. Г. Демьянова (1988) выделяют следующие синдромы, определяющие ЗПР:

- 1) ЗПР с церебрастеническим синдромом;
- 2) психический инфантилизм;
- 3) ЗПР с невропатическим синдромом;
- 4) ЗПР с психопатоподобным синдромом;
- 5) задержка психического развития при общем недоразвитии речи;
- 6) ЗПР при тяжелой патологии слуха;
- 7) ЗПР при тяжелых нарушениях зрения;
- 8) ЗПР при детском церебральном параличе;
- 9) ЗПР при тяжелой социально-педагогической запущенности.

Далее описаны некоторые из этих синдромов.

ЗПР с церебрастеническим синдромом

Слово «астения» в переводе с греческого означает «бессилие», «слабость». Под астенией понимают патологическую усталость после нормальной активности, сопровождающуюся снижением энергии, необходимой для обеспечения нормальной жизнедеятельности и внимания, резкое снижение работоспособности.

R. Kraft-Ebing (1890) определял астению как «болезненное состояние нервной системы, главными клиническими признаками которого являются ненормально легкая возбудимость и чрезмерно быстрая истощаемость нервных функций». Ведущим проявлением астенических состояний является так называемая «раздражительная слабость» (Jaspers K., 1963), включающая, с одной стороны, сниженную работоспособность, истощаемость психических процессов, а с другой – повышенную раздражительность, готовность к аффективным вспышкам, обусловленную истощаемостью процессов активного торможения реакций на «незначимые» раздражители.

Церебрастенические расстройства наблюдаются у 40%–70% детей с ЗПР (Гайдук Ф. М., 1986; Марковская И. Ф., 1993). В этиопатогенезе данной формы ведущую роль играют негрубые нарушения течения беременности и родов, а также социальные причины, в первую очередь педагогическая запущенность.

Темп и характер раннего психомоторного развития, как правило, у таких детей не нарушен. Однако у части детей можно отметить более позднее появление фразовой речи. В дошкольном периоде у таких детей отмечаются трудности при запоминании, раздражительность, обидчивость, плаксивость. Во время обучения в начальной школе они будут отличаться неспособностью овладеть навыками чтения, письма, счета. Во время урока дети могут концентрировать внимание не более чем на 10–15 минут, после чего утомляются. К концу рабочего дня они полностью утрачивают работоспособность (Демьянов Ю. Г., 1988, 1999).

Клинические проявления ЗПР характеризуются стойкостью и монотонностью, отсутствием явной связи с настроением и нагрузками. Степень выраженности астении бывает больше степени снижения интеллектуальных способностей.

При неврологическом осмотре регистрируется очаговая и общемозговая неврологическая симптоматика (асимметрия сухожильных и периостальных рефлексов, снижение брюшных рефлексов, симптом Маринеску – Радовичи, патологические стопные знаки).

Частой сопутствующей жалобой являются головные боли сдавливающего или распирающего характера.

Психиатрами было предложено отдельно выделять «резидуальную церебрастению с запаздыванием школьных навыков» (Мнухин С. М., 1968). Низкая работоспособность в таких случаях сочетается с невнимательностью, снижением памяти, замедленным формированием учебных навыков, трудностями в контроле школьных навыков.

Психический инфантилизм

Психический инфантилизм – незрелость личности с преимущественным отставанием в развитии эмоциональной и волевой сфер, сохранением детских качеств личности. У детей психический инфантилизм проявляется в чертах поведения, присущих более младшему возрасту. Причинами психического инфантилизма чаще всего являются относительно легкие поражения головного мозга, часто гипоксического характера. Определенную роль играет конституционально-генетическая предрасположенность, а также особенности воспитания – гипо– или гиперопека (Лебединская К. С., 1982; Ковалев В. В., 1985).

Ведущим признаком психического инфантилизма является эмоционально-волевая незрелость, которая выражается в несамостоятельности, в стремлении к получению удовольствия от игровой деятельности, беспечность, отсутствии чувства долга, ответственности. Такие дети характеризуются слабым исследовательским интересом, симбиотической привязанностью к матери и отсутствием стремления к самостоятельности.

Выделяют следующие основные виды инфантилизма: гармонический (простой) и дисгармонический (органический) (Ковалев В. В., 1995).

Гармонический (простой) инфантилизм – равномерная задержка темпа физического и психического развития, проявляющегося в первую очередь незрелостью эмоционально-волевой сферы, а затем и личности в целом. Дети выглядят несколько младше своего возраста, отличаются хрупким телосложением. Им свойственны поверхностная любознательность, общие нестойкие интересы к окружающему миру, неразвитость интеллектуальных мотивов. Такие дети не устают в играх и быстро отвлекаются при выполнении учебных заданий.

Возрастная динамика гармонического инфантилизма относительно благоприятна. Проявления простого психического инфантилизма уменьшаются с возрастом. В отличие от умственно отсталых детей у детей с инфантилизмом отмечается более высокий уровень абстрактно-логического мышления. Они способны использовать помощь в мыслительной деятельности, переносить усвоенные понятия на новые конкретные задачи и объекты, более продуктивны в самостоятельных видах деятельности. Психофизическая незрелость ребенка при неправильном воспитании приводит к проблемам социализации и отклонениям в поведении ребенка (Астапов В. М., Микадзе Ю. В., 2001).

При инфантилизме сохраняются черты «детскости», особенно в эмоционально-волевой сфере, поведении. Данные особенности развития становятся заметными при поступлении детей в школу. Такие ученики «беспечны, беззаботны, поверхностны в суждениях, не чувствуют ответственности за свои поступки и не способны сдерживать свои желания» (Дьяченко М. И., Кандыбович Л. А., 1998).

Дисгармонический (органический) инфантилизм отличается сочетанием признаков психической незрелости, свойственной простому инфантилизму, с отдельными патологическими чертами характера, среди которых отмечаются аффективная возбудимость, конфликтность, лживость и хвастовство, эгоизм,

капризность. Эмоционально-волевая незрелость, как и при простом инфантилизме, проявляется детскостью поведения, суждений, наивностью, внушаемостью, преобладанием игровых интересов, неспособностью к занятиям, требующим волевого усилия. Особенности интеллектуальной деятельности в этих случаях заключаются в инертности, плохой переключаемости мыслительных процессов. Такие дети могут быть эйфоричны, расторможены, а их игры более однообразны. Кроме того, отмечаются снижение эмоциональной живости и яркости эмоций, поверхностность эмоциональных привязанностей, ограниченность воображения. Игровую, а затем и учебную деятельность характеризуют однообразие и малая заинтересованность в оценке своих действий, отражающая низкий уровень притязаний. Наряду с этим наблюдаются не критичность, двигательная расторможенность и элементы психопатоподобного поведения. Пограничная интеллектуальная недостаточность у этих детей выражена в большей степени, чем при других формах инфантилизма: задерживаются в развитии компоненты когнитивных процессов на фоне снижения психической работоспособности. В отличие от легкой умственной отсталости (F 70 по МКБ-10) при таком расстройстве преобладают признаки эмоционально-волевой незрелости и в меньшей степени недостаточность собственно интеллектуальных функций (способность к обобщению, абстрагированию). В более старшем возрасте черты незрелости эмоционально-волевой сферы сочетаются с девиантным поведением (Ковалев В. В., 1995).

Кроме выше обозначенных разновидностей, Ю. Г. Демьянов (1988) выделяет *психофизический инфантилизм при эндокринной недостаточности*, при котором клиническая картина определяется сочетанием признаков инфантилизма с особенностями психики, типичными для того или иного типа гормональной дисфункции. Так, при гипогенитализме характерны черты инфантилизма в сочетании с вялостью, медлительностью, несобранностью, рассеянностью, бесплодным мудрствованием. При гипофизарном субнанизме признаки незрелости сосуществуют со склонностью к педантизму, расстройствами внимания и логической памяти.

Психогенный вариант инфантилизма рассматривается как выражение аномального формирования личности в условиях неправильного воспитания. Формирующиеся в случаях депривации аффективная незрелость и повышенная лабильность, отсутствие внутренних запретов определяются неправильным воспитанием или длительной эмоциональной и социальной фрустрацией. С возрастом формируется эмоционально незрелая личность. При воспитании по принципу гиперпротекции наряду с инфантильностью ярко выступает эгоцентризм, неумение считаться с окружающими, крайняя несамостоятельность, пассивность, психическая невыносимость, неспособность к напряжению. Деспотичное воспитание детей с физическими наказаниями и постоянными запретами способствует выработке и закреплению эмоционально-волевой незрелости в виде сниженной инициативной активности, недостаточной самостоятельности, нерешительности. Однако всем разновидностям психогенного инфантилизма свойственны социальная незрелость личности в виде недостаточности или отсутствия высших этических установок и системы нравственных норм. У таких детей остаются недостаточно сформированными позитивно направленные социальные и интеллектуальные интересы, потребность в труде, чувство долга, отмечается искаженное понимание своих социальных обязанностей, своего будущего. Все это составляет основу для девиантного поведения таких детей (Лебединская К. С., 1982).

ЗПР с невропатическим синдромом

Термин «невропатия» для обозначения детей с так называемой «детской» нервностью, выявляющейся на резидуально-органическом фоне, в последние годы не используется. Начиная с младенческого возраста для таких детей характерны следующие проявления: капризность, крикливость, чрезмерная подвижность, сопровождаются нарушениями сна. Такие дети отличаются выраженной эмоциональной лабильностью, страхами, чрезмерной отвлекаемостью. Частым сопутствующим

расстройством являются тики. На наш взгляд, состояние таких детей можно расценивать как проявление органического астенического расстройства (F 06.6) умеренной степени.

ЗПР с психопатоподобным синдромом

В данном случае клинические проявления определяются выраженными поведенческими нарушениями. Такие дети отличаются выраженным упрямством, крикливостью, агрессивностью, вспышками гнева. В более старшем возрасте эти черты сочетаются с девиантным поведением.

ЗПР при общем недоразвитии речи

Речь является одним из основных видов коммуникативной деятельности человека и представляет собой использование средств языка для общения. У ребенка с нарушением развития речи снижаются возможности по получению и переработке информации, страдает эмоциональная сфера и гармоничность формирования межличностных отношений. При более выраженной речевой патологии наблюдается заметное снижение темпа психического развития ребенка, его социальной адаптации. Развитие языка и речи является неотъемлемой частью психического онтогенеза. Сама структура языка тесным образом связана со структурой базовых психических процессов и поведения (Корнев А. Н., 2006).

Наиболее выраженные признаки ЗПР наблюдаются при *алалии* – системном недоразвитии речи вследствие поражения корковых речевых зон в доречевом периоде.

Моторная алалия связана с проявлением оральной апраксии и характеризуется недоразвитием моторной речи. Формирование речи происходит с запаздыванием, нарушена как лексико-грамматическая, так и фонетическая сторона речи. Ребенок испытывает специфические затруднения в построении фраз, искажает слоговую структуру слов (переставляет и пропускает звуки и слоги). При этом отмечается недоразвитие активного словаря, а понимание обращенной речи относительно сохранено.

Словарный запас у детей с моторной алалией развивается медленно, ограничен рамками обиходно-бытовой тематики, качественно неполноценен (выявляется неправомерное расширение и сужение значений слов, отмечаются многочисленные ошибки в их употреблении). Ребенок не может объяснить значение слов, не умеет пользоваться средствами словообразования.

Дети затрудняются при использовании предлогов и союзов, в их речи нет четкости родовых и числовых окончаний, неправильно используются смыслоразличительные приставки.

У детей с алалией выявляется общая моторная неловкость, неуклюжесть, дискоординация движений. Такие дети не могут стоять и прыгать на одной ноге, ходить на носках и на пятках, бросать и ловить мяч, ходить по бревну и т. д. Как реакция на речевую недостаточность может отмечаться замкнутость, негативизм, неуверенность в себе.

Отмечаются трудности формирования гнозиса, праксиса, ограниченность и неустойчивость внимания, восприятия, продуктивной деятельности.

У детей с алалией наблюдается бедность логических операций, снижение способности к символизации, обобщению и абстракции, нарушение орального и динамического праксиса, акустического гнозиса, т. е. снижены интеллектуальные операции, требующие участия речи.

В процессе развития речи дети с моторной алалией приобретают те или иные речевые навыки, но зачастую остаются детьми с недоразвитой речью.

Сенсорная алалия характеризуется нарушением понимания обращенной речи при наличии сохранного слуха. Одновременно с этим отмечается недостаточность более высокого уровня слухового восприятия (нарушения слухового гнозиса), поэтому ребенок неточно понимает обращенную речь. При сенсорной алалии всегда имеет место недоразвитие моторной речи. У таких детей не формируется

фонематическое восприятие, не дифференцируются фонемы и не воспринимается слово целиком, отмечается несформированность акустико-гностических процессов, понижение способности к восприятию речевых звуков.

При сенсорной алалии связь между словом и предметом (действием), который оно обозначает, не формируется. При сохранности звукопроводящей функции слухового анализатора у детей выявляется неспособность локализовать звук в пространстве, выявляются нарушения слуховой памяти, индифферентность к звуковым раздражителям.

Дети с сенсорной алалией спонтанно могут повторить отдельные слоги, звукосочетания, слова и короткие фразы, воспринимаемые ими из окружающего мира, без специального обучения, хотя повторение их является нестойким. У таких детей при отсутствии понимания становится невозможной или грубо искажается собственная речь. Дети пользуются для общения жестами, мимикой. Они правильно реагируют на изменение интонации, не понимая при этом слов-обращений. Не улавливая смысла, ребенок проговаривает воспринимаемую на слух речь и отдельные слова (эхолалия).

В соответствии с МКБ-10 в клинической практике используется термин «специфические расстройства развития речи» (СРРР) (F 80). Данное понятие затрагивает лишь категорию первичных нарушений развития речи, при которых выполняются следующие условия: ребенок имеет соответствующий возрасту интеллект, нормальный слух и необходимые условия для овладения речью. Задержка в развитии или повреждение проявляются без предшествующего периода нормального развития, течение заболевания постоянное, без ремиссий или рецидивов.

В понятие «специфические расстройства развития речи» не входят дизартрия, ринолалия, афазия, речевые нарушения, обусловленные нарушением слуха, умственной отсталостью, аутизмом, соматическими или неврологическими заболеваниями, социальными факторами.

Диагноз СРРР предполагает, что специфическая задержка находится в значительном несоответствии с общим уровнем когнитивного функционирования.

F 80.0. Специфическое расстройство речевой артикуляции. Специфическое расстройство развития, при котором использование ребенком звуков речи ниже уровня, соответствующего его умственному возрасту, но при котором имеется нормальный уровень речевых навыков.

F 80.1. Расстройство экспрессивной речи. Специфическое нарушение развития, при котором способность ребенка использовать выразительную разговорную речь заметно ниже уровня, соответствующего его умственному возрасту, хотя понимание речи находится в пределах нормы. При этом могут быть или не быть расстройства артикуляции.

F 80.2. Расстройство рецептивной речи. Специфическое нарушение развития, при котором понимание ребенком обращенной речи ниже уровня, соответствующего его умственному возрасту.

При этом экспрессивная речь также заметно нарушена и могут иметь место нарушения звукопроизношения. При таком расстройстве возможна подражательная речь с непониманием ее смысла – эхолалия.

В англоязычной литературе для обозначения первичных речевых нарушений наиболее широко используется термин «specific language impairment», или «SLI» (Leonard L., 1998).

Частота встречаемости первичных нарушений речевого развития в детской популяции составляет в среднем около 7,5 % (Tomblin J. B. et al., 1997). По данным D. Vonneau и соавторов (2004), этой патологией страдает 5–10 % детей дошкольного возраста. Большинство исследований обнаружили преобладание мальчиков в данной группе детей (Stanton-Gharpman et al., 2002; Корнев А. Н., 2006). По мнению I. Richard

(2004), факт значительного преобладания мальчиков в группе детей с СРРР предполагает наличие двух факторов, влияющих на развитие данной патологии: генетического и раннего гормонального воздействия.

Значительную роль в этиологии СРРР играют наследственные факторы. По данным А. Н. Корнева (2005), в ряде случаев одним из звеньев патогенеза является резидуально-органическое поражение головного мозга. Наиболее частой причиной является хроническая внутриутробная гипоксия плода, острые гипоксические состояния во время родов. У 79 % детей с первичным недоразвитием речи в анамнезе отмечались вредности ante- или peri- и постнатального периодов. Отмечается также, что в этиологии случаев избирательных и неосложненных форм недоразвития речи, приводящих к нарушениям средней степени тяжести, вероятно, преобладают наследственные факторы. При осложненных, тотальных формах недоразвития речи большую роль в их этиологии играют экзогенные факторы (Корнев А. Н., 2005).

Хотя по определению диагноз «специфическое расстройство развития речи» относится к детям с нормальным интеллектом, исследования показывают, что большинство из них имеют невербальный интеллект у нижней границы нормы (Stothard S. et al., 1998; Gauger L. M. et al., 1997). А. Н. Корнев в своих исследованиях показал, что у большинства детей с недоразвитием речи выражена дисгармония между сформированностью вербальных и невербальных интеллектуальных операций в пользу последних, однако все же при общем недоразвитии речи в невербальной сфере интеллекта около 80 % детей имеют те или иные недостатки.

Частой ситуацией является сочетание специфических расстройств развития речи и дислексии (Stothard S. et al., 1998; Snowling M. et al., 2000; Catts H., 1993). По данным G. M. McArthur и соавторов (2000), нарушения чтения имеют 51 % детей со специфическими расстройствами развития речи. Часто эти дети имеют повышенный уровень тревоги, чрезмерную застенчивость, заниженную самооценку (Корнев А. Н., 2006; Заваденко Н. Н., 2003).

Как отличить ЗПР от умственной отсталости

Важнейшим отличием детей с задержкой психического развития от умственно отсталых сверстников является их способность принимать и использовать помощь в процессе коррекционного обучения, тем самым демонстрируя положительную динамику в своей обучаемости.

Критерии диагностики ЗПР подразделяют на абсолютные и факультативные (Захаров Н. П., 2006). К первой категории относят способность к обобщениям на должном уровне, которая у детей с ЗПР, в отличие от страдающих умственной отсталостью, присутствует, хотя и несколько отстает от нормы по срокам становления. Для этой цели используют трактовку пословиц и поговорок с выявлением их переносного смысла (например, «Без труда не вытащишь и рыбку из пруда»), тестов на определение сходства и различий предметов (например, «Чем отличается тетрадь от книги?»). Логическое мышление оценивается с помощью составления рассказа по картинкам. Другой абсолютный критерий – это обучаемость, подразумевающая способность к усвоению новых видов деятельности.

К факультативным критериям относят состояние предпосылок интеллекта, объем знаний, школьную успеваемость, социальную адаптацию и т. д.

Исследования детей с нарушением интеллекта позволяют составить перечень основных отличий легкой умственной отсталости от задержки психического развития церебрального происхождения на основании учета психофизиологических, клинко-психологических и педагогических проявлений первичного нарушения в развитии (табл. 1).

Особенности когнитивной сферы у детей с ЗПР

Нарушение внимания

У детей с разными формами ЗПР наблюдаются нарушения произвольного внимания. Типичным является снижение его концентрации, которое отрицательно сказывается на процессе обучения. Недостатки внимания обусловлены функциональными или органическими нарушениями центральной нервной системы и приводят к неспособности сосредоточиваться на выполнении заданий игрового или учебного характера.

У учащихся с ЗПР встречается повышенная истощаемость, что выражается в кратковременной продуктивности при выполнении заданий с быстрым нарастанием ошибок по мере достижения цели (Чупров Л. Ф., 1987). Нередко при этом нарастающая рассеянность проявляется в постоянном переключении внимания на различные объекты. Многократные проявления недостатков произвольного внимания в учебном процессе являются характерными для детей с ЗПР.

Проблемы произвольного внимания могут по-разному отражаться на учебном процессе у младших школьников с ЗПР. Например, ученик пишет текст и сосредоточивается только на том, чтобы передать его содержание, не замечая ошибок, искажений слов. Когда же ребенок обращает внимание на ошибки и правильное написание слов, то оказывается неверным содержание текста. В данном случае рассматриваются проблемы распределяемости произвольного внимания, от сформированности которого во многом зависит успешность процесса обучения.

Значительные недостатки произвольного внимания у детей с ЗПР встречаются при утомлении, на фоне астении, при отсутствии мотивации к учебной деятельности. Перечисленные нарушения внимания являются наиболее характерными для детей с ЗПР церебрально-органического происхождения. С учетом практики работы с детьми в школе выделяются различные особенности проявления расстройств их внимания (Тржесоглава З., 1986). Среди них:

- 1) повышенная истощаемость произвольного внимания;
- 2) недостаточная способность концентрации внимания;
- 3) чрезвычайное ограничение объема внимания, при котором дети воспринимают недостаточное количество информации, что приводит к фрагментарности восприятия и искажению результата деятельности;

Таблица 1

Сравнительный анализ задержки психического развития церебрального происхождения и легкой умственной отсталости (по О. В. Заширинской)

<p>Задержка психического развития церебрального происхождения</p>	<p>Легкая умственная отсталость (F70)</p>
<p>Данная группа по своему составу очень неоднородна. В некоторых случаях можно утверждать о явных индивидуальных различиях ребенка по сравнению с другими детьми. Причины возникновения задержки психического развития у такого ребенка могут носить комплексный характер, когда встречается сочетание биологического и социального факторов.</p>	<p>Группа этих детей более однородна по своему составу, чем сверстники с задержкой психического развития. Причиной этого является тотальное, органическое, стойкое поражение центральной нервной системы (головного мозга).</p>
<p>Не отмечается стойких, резко выраженных органических нарушений в динамике протекания нервных процессов. С возрастом они в значительной мере нивелируются. Развитие ребенка начинает приближаться к параметрам возрастной нормы. Условно считается, что к концу младшего школьного возраста эти дети выравниваются по своим психическим и образовательным возможностям со здоровыми сверстниками. Отставание в психическом развитии на фоне систематического школьного обучения может принимать различные формы школь-</p>	<p>Прогноз их развития менее благоприятен. Определенные социальные и интеллектуальные улучшения наблюдаются к пубертатному возрастному периоду при неосложненных формах умственной отсталости. Из-за когнитивного недоразвития коррекционная помощь не всегда способна улучшить их социальный и образовательный статус. Существует так называемый предел их обучаемости («эффект плато» по А. Р. Лурия). Для этих детей важнее не формирование учебных знаний, умений и навыков, а их социальное развитие.</p>

<p>ной неуспеваемости. Патогенную роль здесь будут играть социальные и педагогические условия обучения.</p>	
<p>Дети с признаками церебрастенического синдрома быстро утомляются. Особенно они избегают интеллектуальной нагрузки. У них снижена работоспособность. Требуются оптимальные условия для общего развития и обучения: замедленный темп предъявления заданий; дополнительные разъяснения; смена трудных и простых заданий; индивидуальный режим дня; дозированная учебная нагрузка.</p>	<p>Заметная инертность деятельности. Наличие двигательных и вербальных стереотипов. Дети нуждаются в частых повторениях, которые могут иметь достаточно однообразный характер. Без постоянного подкрепления наступает быстрое забывание, утрачиваются сформированные навыки. Для их обучения требуются максимально простые речевые инструкции. Наиболее успешно усваиваются элементарные знания, навыки, которые являются частью жизненного опыта ребенка.</p>
<p>Не сформированы предпосылки к реализации мыслительной деятельности. Отмечается отставание в развитии мышления. При определенных условиях дети способны достигать нормативных показателей интеллектуальной деятельности. Неравномерный характер интеллектуального развития. Преобладание индивидуальных вариантов возрастной динамики формирования мыслительной деятельности.</p>	<p>На фоне общего психического недоразвития имеется нарушение мышления. Отмечается наличие ограничения в развитии мышления, невозможность достичь уровня нормального интеллекта ($IQ < 70$). Нарушение интеллекта носит всесторонний характер. Диагностируется недоразвитие всех форм и операций мыслительной деятельности. Речь не имеет решающего значения для стимулирования развития мыслительной деятельности.</p>

<p>Возможно и необходимо стимулировать развитие мышления за счет применения активной речи. Дети постепенно начинают использовать возможности мышления для самостоятельного решения познавательных задач.</p>	<p>Дети склонны заучивать определенные приемы мыслительной деятельности, осваивают интеллектуальные шаблоны. У них преобладают стереотипы мышления, что затрудняет перенос усвоенных знаний на новые учебные и жизненные ситуации. Мыслительная деятельность требует постоянного внешнего стимулирования.</p>
<p>Речь хорошо развита. В дошкольном возрасте обычно требуется логопедическая помощь. При педагогической запущенности словарный запас ребенка ограничен. Он недостаточно свободно оперирует знаниями и представлениями об окружающей действительности. За словами не всегда имеется конкретное представление о предметах и явлениях. Важным коррекционным приемом для обучения этих детей становится вербализация собственных интеллектуальных действий. Проговаривание последовательности выполнения различных заданий способствует повышению успешности в их обучении, формировании навыков самоконтроля, когнитивном развитии.</p>	<p>В первые годы жизни могут активно не использовать собственную речь. В зависимости от органического поражения головного мозга «безречевой период» может длиться до 3–4 лет. Длительное время речь не становится средством коммуникации. Словарный запас ограничен. В устных речевых высказываниях много словесных стереотипов. Недоразвитие речи затрудняет процесс обучения. Словесная регуляция действий формируется с очень большими затруднениями.</p>
<p>Требуется постепенное усложнение учебного материала с учетом зоны ближайшего развития ребенка.</p>	<p>В коррекционной работе эффективным является постоянное, достаточно однотипное (однообраз-</p>
<p>Важно дозировать когнитивную сложность интеллектуальных задач. Ребенку важно чувствовать себя успешным, чтобы сохранялась мотивация в учебном процессе. Формы подачи учебного материала могут быть достаточно разнообразны. Однотипное предъявление заданий, шаблонность приводят к утрате познавательного интереса.</p>	<p>ное) повторение всех интеллектуальных действий. Не требуется большого разнообразия дидактических приемов в подаче учебного материала. Важна его связь с повседневным опытом ребенка.</p>

4) «неселективное» внимание, которое проявляется в неумении сосредоточиться на существенных признаках воспринимаемых объектов;

5) частая переключаемость внимания. В этом случае подразумевается спонтанная реакция детей на разные внешние раздражители. Они не могут долго сосредоточиваться на выполнении учебных заданий;

6) инертность внимания, выражающаяся в снижении способности переключать внимание с одного вида деятельности на другой.

Указанные особенности нарушения произвольного внимания у детей с ЗПР приводят к тому, что они:

- препятствуют реализации мыслительной деятельности;
- препятствуют активации сосредоточенности и избирательности в познавательной деятельности;
- затрудняют реализацию процессов восприятия и памяти.

На начальном этапе обучения ребенка с ЗПР в школе внимание характеризуется неустойчивостью, повышенной отвлекаемостью. Данные недостатки особенно ярко проявляются при длительном выполнении однообразных учебных заданий. Отвлечение внимания, снижение его концентрации наблюдаются при утомлении. Учащиеся с ЗПР перестают воспринимать новую информацию. В учебных знаниях постепенно накапливаются значительные пробелы. В письменных работах детей появляется множество ошибок, исправлений.

В учебной деятельности приходится учитывать некоторые основные особенности произвольного внимания детей с ЗПР. Во-первых, у них наблюдаются частые переходы от состояния активности внимания к полной пассивности (так называемая смена «рабочих» и «нерабочих» настроений), что связано с их нервно-психическим состоянием. Причем у учителя может создаваться ложное впечатление, что для данных изменений не имеется никаких оснований, они возникают без видимых внешних причин. Во-вторых, на успешность выполнения учебных заданий отрицательно влияют не только характеристики произвольного внимания, но также и учебные обстоятельства, такие, как сложность задания, значительный объем работы в классе.

В процессе наблюдения за обучением в классе были выявлены особенности динамики произвольного внимания учащихся с ЗПР, что позволило условно разделить их на три большие группы.

1-я группа учащихся – у них максимальное сосредоточение внимания наблюдается в начале урока, учебного дня. По мере усвоения новых знаний оно постоянно и неуклонно снижается.

2-я группа учащихся – сосредоточение внимания наступает не сразу. Требуется постепенная вработываемость. Дети медленно включаются в выполнение учебных заданий.

3-я группа учащихся – наблюдается периодичность в сосредоточении внимания.

Психологическая коррекция нарушения внимания требует длительного времени и условий, при которых дети могут работать, не отвлекаясь, постепенно приобретая усидчивость и аккуратность. Важно помогать ребенку формировать навык самоконтроля в учебном процессе. Одновременно востребованными будут различные коррекционные приемы для преодоления нарушений произвольного внимания, в частности, это может быть предъявление интересных, лично значимых заданий.

Нарушение восприятия и пространственно-временных представлений

Психолого-педагогическое изучение процесса зрительного восприятия у детей с ЗПР показало, что недостатки развития этого психического процесса сочетаются с проблемой формирования мыслительной деятельности, снижают их возможности в обучении.

Хорошо выделяя контурные фигуры, перечеркнутые линиями и штрихами, такие дети затрудняются при вычленении изображений, наложенных друг на друга, с ошибками понимают задания, связанные с определением направлений. Дошкольники с ЗПР хуже своих нормально развивающихся сверстников ориентируются на плоскости листа: не могут расположить предмет или рисунок в заданном месте, при выполнении графических заданий пропускают строчки и клеточки. Они плохо анализируют формы геометрических фигур, не могут соотнести предметы по двум-трем признакам: цвет, форма, величина. У всех детей с ЗПР старшего дошкольного возраста по результатам диагностики не выявляется сформированность метрического восприятия и пространственных представлений, достаточных для успешного усвоения школьной программы (Дунаева З. М., 1980).

Скорость восприятия младших школьников с ЗПР характеризуется выраженной замедленностью по сравнению с нормально развивающимися сверстниками. Им требуется больше времени для приема и переработки информации в условиях учебного процесса (Белый Б. И., 1989). При наблюдении за детьми в школе отмечались существенные затруднения в выполнении заданий, связанных с целенаправленным рассматриванием и узнаванием различного по содержанию материала (Переслени Л. И., 1990). В частности, указывалось на большое количество ошибок, допускаемых ими при списывании текста, а также при воспроизведении геометрических фигур по зрительному образцу. Недостатки восприятия отрицательно сказываются на развитии всех произвольных видов деятельности, особенно у детей с ЗПР церебрального генеза.

В экспериментальных исследованиях выявлены различные особенности зрительного восприятия младших школьников с ЗПР, которым не всегда удается успешно справляться с последовательным усвоением большого объема информации (Спионек Х., 1972). Усложнение материала при зрительном предъявлении объектов приводит к затруднениям целостного понимания усваиваемой информации.

Особенности восприятия школьников с ЗПР во многом связаны с недостаточной сформированностью пространственных представлений. Они плохо ориентируются в сторонах тела, испытывают затруднения при малейшем усложнении заданий и необходимости дать вербальный отчет о проделанных конструктивных действиях в тетради, на доске. Ориентировка в направлениях пространства осуществляется развернуто лишь на уровне практических действий, а не в умственном плане. Автоматизация этого умения, характерная для нормально развивающихся учащихся 1-го года обучения, у их сверстников с ЗПР формируется со значительным замедлением. Особенно сложна для них ориентировка в условиях мысленной перестановки изображения на 90 и 180 градусов.

Экспериментальные исследования выявили определенную последовательность в формировании у детей с ЗПР пространственных представлений. Сначала в дошкольном возрасте формируются представления о форме предметов, а к концу обучения в начальной школе около 70 % учащихся справляются с воспроизведением даже сложных геометрических форм (Шошин П. Б., 1984). С отставанием от нормативных сроков развития появляются представления о величине предметов в условиях их зрительного соотнесения и понимания принципа пространственной расположенности их частей. Значительными являются трудности у детей с ЗПР в восприятии и словесном обозначении пространственных соотношений между предметами. Формирование этого навыка происходит в два этапа. Постепенно возникает умение осуществлять действия с предметами по словесной инструкции, а потом дети учатся самостоятельно словесно обозначать взаиморасположение предметов. Затруднения в определении пространственных отношений между предметами объясняются тем, что в их основе нет реального, конкретного образа – они по существу абстрактны, требуют усилий репродуктивного воображения.

Нарушение памяти

Память занимает существенное место среди всех психологических особенностей детей с ЗПР. Многочисленные клинические и психолого-педагогические исследования показали, что недостаточная сформированность мнестических процессов зачастую является главной причиной трудностей в школьном обучении.

Одной из основных причин недостаточного развития произвольной памяти является снижение познавательной активности (Поддубная Н. Г., 1976). Младшие школьники не только со значительными затруднениями воспроизводят словесный материал, но и затрачивают на его припоминание заметно больше времени, чем их нормально развивающиеся сверстники. Главное отличие заключается не столько в неодинаковой продуктивности ответов, сколько в разном отношении к поставленной цели. Учащиеся с ЗПР самостоятельно не предпринимают систематических попыток более точного припоминания информации и редко используют для этого вспомогательные мнемонические приемы.

Одной из основных причин неуспеваемости учащихся с ЗПР в школе является снижение показателей их произвольной памяти, что приводит к плохому усвоению содержания текстов, таблиц, схем (Масюкова Н. А., 1986). Детям трудно удерживать в уме цель и условия задач, упражнений и других учебных заданий, им свойственно колебание продуктивности памяти.

Известно, что в младшем школьном возрасте наглядный материал усваивается лучше вербального. Для детей с ЗПР является особенно важной форма предъявления информации для запоминания. Преобладание у них наглядной памяти над словесно-логической проявляется более отчетливо, чем у нормально развивающихся сверстников. В данном случае мнестическая деятельность детей с ЗПР характеризуется рядом своеобразных черт. Прежде всего, недостаточным умением использовать рациональные способы запоминания. Большинство детей младшего школьного возраста владеют приемом смысловой группировки материала по родовому признаку, но одни из них классифицируют предметы на достаточно высоком уровне словесно-логического обобщения, другие действуют лишь интуитивно практически, словесно не обозначая выделяемые группы предметов при воспроизведении.

Одной из наиболее важных характеристик произвольной памяти является эффективность опосредованного запоминания. Использование как внешних, так и внутренних опор является наиболее действенным способом увеличения границ памяти и незаменимым средством компенсации ее недостатков у школьников с ЗПР. Этой цели служит, в частности, ассоциативное и смысловое увязывание запоминаемого материала с прошлым опытом. Овладение умением пользоваться приемами опосредованного запоминания информации особенно важно для детей с ЗПР, имеющих недоразвитие памяти. Без специального обучения приемам запоминания они испытывают серьезные затруднения в применении наглядных опор при воспроизведении словесного материала. Вспомогательные средства в виде картинок не всегда повышают продуктивность их работы. Овладение операцией установления смысловых связей между информационными единицами текста еще не гарантирует успешности переработки и воспроизведения словесного материала.

Механическое запоминание может не отличаться от нормы, но отмечается ослабление смысловой и логической памяти, что связано со снижением способности к рядообразованию, волевому и психическому напряжению (Егорова Т. В., 1973; Иванов Е. С., 1971). Такие недостатки памяти при ЗПР отражают слабость мыслительной деятельности детей в силу преобладания предметно-конкретного мышления и во многом связаны с особенностями внимания и эмоционально-волевой сферы.

Кратковременной памяти детей с ЗПР также присущ целый ряд особенностей (Подобед В. Л., 1981). Характерным является общее недоразвитие кратковременной памяти у этих младших школьников при неодинаковом уровне сформированности ее различных сторон.

На протяжении обучения в начальных классах школы у учащихся с ЗПР улучшаются основные

показатели кратковременной памяти: объем, скорость, точность, помехоустойчивость. Наибольшее возрастное улучшение показателей запоминания у них проявляется в тех заданиях, которые являются легкими и средне трудными.

Клинические и психолого-педагогические данные свидетельствуют о том, что отклонения в развитии памяти являются типичными для ЗПР. Нарушения памяти имеют у детей с ЗПР сложный вид. Отличительным признаком структуры мнестической деятельности при ЗПР является *патологическая затронутость одних сторон памяти при относительной сохранности других*. Конкретные проявления указанной неоднородности развития процессов запоминания, сохранения и воспроизведения в значительной мере индивидуальны.

Нарушение мышления

Существует целый ряд отличительных характеристик мыслительной деятельности младших школьников с ЗПР. Среди них отмечаются *недостатки ее мотивационного компонента*: сниженная познавательная активность, стремление избегать интеллектуального напряжения – вплоть до отказа от выполнения умственных задач. Установлено, что мотивационная основа мышления у 70 % этих детей является неустойчивой, недифференцированной по сравнению с нормально развивающимися сверстниками (Пускаева Т. Д., 1986). У школьников с ЗПР распространенными являются нерациональные способы регуляции мыслительной деятельности. Характерны затруднения словесного опосредования совершаемых ими действий при решении интеллектуальных задач. Не удается четко объяснить замысел выполнения учебных действий. Они не умеют свободно комментировать в речи свои достижения или ошибки. Указанные особенности мышления детей с ЗПР относятся к *модально-неспецифическим закономерностям* психического развития в условиях дизонтогенеза (Сорокин В. М., 2003).

В процессе психического развития качественным своеобразием мышления детей с ЗПР к началу школьного обучения становятся:

- 1) неумение ставить перед собой конкретную цель при самостоятельном решении мыслительных задач;
- 2) отсутствие поэтапного планирования умственных действий;
- 3) непонимание важности поиска рациональных способов решения интеллектуальных задач;
- 4) стремление в большинстве случаев использовать метод эмпирических проб (метод «проб и ошибок») при решении интеллектуальных задач на уровне наглядно-действенного мышления (Мамедов К. К., 1991).

У школьников с ЗПР в процессе обучения замедленно по сравнению с нормально развивающимися детьми формируются *умственные операции* анализа, синтеза, сравнения, обобщения, классификации, систематизации, абстрагирования.

Отрицательно на развитии мыслительной деятельности сказывается *сниженная познавательная активность*, что в первую очередь проявляется в отсутствии интереса к решению интеллектуальных задач. Младшие школьники с ЗПР не умеют самостоятельно организовать выполнение заданий, поскольку:

- у них отсутствует этап ориентировки в задании;
- они заранее не составляют плана собственных действий;
- склонны к простейшему манипулированию предметами, объектами, частями информации из общего содержания интеллектуальных задач;
- без предварительного обдумывания торопятся предлагать неадекватный вариант решения задачи.

Отличительными особенностями мыслительной деятельности младших школьников с ЗПР являются:

1) неумение предвидеть результаты собственных интеллектуальных действий, т. е. речь идет о несформированности антиципирующего анализа (от лат. *anticipation* – предвосхищение);

2) недостаток подвижности образов-представлений, что, в свою очередь, затрудняет скорость реализации мыслительных операций: установить симметричные отношения между объектами, мысленно произвести изменения воспринимаемых объектов (перевернуть рисунок на 180 градусов, «дорисовать в уме» недостающие части и детали объекта).

Характерной особенностью детей с ЗПР является неравномерное развитие всех форм мышления. К началу школьного обучения наиболее развитой оказывается наглядно-действенная форма мышления, однако дети с ЗПР продолжают испытывать значительные трудности при решении практических познавательных задач (Защиринская О. В., 1994). Длительное время в процессе обучения внешние действия продолжают заменять учащимся с ЗПР выполнение конкретно-образных действий в умственном плане. Они продолжают манипулировать объектами, частями заданий, заменяя внешними действиями функции операций мышления. Указанное отставание в развитии этих форм мышления непосредственно проявляется при выполнении заданий, требующих участия остальных форм мышления.

Особенности *логического мышления* у школьников с ЗПР наиболее заметны при построении логических выводов (умозаключений), когда важную роль выполняет умение детей оперировать понятиями, формулировать суждения, делать выводы с опорой на свои знания и личный опыт. По своим логическим суждениям младшие школьники с ЗПР в целом приближаются к нормально развивающимся детям, а по умению строить выводы из двух логических предпосылок и доказывать истинность суждений – ближе к умственно отсталым учащимся.

Глава 2

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью

Дети и подростки, страдающие синдромом дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ), отличаются неусидчивостью, отвлекаемостью, гиперактивностью, импульсивностью. СДВГ встречается у достаточно большого количества детей в популяции и ведет к значительным нарушениям социальной адаптации.

Распространенность заболевания

СДВГ представляет собой большую социальную проблему, так как встречается у значительного числа детей. Результаты различных эпидемиологических исследований говорят о существенном разбросе данных о распространении заболевания. Средние оценки распространения СДВГ лежат в пределах 4–12 % (Brown R. T. et al., 2004). В то же время у взрослых СДВГ встречается в 1–2,5 % случаев (Kooij J. et al., 2005).

Столь широкий разброс значений объясняется применением разных диагностических критериев и отсутствием единообразия в составе исследуемых групп. При оценке распространения СДВГ учитываются сообщения учителей, родителей и врачей, которые далеко не всегда согласуются между собой, так как поведение ребенка может меняться в зависимости от ситуации. Кроме того, завышенные результаты распространения СДВГ можно объяснить использованием психологических тестов оценки внимания, а не клинических критериев.

Авторами данного исследования (Л. С. Чутко, А. В. Сазонова, О. В. Коноплева, К. А. Айтбеков) сделана попытка сравнительного изучения распространенности СДВГ среди школьников г. Санкт-Петербурга и школьников г. Шымкента (Казахстан). Анкетирование родителей проводилось на основании критериев DSM-IV. К исследованиям были привлечены родители 1086 учащихся семи школ Санкт-Петербурга и 1174 учащихся школ Шымкента. В результате предположительные признаки СДВГ были выявлены у 6,3 % школьников Санкт-Петербурга и 4,7 % школьников Шымкента.

СДВГ в 3–4 раза чаще встречается у мальчиков (August G. J. et al., 1998; Barkley R. A., 1998). Относительное преобладание СДВГ среди них объясняют рядом причин: более высокой уязвимостью плодов мужского пола по отношению к различным воздействиям; большей степенью специализации больших полушарий мозга у мальчиков по сравнению с девочками, что обуславливает меньший резерв компенсаторных возможностей функций при поражении систем мозга, обеспечивающих высшую нервную деятельность (Корнев А. Н., 1995). Кроме того, у мальчиков СДВГ регистрируют чаще по причине их агрессивного поведения, а невнимательность у девочек гораздо реже сопровождается деструктивным поведением (Szatmari P., 1992).

СДВГ встречается у детей во всех социально-экономических группах. При этом ряд авторов отмечает, что несколько чаще СДВГ фиксируется в малообеспеченных слоях населения. Данный факт можно объяснить тем, что социальные факторы чаще вызывают сопутствующие поведенческие проблемы криминального характера. Также СДВГ более распространен в регионах с повышенной плотностью населения (Barkley R. A., 1998).

Причины заболевания

В происхождении СДВГ играют роль генетические механизмы, органическое повреждение головного мозга и психосоциальные факторы. Всегда следует иметь в виду возможность воздействия нескольких факторов, влияющих друг на друга.

Травмы шейного отдела позвоночника у ребенка, вопреки бытующему у родителей и некоторых врачей мнению, не являются причиной данного заболевания.

Повышенная встречаемость расстройства у близнецов позволила предположить вовлечение генетических механизмов в этиологию заболевания (Sandberg S., 1996; Levy F., 1998; Quist J. F. et al., 2003). По данным J. Biederman и S. V. Faraone (1990), риск развития СДВГ составил 31,5 % для родственников пациентов с данным заболеванием.

Большое значение придается гену рецептора дофамина D4 (DRD4) и «гену – переносчику дофамина» (DAT1). M. Gill и G. Daly (1997) выдвинули гипотезу о возникновении заболевания, в основе которой лежит взаимодействие этих генов. Данные изменения определяют снижение содержания *дофамина* — медиатора (химического посредника, обуславливающего проведение нервных импульсов) возбуждения и снижение функционирования допаминергической нейромедиаторной системы головного мозга.

Значительную роль в происхождении СДВГ играют неблагоприятные факторы в течение беременности и родов. Шведский исследователь С. Gillberg (1983) отметил, что ряд признаков, сопровождающих нарушения внимания, в частности статикомоторная недостаточность, у детей пожилых первородящих матерей встречается в 5 раз чаще, чем у детей молодых матерей.

В некоторых работах описывают СДВГ (ММД) у детей, родившихся с низкой массой тела, и недоношенных детей (Fletcher J. M. et al., 1997; Barkley R. A., 1998). Важную роль в генезе СДВГ играют хроническая внутриутробная гипоксия плода (недостаток снабжения кислородом), к которой особенно чувствителен развивающийся мозг, и гипоксически-ишемическая (перинатальная) энцефалопатия новорожденных (Nelson K. V., Leviton A., 1991; Hill A., Volpe J. J., 1992).

R. T. Brown и соавт. (1991) обращают внимание на большой процент матерей, употреблявших алкоголь во время беременности, среди родителей детей с СДВГ по сравнению с контрольной группой.

Необходимо отметить роль материнской тревожности в генезе СДВГ. В. van der Bergh и соавт. (2005) предполагают, что выраженная тревожность матерей на сроке 12–22 недели может привести к развитию СДВГ. При этом нельзя также исключить прямое повреждающее воздействие гормонов стресса на мозг плода, нарушающее его нормальное развитие, что приводит к изменениям в нейротрансмиттерных системах.

В этой связи хочется отметить результаты исследований нашего аспиранта О. В. Лапшиной (2008), показавшей повышенный уровень тревожности у матерей детей с СДВГ, причем эта тревожность не была реакцией на заболевание ребенка, а носила базальный характер.

Нейроанатомические изменения при СДВГ поражают в основном связи между фронтальной корой и базальными ганглиями с преимущественной локализацией в правом полушарии. Так, F. X. Castellanos и соавт. (1994, 1996) отмечают уменьшение общего объема головного мозга примерно на 5 % у детей с СДВГ по сравнению со здоровыми детьми соответствующего возраста и пола, а также меньшие размеры передних отделов правой лобной доли. Необходимо отметить, что если у здоровых детей правое хвостатое ядро несколько больше левого ($D > S$), то у детей с СДВГ в связи с уменьшением размеров правого хвостатого ядра такая асимметрия не отмечается ($D = S$). Кроме того, отмечается уменьшение размеров

бледного шара (в большей степени правого).

Изучение мозгового метаболизма при СДВГ с помощью метода позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ) показало уменьшение метаболической активности в лобных областях головного мозга (Lou H. C. et al., 1989; Zametkin A. J. et al., 1993; Filipek P., Semrud-Clikeman M., 1997). Данное явление отмечалось прежде всего в префронтальных (передних) отделах лобной области, которые контролируют внимание. Сокращение кровотока в префронтальных отделах особенно значимо во время выполнения интеллектуального задания (Lubar J. F., 1992).

Предполагается, что выявленные нарушения могут обуславливать снижение тормозного контроля двигательной активности, обеспечиваемого главным образом лобной корой и хвостатым ядром.

Полагают, что значительную роль в патогенезе СДВГ играют нарушения функционирования нейромедиаторных систем, особенно дофаминовой (Gill M., Daly G., 1997). Дофамин – это возбуждающий медиатор, опосредующий взаимодействие подкорковых структур мозга (базальных ганглиев) (Malone M. A. et al., 1997).

Ф. Х. Castellanos (1997) доказал, что при СДВГ отмечаются:

1) снижение дофаминергической активности в корковых областях (передние извилины), проявляющееся в виде когнитивного дефицита;

2) повышение дофаминергической активности в подкорковых областях (хвостатое ядро), проявляющееся в виде гиперактивности.

Суммируя приведенные данные, можно сказать, что нейроанатомический дефект при СДВГ поражает в основном связи между фронтальной корой и базальными ганглиями с преимущественной локализацией в правом полушарии. Предполагается, что выявленные нейроанатомические, гемодинамические, обменные нарушения могут обуславливать снижение тормозного контроля двигательной активности, обеспечиваемого главным образом лобной корой и хвостатым ядром.

При оценке нейрофизиологических изменений у детей с СДВГ выделяют такое понятие, как исполнительная дисфункция (дисфункция контролирующего поведения, executive dysfunction), которая отмечается на фоне функциональной незрелости головного мозга и проявляется в недостаточной активности тормозящих структур (Barkley R., 1997; Nigg J. T. et al., 2002; Wu K. K., 2002).

R. Barkley (1998) считает, что основным механизмом развития СДВГ является нарушение тормозящего поведения. По его мнению все остальные механизмы вторичны. Тормозящее поведение или задержка моторной реакции обеспечивает развитие следующих исполнительских функций:

- ☒ оперативной памяти, которая позволяет удерживать текущую информацию, сравнивая ее с прошлыми событиями и планируемыми будущими действиями (предвидение – антиципация);
- ☒ саморегуляции аффекта – способности контролировать проявление эмоций, чувств;
- ☒ внутренней речи;
- ☒ воспроизведения – анализа и синтеза поведения, креативность.

Результатом развития исполнительских функций является становление моторного контроля и целенаправленного адаптивного поведения. Само поведенческое торможение состоит из трех взаимосвязанных механизмов: торможения доминирующей реакции, торможения текущей реакции, контроля над отвлекаемостью на помехи.

Неблагоприятные психологические и социальные факторы не являются прямой причиной СДВГ, но они могут закреплять клинические проявления и усиливать дезадаптацию детей, страдающих этим

заболеванием. Так, действие негативных внутрисемейных факторов было обнаружено в 63 % случаев при обследовании детей с СДВГ (Заваденко Н. Н., 2005). У детей, генетически предрасположенных к СДВГ, конфликты в семье могут усилить остроту проявления до клинического уровня. Особенно важно, что родители ребенка с СДВГ, иногда сами страдающие этим заболеванием, зачастую отличаются стилем воспитания, характеризующимся несдержанностью и нарушенным взаимодействием с ребенком.

Среди психологических и социальных факторов, влияющих на возникновение ММД (СДВГ), Г. А. Сулова (2001) выделяет следующие: неподготовленность родителей к семейной жизни, напряженность и частые конфликты в семье, предубежденность и нетерпимость в отношении к детям. Усиливающими неблагоприятный результирующий эффект являются такие факторы, как низкий материальный уровень, стесненные условия проживания, злоупотребление алкоголем членами семьи, использование физических методов наказания.

Неблагоприятные социально-экономические и психологические условия могут усиливать проявления расстройств, возникших в результате наследственной патологии или повреждений головного мозга в перинатальном периоде.

Признаки заболевания

Основные проявления

Клинические проявления заболевания определяются тремя основными симптомокомплексами: невнимательностью, гиперактивностью и импульсивностью.

1. Невнимательность. Говоря о СДВГ, чаще всего имеют в виду повышенную отвлекаемость и снижение концентрации внимания у таких детей.

Согласно А. Р. Лурии (1966) *внимание* является фактором, обеспечивающим избирательность и направленность психических процессов. *Поддерживаемое (непрерывное) внимание* – способность поддерживать сосредоточенность в течение длительного времени. *Избирательное внимание* проявляется в способности сосредоточиваться на необходимых стимулах и не отвлекаться на помехи (посторонние стимулы). Направленность избирательного внимания позволяет правильно отвечать на специфические сигналы. Распределение избирательного внимания позволяет проводить одновременно несколько операций, выполняя одно и то же задание. Кроме того, следует упомянуть *объем внимания* (возможность контроля над несколькими объектами) и *способность к переключению*.

У детей с СДВГ отмечается недостаток непрерывного (поддерживаемого) внимания, что проявляется в невозможности длительного выполнения неинтересного задания.

Приведем пример:

Мальчик 7 лет учится в первом классе. Успеваемость низкая. Мама привела ребенка к врачу по рекомендации школьного психолога, обратившего внимание родителей на проявления СДВГ у ребенка. Мама удивлена: ребенок может часами, не отрываясь, сидеть у экрана телевизора. Проведенное комплексное исследование показало выраженные проявления СДВГ у ребенка.

Действительно чем-то интересным для них (компьютерные игры, просмотр мультфильмов) гиперактивные дети могут заниматься часами, а вот на полезные, но неинтересные занятия внимания не хватает. Кроме того, наблюдается дефицит избирательного внимания, что проявляется в повышенной отвлекаемости на посторонние стимулы, особенно если эти стимулы яркие, интересные. Так, проехавший во дворе автомобиль заставляет посмотреть в окно и надолго отвлечься от выполнения домашних заданий. Зачастую также снижается переключаемость внимания. При этом, по данным Е. Taylor (Taylor et al., 1991), объем внимания у детей с СДВГ не ниже, чем у их здоровых сверстников.

1. Гиперактивность. Под гиперактивностью у детей с СДВГ обычно понимают повышенную двигательную (моторную) активность. Родители жалуются: «Кажется, что к ребенку подключили мотор». Дети с СДВГ не могут неподвижно сидеть во время урока. Когда такой ребенок заходит в кабинет врача, возникает опасение за состояние находящейся в кабинете оргтехники – компьютера, монитора, принтера. В отличие от просто энергичных детей активность у детей с СДВГ носит бесцельный характер. К сожалению, гиперактивность иногда приводит к появлению травм у ребенка.

2. Импульсивность. Под импульсивностью понимают невозможность контроля над своими импульсами. Выделяют когнитивную импульсивность (отражающую поспешное мышление) и поведенческую импульсивность (отражающую трудности при подавлении реакций) (Мэш Э., Вольф Д., 2003). Импульсивные дети не могут дождаться своей очереди при игре. В учебной ситуации у таких детей наблюдается «импульсивный стиль работы»: они выкрикивают ответы на уроке, не отвечая на вопросы полностью, прерывают других учеников или учителя (Квашнер К., 2001). Из-за импульсивности дети часто попадают в опасные ситуации, поскольку не задумываются о последствиях. Склонность к риску становится

причиной травм и несчастных случаев. Импульсивность часто сочетается с агрессивным и оппозиционным поведением.

Возрастная периодизация заболевания

Различные периоды возрастного развития ребенка (как стабильные, так и кризисные) сопровождаются разнообразной симптоматикой. Считается, что нижняя граница для выявления СДВГ – возраст 3–4 года (Barkley R., 1996). Однако первые проявления иногда можно диагностировать уже на первом году жизни (Журба Л. Т. и соавт., 2000). Младенцы с этим расстройством чрезмерно чувствительны к раздражителям, характеризуются громким плачем, нарушениями сна, двигательным беспокойством. Однако эти особенности нельзя однозначно рассматривать как симптомы СДВГ, поскольку число беспокойных, возбудимых младенцев гораздо больше числа детей, у которых в дальнейшем развивается данное заболевание.

В дошкольном возрасте основное проявление заболевания – гиперактивность. Такие дети бесцельно слоняются по группе детского сада, без умолка болтают, мешают занятиям других детей. Повышенная активность в этот период может быть вариантом нормального развития, обусловленным темпераментом или жесткими требованиями взрослых. На нарушение указывают тяжесть и хронический характер проблемного поведения (Campbel S. B., Ewing L. J., 1990). Отсутствие целенаправленности поведения заставляет задуматься о наличии СДВГ. В тяжелых случаях избыточная двигательная активность принимает характер расторможенности. До 3-летнего возраста дети демонстрируют недифференцированный набор моделей поведения, который называют недостаточно контролируемым паттерном поведения (undercontrolled pattern of conduct). Однако в возрасте примерно 3 лет этот паттерн становится дифференцированным, позволяя отличить гиперактивное поведение от агрессивного (Венар Ч., Кериг П., 2004). Необходимо отметить, что, согласно концепции Л. С. Выготского, 3 года – это период третьего возрастного кризиса (кризиса трех лет) (Выготский Л. С., 1984). Основным содержанием этого периода служат негативизм, упрямство и строптивость (Пальчик А. Б., 2002). Стойкость проявлений заболевания чаще отмечается в том случае, если стиль поведения родителей характеризуется как жесткий и негибкий (Campbel S. B., Ewing L. J., 1990). Частым сопутствующим расстройством в этом возрасте являются специфические расстройства развития речи (СРРР) (Ливинская А. М. и соавт., 2005).

Появление основных жалоб при СДВГ относится к младшему школьному возрасту, но так как обучающие программы присутствуют и в дошкольных образовательных учреждениях, то основные паттерны поведения школьного возраста видны уже в 5 лет. И. П. Брызгунов и Е. В. Касатикова (2001) отмечают наибольшее число детей с СДВГ в 5–10-летнем возрасте. Неудивительно, что в этом возрасте большинство родителей обращаются к врачу или психологу. В этом возрасте возникает проблема с сохранением внимания или способностью продолжать работу над заданием, пока оно не будет выполнено. Возраст прихода ребенка в школу совпадает с четвертым возрастным кризисом – кризисом семи лет (Выготский Л. С., 1984). Кризис школьной адаптации заключается в утрате ребенком непосредственности, в возникновении дифференциации внутренней и внешней жизни. Он в значительной мере обусловлен принесением в жизнь ребенка интеллектуального начала, смыслового восприятия, формированием самооценки, самолюбия. Позитивным моментом этого кризиса служит возрастание самостоятельности ребенка (Пальчик А. Б., 2002).

После поступления ребенка в школу проблемы возрастают. Учителя и родители отмечают, что дети чрезвычайно подвижны, беспокойны, не могут усидеть на месте во время урока и выполнения домашних заданий. Данные проявления обуславливают школьную дезадаптацию и низкую успеваемость детей с СДВГ, несмотря на их достаточно высокий интеллект. Навыки чтения и письма у детей с СДВГ ниже, чем у сверстников. В этом возрасте могут фиксироваться первые признаки расстройств социального поведения.

Подобные проявления объясняются неспособностью центральной нервной системы гиперактивного ребенка справляться с новыми требованиями, предъявляемыми ему в условиях увеличения физических и психических нагрузок. В начальной школе могут сформироваться паттерны оппозиционно-вызывающего поведения, которое часто сопровождается агрессивностью и лживостью (Barkley R., 1998).

По данным Н. Н. Заваденко (2005), СДВГ является одной из наиболее частых причин школьной дезадаптации (ШД). Роль школьника гиперактивный ребенок осваивает с большими трудностями. К учителям относится фамильярно, не подчиняется их авторитету. Не придерживается правил поведения в классе прежде всего потому, что является импульсивным и раздражительным. Из-за неспособности контролировать свое поведение и вести себя в соответствии с принятыми нормами он не способен спокойно сидеть на уроке и говорить только тогда, когда его спросят.

Гиперактивным детям трудно соблюдать чистоту в тетрадях, вмещать длинные записи в небольшой отрезок, отведенный для записи ответов в рабочих тетрадях, отпечатанных типографским способом. Рисунки редко бывают симметричными. Люди и животные на рисунках не статичны, они полны движения. При раскрашивании рисунка наблюдается небрежность, штриховка выходит за края изображения. Нажим, как правило, неравномерный, а детали рисунка – размашистые. Зачастую гиперактивные дети стремятся заполнить все пространство листа, заезжая при этом за его границы (Монина Г.Б. и соавт., 2008). Во время урока такие дети часто «отключаются», не слыша учителя и думая о чем-то своем.

В периоды релаксации «внешняя» деятельность ребенка не прерывается, но совершается автоматически и не осознается. В это время ребенок не воспринимает то, что ему говорят, хотя кажется внимательно слушающим. Если в состоянии «релаксации» ребенок продолжает писать (как это обычно и происходит на уроках русского языка), то результат его работы квалифицируется как дисграфия, так как прочесть написанное оказывается невозможно.

От детей с классической дисграфией дети с СДВГ отличаются тем, что в их работах периодически встречаются грамотно написанные куски текста. Кроме того, в начале работы ошибок они делают значительно меньше, чем в конце.

Родители детей с СДВГ часто жалуются на плохую память своих детей. При этом на самом деле дети не столько не запоминают информацию, сколько не воспринимают ее из-за невнимательности.

Школьники с СДВГ не умеют правильно организовывать и планировать свою учебную деятельность, им сложно распределять свое время для выполнения тех или иных заданий. Утомляясь к концу учебного дня, такие дети становятся еще более активными.

В 50–80 % случаев клинические проявления СДВГ переходят в подростковый возраст (Barkley R., 1998). И. П. Брызгунов и Е. В. Касатикова (2002) отмечают второй «всплеск» симптомов заболевания в 14-летнем возрасте, что совпадает с периодом полового созревания. Согласно Л. С. Выготскому, существует пятый возрастной кризис – кризис подросткового возраста (около 13 лет).

П. Уэндер и Р. Шейдер (1998) пишут о снижении гиперактивности с возрастом. Повышенная двигательная активность может сменяться внутренним ощущением беспокойства. В подростковом возрасте на первое место выходит импульсивность, иногда сочетающаяся с агрессивностью (Zuddas A. et al., 2000). Эмоциональное развитие подростков с СДВГ, как правило, запаздывает, что проявляется неуравновешенностью, вспыльчивостью, заниженной самооценкой. В этом периоде нарастают семейные и школьные трудности.

Многие авторы отмечают у детей и подростков с СДВГ наличие тревожно-депрессивных расстройств (Shervette R. E. et al., 1993; Pliszka S. R., 1998). В этом возрасте наиболее выраженными становятся проявления оппозиционных расстройств. Необходимо отметить, что подростки, страдающие СДВГ, входят в

группу риска по развитию аддиктивных расстройств: алкоголизма и наркомании (Gerra G. et al., 1998; Modigh K. et al., 1998). J. H. Satterfield и A. Schell (1997) отмечают, что подростки с СДВГ в 4 раза чаще попадают под арест, чем их здоровые сверстники. У девочек-подростков СДВГ чаще встречаются незапланированные беременности.

R. Barkley (1998) называет следующие факторы, способствующие развитию асоциального поведения у подростков с СДВГ: выраженные симптомы в детском возрасте, СДВГ у родителей, низкий социально-экономический статус семьи, низкий интеллектуальный уровень родителей.

Согласно оценкам D. Cantwell и соавт. (1997), 30 % подростков изживают СДВГ; 40 % продолжают страдать невнимательностью и импульсивностью; у 30 % возникают дополнительные нарушения.

В 30–70 % случаев симптомы СДВГ в той или иной степени переходят и во взрослый возраст (Уэндер П., Шейдер Р., 1998).

Диагностика СДВГ

Диагностика СДВГ проводится в критериях DSM-IV. Для постановки диагноза достаточно соответствия диагностическим критериям. Данные опросников для родителей, результаты психологических и нейрофизиологических исследований носят лишь дополнительный характер.

Диагностические критерии DSM-IV (1994).

Особенности поведения:

- 1) появляются до 7 лет;
- 2) обнаруживаются по меньшей мере в двух сферах деятельности (в школе, дома, в труде, в играх);
- 3) не обусловлены психотическими, тревожными, аффективными, диссоциативными расстройствами или психопатиями;
- 4) вызывают значительный психологический дискомфорт и дезадаптацию.

Невнимательность (из перечисленных ниже признаков минимум 6 должны сохраняться не менее 6 месяцев):

- неспособность выполнить задание без ошибок, вызванных невозможностью сосредоточиться на деталях;
- неспособность вслушиваться в обращенную к ним речь;
- неспособность доводить выполняемую работу до конца;
- неспособность организовать свою деятельность;
- избегание нелюбимой работы, требующей усидчивости;
- потеря предметов, необходимых для выполнения заданий (письменные принадлежности, книги и т. д.);
- забывчивость в повседневной деятельности;
- отвлекаемость на посторонние стимулы.

Гиперактивность и импульсивность (из перечисленных ниже признаков минимум 4 должны сохраняться не менее 6 месяцев):

1. Гиперактивность

Ребенок:

- суетлив, не может сидеть спокойно;
- вскакивает с места без разрешения;
- бесцельно бегает, ерзает, карабкается в неадекватных для этого ситуациях;
- не может играть в тихие игры, отдыхать.

2. Импульсивность

Ребенок:

- выкрикивает ответ, не дослушав вопроса;
- не может дождаться своей очереди.

Согласно этим критериям отвлекаемость, впервые появившаяся у 9-летнего ребенка, не будет считаться признаком СДВГ. Необходимо отметить, что тревожные расстройства (неврозы), депрессия, стрессорные факторы не являются причиной СДВГ. Симптомы СДВГ приводят к возникновению значительных школьных проблем, и небольшое снижение успеваемости («четверка по физике») у подростка, который раньше учился на отлично, – это тоже не СДВГ.

Обычно выделяют СДВГ с преобладанием гиперактивности, СДВГ с преобладанием невнимательности и комбинированный тип заболевания. Последний тип является наиболее распространенным.

Необходимо отличать СДВГ от таких патологических состояний, как посттравматическая энцефалопатия, неврозы, цереброастенический синдром при соматических заболеваниях, последствия нейроинфекций и ряда других патологических состояний.

Отвлекаемость на уроках в рамках клинических проявлений СДВГ необходимо отличать от снижения мотивации к школьным занятиям. В первом случае неуспешность ребенка наблюдается на большинстве уроков, особенно на тех, где требуется наибольшее сосредоточение внимания (математика, русский язык).

Некоторые трудности возникают при дифференциальной диагностике гиперактивности с индивидуальными особенностями темперамента, особенно в дошкольном возрасте. У детей дошкольного возраста с СДВГ гиперактивность зачастую носит ненаправленный характер. Проблемы с поведением у детей с СДВГ наблюдаются и в детском учреждении (школа, детский сад), и дома. Ситуации, когда ребенок плохо ведет себя только дома, чаще всего являются последствиями неправильного воспитания.

Поскольку СДВГ – медицинский диагноз, ни педагог, ни психолог не вправе делать заключение о его наличии или отсутствии. Однако, следуя основному принципу работы с гиперактивными детьми, психологи, как правило, могут провести предварительную диагностику, которая дает право предположить, что ребенок принадлежит к данной категории.

При дифференциальном диагнозе могут помочь данные дополнительных исследований: количественная ЭЭГ с определением индексов невнимательности, психофизиологический тест TOVA, регистрация вызванных потенциалов. С помощью их результатов проводится объективная оценка степени невнимательности и импульсивности.

Необходимо отметить, что степень социальной и школьной дезадаптации далеко не всегда коррелирует со степенью выраженности количественных показателей невнимательности, гиперактивности и импульсивности. Достаточно часто у ребенка с выраженной дезадаптацией отмечается умеренная степень СДВГ. В таких случаях основное внимание надо уделять психологическим корням данной ситуации.

Глава 3

Школьная дезадаптация (феноменология и причины)

Понятие «школьная дезадаптация»

Проблемы у детей, возникающие в связи с обучением в школе, привлекают к себе внимание как педагогов, так и врачей и психологов. Различные трудности в обучении отмечаются у 15–40 % школьников (Дубровинская Н. В. и соавт., 2000).

Учителя и родители много говорят о школьниках, у которых в дневниках постоянно появляются плохие отметки. Действительно, почти в каждой семье встречаются дети с определенными проблемами в усвоении учебных знаний. Назовем основные из них:

☒ отсутствие явного желания учиться;

☒ неумение самостоятельно заниматься, готовить домашние задания;

☒ излишняя медлительность и забывчивость;

☒ чрезмерная активность и разбросанность;

☒ невнимательность, особенно при решении математических задач и выполнении упражнений по русскому языку.

Под школьной дезадаптацией (ШД) понимают нарушения приспособления личности школьника к условиям обучения в школе, которое выступает как частное явление расстройства у ребенка общей способности к психической адаптации в связи с какими-либо патологическими факторами (Вроно М. Ш., 1984). А. А. Северным, Н. М. Иовчук (1995) было предложено следующее определение ШД: «Невозможность школьного обучения соответственно природным способностям и адекватного взаимодействия ребенка с окружением в условиях, предъявляемых данному конкретному ребенку той индивидуальной микросоциальной средой, в которой он существует».

По данным Н. Е. Буториной и Г. Г. Буторина (1999), среди детей, обучавшихся в 1–2-м классах общеобразовательных школ, около 30 % обнаруживали признаки академической неуспеваемости и нарушений социального функционирования.

В. Ф. Шалимов и соавт. (2001) установили, что явления школьной дезадаптации испытывают до 40 % учащихся начальных классов общеобразовательных школ.

Признаки возникновения трудностей в школьном обучении обычно уже диагностируются в старшем дошкольном возрасте. В специальной литературе достаточно подробно описаны основные проявления у детей несформированной готовности к школьному обучению:

1) недостаточность общего запаса знаний;

2) ограниченность представлений об окружающей действительности;

3) преобладание игровых интересов;

4) быстрая истощаемость при интеллектуальной деятельности.

С наибольшей уверенностью специалисты определяют характер школьных проблем в процессе систематического обучения, когда ребенок не может достаточно полно включиться в школьную учебную деятельность, воспринимать и выполнять определенные задания, нарушает дисциплину в классе.

Н. М. Иовчук (1995) упоминает о ранних признаках ШД: появление неудовлетворительных оценок у прежде хорошо успевавших детей; удлинение времени, затрачиваемого на подготовку домашних заданий; утрата интереса к учебе, страх перед ситуациями, контролирующими уровень знаний (экзаменами, зачетами), отказ отвечать у доски, прогулы, отгороженность, нарушения дисциплины.

О. П. Шмаковой (2004) определены периоды обучения, в которые ШД регистрируется наиболее часто: начало обучения в школе (1-й класс); переход из младшей школы в среднюю (5-й класс); окончание средней школы (7–9-й классы). Временные границы возрастных «кризисов» (по Л. С. Выготскому) сопоставимы с двумя периодами обучения (1-й класс и 7–8-й классы), в которые преимущественно наблюдается школьная несостоятельность, а увеличение количества не справившихся с обучением в 5-м классе обусловлено, по-видимому, не столько онтогенетически-кризисными, сколько психогенными («смена жизненного стереотипа») и прочими причинами (клиническими, личностными). Данным автором также выделены варианты ШД (табл. 2).

Таблица 2

Варианты школьной дезадаптации (по Шмаковой)

Продолжительность	Сфера преобладающих нарушений	Причины развития ШД	Степень тяжести (выраженности) школьных проблем
1. Преходящая (временная) ШД (до 6 мес.) 2. Длительная (стойкая) ШД (более 6 мес.)	1. Когнитивная 2. Поведенческая 3. С нарушениями социальных контактов 4. Сочетанная	1. Манифестация/экзацербация психического заболевания 2. Патологичное личностное развитие 3. Психогенные механизмы формирования ШД (в том числе стрессогенное влияние школьной среды)	1. Угрожаемая по развитию ШД 2. Наличие ШД 3. ШД, выраженная, требующая срочной медико-педагогической коррекции

В настоящее время рассматриваются три основных компонента ШД: когнитивный (неуспеваемость, недостаточность знаний и навыков), личностный (эмоционально-оценочный, выражающийся в отношении к обучению) и поведенческий (нарушения поведения в школе) (Вострокнутов Н. В., 1995).

Причины школьной дезадаптации

Большинство исследователей сходятся во мнении, что ШД – это сложный многофакторный процесс, имеющий как медикобиологические, так и социально-психолого-педагогические корни.

Можно выделить три группы этиологических факторов ШД: **биологические** (резидуально-органическая патология ЦНС, задержки психического развития и пр.), **психологические** (аномальные типы семейного воспитания, несоответствие когнитивных стилей ученика и учителя, неадекватный стиль поведения учителя в классе), **социальные** (жесткость социальных стандартов поведения ученика в школе, чрезмерная перегруженность школьной программы, частая смена школ, гипертрофированно оценочная позиция школы по отношению к ученику) (Корнев А. Н., 1995).

Н. В. Дубровинская и соавт. (2000) относят к школьным следующие факторы риска: стрессовую тактику педагогических воздействий; чрезмерную интенсификацию учебного процесса; несоответствие методик и технологий возрастным и функциональным возможностям детей; нерациональную организацию учебного процесса.

Таблица 3

Основные группы причин возникновения трудностей в обучении у детей



Социальные условия. Особенности внутрисемейного воспитания. Речь идет о так называемом социальном генезе, когда неблагоприятные условия социальной среды возникают очень рано, длительно воздействуют, часто травмируя психику ребенка.

Так, многие родители слышали о феномене педагогической запущенности. Она возникает, когда со стороны взрослых ребенку не уделяется достаточного внимания. Характерны обрывочные знания и представления об окружающей действительности. Отмечается ограниченность активного и пассивного словарного запаса. На их фоне сложности в усвоении школьной программы у каждого ребенка будут чаще носить дифференцированный характер. Вряд ли пострадает обучение физкультуре. Скорее возникнут сложности в восприятии учебного материала по предметам, где требуется общая осведомленность, большой словарный запас, умение рассуждать. Часто бывают недостаточно развиты навыки самоконтроля в контексте учебной деятельности (страдает дисциплина на уроках).

Стойкая педагогическая запущенность в начальных классах школы может возникать на фоне неправильного отношения учителей к детям с трудностями в обучении (Т. Н. Ушенина, 2002).

Распространенные ошибки учителей при обучении детей

1. Незнание или игнорирование возрастных, индивидуальных особенностей учащихся.
2. Недоучет особенностей мыслительных процессов, темпа усвоения знаний. Ориентация в учебном процессе на «среднего» ученика.
3. Предубеждения в отношении к трудному ученику. Наличие педагогического стереотипа. У ребенка не остается шансов доказать, что он лучше, чем о нем думает учитель.
4. Частые нравоучения, которые звучат в адрес неуспевающих учеников.
5. Ложное представление о том, что в воспитании можно ограничиваться общими воздействиями на учащихся. Формальное составление планов учебно-воспитательной работы.
6. В качестве основного воспитательного средства педагог обычно рассматривает самого себя: свое личное влияние. Дети плохо воспринимают такие высказывания учителя о себе самом в качестве положительного примера. Это их не впечатляет. Наоборот, увеличивается доверительная дистанция между взрослым и ребенком. Ребенку не к чему стремиться. Все равно ему не стать таким хорошим, как учитель.
7. Недооценка важности своевременного вмешательства в детские конфликты. Оказание профессиональной помощи в психопрофилактике и устранении конфликтных ситуаций в классе.
8. Равнодушие к проблемам детей с трудностями в обучении.

Недостатки семейного воспитания проявляются обычно по трем основным вариантам.

1-й вариант – психическая неустойчивость, возникающая как следствие гипопеки. Ребенок воспитывается в условиях безнадзорности. Недостатки воспитания проявляются в отсутствии чувства долга, ответственности, адекватных форм социального поведения, когда, например, в трудных ситуациях ему не удается справиться с аффектом. Семья в целом не стимулирует психическое развитие ребенка, не поддерживает его познавательные интересы. На фоне недостаточных знаний и представлений об окружающей действительности, что препятствует усвоению школьных знаний, у этих детей проявляются черты патологической незрелости эмоциональной и волевой сфер: аффективная лабильность, импульсивность, повышенная внушаемость.

2-й вариант, при котором выражена гиперопека – изнеживающее воспитание, когда ребенку не прививаются черты самостоятельности, инициативности, ответственности, добросовестности. Часто это случается с поздно родившимися детьми. На фоне психогенного инфантилизма помимо неспособности к волевому усилию у ребенка характерными становятся эгоцентризм, нежелание систематически трудиться, установка на постоянную помощь, желание всегда быть опекаемым.

3-й вариант – неустойчивый стиль воспитания с элементами эмоционального и физического насилия в семье. Его возникновение провоцируют сами родители, грубо и жестоко обращающиеся с ребенком. Один или оба родителя могут быть деспотичны, агрессивны по отношению к собственному сыну или дочери. На фоне таких внутрисемейных отношений постепенно формируются патологические черты личности ребенка с задержкой психического развития: робость, боязливость, тревожность, нерешительность, недостаточная самостоятельность, безынициативность, лживость, изворотливость и, нередко, нечувствительность к чужому горю, что приводит к значительным проблемам социализации.

Индивидуальные особенности психофизического развития. В классе всегда найдутся дети, которые по своим физическим показателям явно отстают от своих мощных сверстников. Грацильное телосложение у них сочетается с маленьким ростом. Не удивляйтесь, что возникает отставание в психическом развитии.

Это явление получило свое название – инфантилизм.

Психический инфантилизм (гармонический психофизический инфантилизм) определяется как «психофизическая незрелость ребенка, которая приводит при неправильном воспитании к задержке возрастной социализации и поведение ребенка при которой не соответствует возрастным требованиям к нему» (Астапов В. М., Микадзе Ю. В., 2001).

При инфантилизме сохраняются черты «детскости», особенно в эмоционально-волевой сфере, поведении. Особенно заметными они становятся при поступлении детей в школу. Такие ученики «беспечны, беззаботны, поверхностны в суждениях, не чувствуют ответственности за свои поступки и не способны сдерживать свои желания» (Дьяченко М. И., Кандыбович Л. А., 1998).

Предпочитая эмоционально насыщенные и подвижные виды деятельности, первоклассники с задержкой психического развития в форме психофизического инфантилизма не соблюдают межличностной дистанции со взрослыми, могут вести себя навязчиво, бесцеремонно, в процессе знакомства используют действия обседающего характера, не умеют завязывать длительные и содержательные отношения со сверстниками. А. О. Дробинская (1998) указывает, что «таким детям свойственно наивное, непосредственное поведение, они не понимают до конца учебную ситуацию. Беспечность может сочетаться с добродушием и оживленностью, внушаемостью и подчиняемостью в отношениях с другими детьми».

Детям свойственна эмоциональность, любознательность, интерес к окружающему, который имеет непродолжительный характер. В случае семейного воспитания по типу гипоопеки, при педагогической запущенности у таких учащихся с трудностями в обучении личностными особенностями становятся вспыльчивость, капризность, конфликтность. Для них свойственна неспособность к волевому усилию, несформированность нравственных установок, ориентация на получение кратковременного удовольствия или выгоды. Эти дети оказываются очень внушаемыми, избегают волевых систематических усилий, не имеют стойких привязанностей и предпочтений, осознанных морально-этических установок. Они стремятся быть постоянно в центре внимания, стараются во всех ситуациях оставаться «на виду», в центре событий. Их отличает склонность к демонстративному поведению, преувеличенным эмоциональным реакциям.

Несформированность личностной готовности к школьному обучению приводит к формированию определенных типов отношения к учебной ситуации и учителю (Дробинская А. О., 1998). Характерным является *игровое отношение к происходящему в классе*. В данном случае у учащихся с проблемами в обучении трудно спрогнозировать поведение на уроке. Они могут активно включаться в работу, выполнять все задания, но начинают быстро отвлекаться на посторонние дела, «мечтают». Обучение воспринимается ими как игра или один из возможных вариантов времяпрепровождения. Личностное поведение ими мало контролируется, они не вникают в содержание школьных норм и правил, могут их игнорировать. Затруднения в выполнении учебных заданий связаны с неумением выслушать инструкцию до конца, обратить лишней раз внимание на объяснения учителя. На замечания они практически не реагируют. Не задумываются над сложностями учебного процесса. Учителю очень непросто приучить их к систематическим учебным занятиям. Одним из важнейших средств психокоррекции личностной готовности к усвоению новых знаний становится поддержание постоянного интереса к происходящему в классе, чтобы ученики почувствовали, осознали свою включенность в общий процесс обучения.

При «*псевдоучебном отношении*» к школьной ситуации дети с задержкой психического развития не проявляют самостоятельности, ждут, когда им помогут, все объяснят или вместо них выполнят задания. Такие дети будут формально выполнять предъявляемые учителем требования, однако при выполнении учебных заданий становятся крайне пассивными, вплоть до отказа от самостоятельных попыток справиться с возникающими трудностями в обучении. При данном типе отношения к учебе школьники с трудностями в

обучении стараются получить указания, выжидают начала активных действий со стороны учителя. На фоне отрицательных оценок учителем их успеваемости они постепенно становятся равнодушными к происходящему в классе, а иногда инициируют конфликты. Формализм и приспособленчество постепенно могут закрепляться как подражательные формы работы на уроке и при усложнении учебного материала приводят к полной безуспешности в овладении новыми знаниями и навыками. Систематические школьные трудности и конфликты открытого и латентного характера приводят к стойким отрицательным переживаниям и впоследствии могут быть устранены путем лечения и коррекции не только познавательной, но и личностной сферы ребенка с трудностями в обучении. В процессе обучения таких детей значимой оказывается похвала учителя, его эмоциональная поддержка, вера в силы и способности учеников, что дает шанс развивать детскую инициативность (Дробинская А. О., 1998). Тем более не следует таких детей с трудностями в обучении приводить в качестве отрицательного примера обучения для более успешных одноклассников.

При так называемом *коммуникативном отношении к учебному процессу* внимание ученика с трудностями в обучении сосредоточено в основном на учителе: взрослый рассматривается, изучается, постоянно отслеживаются его действия, поступки. Ребенок даже играть предпочитает с учителем, а не со сверстниками, принося игрушки из дома и демонстрируя их педагогу. Такие дети много жалуются на окружающих, ябедничают, могут демонстративно капризничать. Содержание обучения становится второстепенным по отношению к проблеме налаживания контактов с учителем. Такой ребенок будет ждать персонального приглашения к началу урока, личных указаний в свой адрес, похвалы и позитивной оценки своих личностных качеств. Он будет избегать фронтальных форм работы, привлекая к себе внимание учителя различными способами: выкрикивать с места, привставать и вертеться, манипулировать школьными принадлежностями, тянуться и заглядывать в тетради сидящих рядом одноклассников. В случае возникновения затруднений ученик без сожаления бросит выполнение учебного задания. В результате школьная ситуация превращается в бессодержательное, назойливое общение со взрослым. Возникновению этого типа отношения к школе служит и неправильное семейное воспитание, когда не дается установка на продуктивную активность, игру, творчество, труд. Исправлять указанные недостатки приходится учителю, который вынужден демонстрировать индивидуальным подходом к ученику содержательный аспект школьного обучения, уделяя много внимания ребенку. Установлению правильных взаимоотношений учителя с учеником способствует проявление педагогом терпения с пониманием личностных особенностей ребенка. Неприемлема тактика «педагогического крика», иронии, насмешек. Учитель постепенно переключает внимание такого ученика на других детей, школьную жизнь в целом. Доверительные отношения в сочетании с настойчивыми требованиями позволяют создать у ребенка чувство защищенности и эмоционального комфорта, что имеет важнейшее значение для последующей школьной адаптации и реализации потенциальных способностей ученика с трудностями в обучении.

Нами в процессе наблюдения за коммуникативной деятельностью первоклассников с трудностями в обучении условно были выделены три социальных типа личности: инфантильный, тревожный и конформный. Учащиеся с инфантильным типом личности на уроках неусидчивы, у них низкая мотивация к получению знаний, они непосредственны в эмоциональных и поведенческих реакциях. При выполнении учебных заданий такие школьники безынициативны, «смолкают», переключаются на посторонние дела. Зато во внеурочное время «несозревший» ребенок стремится получить максимальную компенсацию за интеллектуальные усилия в классе.

Первоклассники со школьной тревожностью осторожны в обучении, часто сомневаются в правильности своих действий. Они не стремятся обращаться за помощью к учителю, постепенно накапливая школьные проблемы. Однако эти дети не лишены созидательного мотива в обучении, положительно относятся к попыткам учителя оказать им индивидуальную помощь. На уроках приходится

спокойно воспринимать их двигательную активность, которая часто является попыткой снять психическое напряжение. Для этих учащихся важна стабильная система требований и демонстрация со стороны взрослых веры в успешность их интеллектуальных усилий.

У учеников с так называемым конформным типом личности трудно определить индивидуальный стиль взаимодействия с людьми. Они склонны подстраиваться под мнение окружающих, копировать известные им модели социального взаимодействия. На уроках отмечаются их старания завоевать расположение учителя. Причем не всегда эти попытки объясняются мотивацией именно к учению. Таким детям не хватает чувства ответственности за результаты своей учебной деятельности. Не имея устойчивых ценностных ориентиров, ученики с конформным типом личности могут тратить время в ущерб своей успеваемости в школе. Понимание личностных и коммуникативных особенностей неуспевающих учеников позволяет психологу искать оптимальные приемы и средства для психологической коррекции трудностей в обучении.

В. Ю. Андреюк (2009) изучая психологические особенности, присущие подросткам с ШД в виде пропусков занятий, выделяет характерные для них повышенный уровень тревожности, снижение учебной мотивации, неспособность адекватной оценки себя в учебной деятельности. Наряду с этим у подростков наблюдаются трудности самоосознания: они практически не отмечают у себя симптомов тревоги и депрессии. Нарушения интерперсональных отношений с родителями, педагогами и сверстниками отражают трудности в установлении адекватных межличностных контактов. Кроме того, автор отмечает завышенные либо заниженные родительские ожидания и требования к таким подросткам, ошибочную оценку родителями и педагогами психоэмоциональных нарушений детей как сознательного асоциального поведения и нежелания выполнять требования взрослых.

Клинические проявления школьной дезадаптации

Являясь психолого-педагогической проблемой, данное состояние служит поводом для обращения к врачу.

Н. Н. Заваденко и соавт. (1999) изучали относительный вклад психоневрологических нарушений в формирование ШД у учащихся младших классов. Более половины случаев ШД обуславливались минимальными мозговыми дисфункциями (ММД), которые были диагностированы у 52,2 % школьников с проявлениями ШД. 24 % пациентов с ММД составляли дети с проявлениями синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ). Второй по распространенности причиной ШД являлись неврозы и невротические реакции (26,6 %). В 11,7 % причиной ШД являлись психические заболевания (умственная отсталость, аффективные расстройства, шизофрения). В относительно небольшом количестве случаев ШД была связана с неврологическими заболеваниями, в том числе последствиями закрытой черепно-мозговой травмы или перенесенной нейроинфекции, хроническими головными болями, нейросенсорной тугоухостью, эпилепсией, детским церебральным параличом, а также относительно редко встречающимися наследственными заболеваниями.

ШД может являться как причиной возникновения нервнопсихических заболеваний, так и одним из клинических проявлений.

По данным В. Ф. Шалимова, у 70 % детей с ШД выявлены отклонения в психическом развитии, которые характеризуются признаками пограничных психических расстройств.

По нашему мнению, можно выделить еще один компонент ШД – психоневрологический, который заключается в появлении таких патологических состояний, как тики, головные боли, астенические расстройства и т. д.

Под нашим наблюдением находилось 336 детей в возрасте 7–14 лет, жителей Санкт-Петербурга и Шымкента (Республика Казахстан), обратившихся к врачу с жалобами на поведение ребенка в школе и его низкую успеваемость. Среди них было 254 (75,6 %) мальчика и 82 (24,4 %) девочки. Вывод о наличии ШД у ребенка делался на основании сведений, которые сообщались родителями и педагогами. В качестве критериев состояния ШД были использованы три основных типа проявлений ШД по Н. В. Вострокнутову. В результате проведенных исследований нами были выявлены следующие клинические проявления ШД (см. табл. 4).

Таблица 4

Частота встречаемости различных клинических проявлений школьной дезадаптации

Вид проявлений	Общее количество детей	Мальчики (% от всех мальчиков)	Девочки (% от всех девочек)
СДВГ	218 (64,9%)	187 (73,6%)	31 (37,8%)
Тики	77 (22,9%)	68 (26,8%)	9 (10,9%)
Головные боли	110 (32,7%)	50 (19,6%)	62 (75,6%)
Тревожные расстройства	87 (25,9%)	38 (14,9%)	49 (59,8%)
Астенические расстройства	96 (28,6%)	60 (23,6%)	36 (43,9%)
Расстройства обучаемости (дислексия, дисграфия)	42 (12,5%)	34 (13,4%)	8 (9,8%)
Всего	336 (100%)	254 (75,6%)	82 (24,4%)

Таким образом, наиболее частым проявлением школьной дезадаптации (ШД) является синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ), особенно у мальчиков. У девочек среди проявлений ШД ведущие места занимают тревожные и астенические расстройства, головные боли. О данных проявлениях мы подробно расскажем в отдельных главах.

Глава 4

Расстройства поведения

Феноменология расстройств поведения

Расстройство поведения (РП) (conduct disorder) как самостоятельное патологическое состояние характеризуется стойким типом диссоциального, агрессивного или вызывающего поведения.

Проявления РП отмечаются у 2–6 % детей в США (Хиншоу М., 2002). В детском возрасте РП у мальчиков встречается в 3–4 раза чаще, чем у девочек. Кроме того, данная патология у мальчиков возникает раньше и отличается большей устойчивостью. В подростковом возрасте различия становятся меньше.

По мнению Ч. Венар и П. Кериг (2004), существует три уровня РП: легкая форма (малое количество поведенческих проблем, достигающих диагностически значимого уровня, при этом сами проблемы причиняют лишь незначительный ущерб другим людям); умеренная форма (среднее количество поведенческих проблем и относительно умеренная степень их серьезности); тяжелая форма (большое количество поведенческих проблем, которые причиняют значительный ущерб другим людям).

Согласно классификации DSM IV, при РП могут иметь место четыре типа проблем поведения: агрессия по отношению к другим, уничтожение имущества, воровство, другие серьезные нарушения правил.

Критерии DSM IV для РП

Повторяющийся и устойчивый паттерн поведения, при котором нарушаются или основные права других людей, или соответствующие данному возрасту общественные нормы и правила, причем симптомы как минимум трех из перечисленных ниже критериев должны наблюдаться в течение последних 12 месяцев:

Агрессия по отношению к людям и животным:

- 1) часто задирает других, угрожает им или запугивает их;
- 2) часто инициирует драки; 3) в качестве орудия насилия использует предметы, способные причинить серьезные физические повреждения другим;
- 4) совершал кражу с нападением на жертву;
- 5) проявлял физическую жестокость по отношению к людям;
- 6) проявлял физическую жестокость по отношению к животным;
- 7) принуждал кого-либо к сексуальным отношениям. Уничтожение имущества:
- 8) умышленно совершал поджоги с намерением причинить серьезный ущерб;
- 9) умышленно уничтожал чужое имущество. Обман или воровство:
- 10) намеренно проникал в дом или автомобиль другого человека;
- 11) частые использовал обман для получения материальной выгоды (мошенничество);
- 12) совершал кражи без нанесения физического вреда. Серьезные нарушения правил:
- 13) начавшиеся до 13-летнего возраста частые случаи отсутствия дома по ночам, несмотря на запреты родителей;
- 14) по крайней мере дважды убегал из дома ночью (или однажды долго не возвращался домой из побега);
- 15) частые прогулы школы, начавшиеся до 13 лет.

В МКБ-10 расстройство поведения обозначается под пунктом F 91. Данная диагностическая рубрика включает в себя ряд подрубрик, наиболее полно отражающих диагноз (F 91.1– F 91.4).

Расстройство поведения, ограничивающееся рамками семьи (F 91.1)

Эта группа содержит расстройства поведения, включающие антисоциальное или агрессивное поведение, при которых ненормальное поведение целиком или почти целиком ограничено домом и/или взаимоотношениями с самыми близкими родственниками или домочадцами. Чаще всего имеет место воровство из дома, часто специфически сфокусированное на деньгах или имуществе одного или двух лиц. Это также может сопровождаться поведением, носящим характер намеренного разрушения (разламывание игрушек, украшений, повреждение одежды, мебели, разрушение ценного имущества) и проявляться в отношении определенных членов семьи.

Несоциализированное расстройство поведения (F 91.2)

Этот тип расстройства поведения характеризуется сочетанием упорного диссоциального или агрессивного поведения со значительным общим нарушением взаимоотношений ребенка с другими детьми. Эти расстройства поведения соответствуют существующим в отечественной психиатрии

представлениям о патологических формах девиантного поведения. Отсутствие эффективной интеграции в группе сверстников является основным диагностическим критерием данного вида нарушений поведения. О нарушенных взаимосвязях с ровесниками свидетельствуют главным образом изоляция от них и/или их отвержение сверстниками или непопулярность у других детей; отсутствие близких друзей или постоянных эмпатических, взаимных связей с другими детьми той же самой возрастной группы. Характерно, что нарушитель одинок. Типичное поведение включает в себя хулиганство, чрезмерную драчливость и (у старших детей) вымогательство или нападения с насилием; чрезмерное непослушание, грубость, индивидуализм и сопротивление авторитетам; тяжелые вспышки гнева и неконтролируемой ярости, разрушение имущества, поджоги и жестокость к другим детям и животным. Обычно расстройство проявляется в различных ситуациях, но может быть более очевидным в школе или в другом ином, чем дом, местоположении.

Социализированное расстройство поведения (F 91.3)

Эта категория применяется к расстройствам поведения, включающим стойкое диссоциальное или агрессивное поведение, возникающим у детей, обычно хорошо интегрированных в группе сверстников. Ключевым дифференциальным признаком является наличие адекватных длительных взаимоотношений с ровесниками. Часто группа сверстников состоит из несовершеннолетних, вовлеченных в делинквентную или диссоциальную, активность (в которой социально неприемлемое поведение ребенка может одобряться группой сверстников и регулироваться субкультурой, к которой он принадлежит). В то же время ребенок может составлять часть неделинквентной группы сверстников со своим собственным диссоциальным поведением за ее пределами.

Предполагается, что данное поведение является симптомом личностной патологии, а не реакцией на непосредственное социальное окружение, и при постановке диагноза РП необходимо учитывать социально-экономический контекст.

Исследования, проведенные D. Offord и соавт. (1991), показали, что у детей в возрасте 4–11 лет РП встречается у 6,5 % мальчиков и 1,8 % девочек. Для детей в возрасте от 12 до 16 лет показатели распространенности составили 10,4 % для мальчиков и 4,1 % для девочек.

Оппозиционно-вызывающее расстройство (F 91.4)

Под оппозиционно-вызывающим расстройством (ОВР) (oppositional defiant disorder – ODD) понимают вспышки гнева, препирательства, вызывающее поведение. Дети с ОВР проявляют не соответствующее возрасту упрямство и раздражительность. Этот тип расстройств поведения характерен для детей младше 9–10 лет и определяется наличием заметно вызывающего непослушного, провокационного поведения и отсутствием более тяжелых диссоциальных или агрессивных действий, нарушающих закон или права других.

Критерии DSM-IV для ОВР

А. Паттерн негативистского, враждебного и вызывающего поведения, сохраняющийся по крайней мере шесть месяцев, в течение которых присутствуют четыре (или более) из следующих признаков:

- 1) ребенок или подросток часто выходит из себя;
- 2) часто ссорится со взрослыми;
- 3) часто активно не повинуетя или отказывается подчиниться правилам или просьбам взрослых;
- 4) часто специально раздражает других людей;
- 5) часто обвиняет других в собственных ошибках или проступках;
- 6) часто становится раздражительным или обидчивым;
- 7) часто злится и возмущается;
- 8) часто бывает мстительным или злобным.

Примечание: соответствие критерию имеется лишь в том случае, если определенная форма поведения проявляется более часто, чем она обычно наблюдается у людей сопоставимого возраста и уровня развития.

Б. Данное нарушение вызывает значительное ухудшение социального, учебного или профессионального функционирования.

ОВР как новая патология была добавлена в DSM только в 1980 г., поэтому данных о распространенности этого заболевания немного. Оценки распространения ОВР в популяции варьируются от 2 % до 16 %. Данная проблема является одной из самых частых причин обращения к психологу (Rey J., Hutchins P., 1993).

В дошкольном возрасте ОВР чаще встречается у мальчиков, чем у девочек, но в подростковом возрасте это соотношение меняется на обратное. В младшем школьном возрасте частота ОВР уменьшается, а в подростковом возрасте увеличивается. ОВР чаще встречается у детей в семьях с более низким социально-экономическим статусом (Rey J., Hutchins P., 1993).

Дети с этим расстройством имеют тенденцию часто и активно игнорировать просьбы взрослых или правила и намеренно досаждают другим людям. Обычно они сердиты, обидчивы, и им легко досаждают другие люди, которых они обвиняют за свои собственные ошибки и трудности. У них обычно отмечается низкий уровень фрустрационной толерантности и легкая потеря самообладания. В типичных случаях их вызывающее поведение имеет характер провокации, так что они становятся зачинщиками ссор и обычно проявляют чрезмерную грубость, нежелание взаимодействия и сопротивление властям. Часто поведение более очевидно во взаимодействии со взрослыми и сверстниками, которых ребенок хорошо знает. Ключевым отличием от других видов нарушений поведения является отсутствие поведения, нарушающего законы и основные права других, как, например, воровство, жестокость, драки, нападение и разрушительность. Оппозиционно-вызывающее поведение часто отмечается при других типах нарушения поведения.

ОВР встречается чаще, чем РП, при этом возможен переход из ОВР в РП. Остается неясным вопрос: являются ли ОВР и РП различными расстройствами или разными формами одной патологии, тем более что РП появляются в более позднем, чаще в подростковом возрасте. ОВР почти всегда предшествует развитию

РП (Biederman J. et al., 1996).

Причины расстройств поведения

Формирование поведенческих расстройств у детей и подростков определяется взаимодействием биологических (возрастные кризы, степень и характер органического поражения головного мозга) и социальных факторов (особенности окружения, воспитания и обучения). Вопрос о соотношении биологических и социальных факторов в генезе нарушений поведения и правонарушений у детей и подростков является сложным и требует детального клинико-социологического анализа в каждом конкретном случае. При наличии массивной патологии нервной системы (хромосомные aberrации, остаточные явления менингитов, менингоэнцефалитов, осложненные формы олигофрении) грубые эмоционально-волевые расстройства могут обусловить патологию поведения и социальную дезадаптацию даже в благоприятных средовых условиях. В случаях же так называемой минимальной церебральной патологии биологический фактор играет роль условия, почвы, способствующей формированию отклонений форм поведения под влиянием неблагоприятных условий среды. Л. С. Выготский еще в 1931 г. писал: «Есть хорошая и плохая среда, и есть хорошие и плохие задатки, а дальше существует столько типов трудновоспитуемых детей, сколько может быть арифметических комбинаций из четырех элементов по два <...> искусственный дуализм среды и наследственности уводит нас на ложный путь».

К социальным факторам, играющим большую роль в генезе нарушений поведения, относят неблагоприятные условия окружения, воспитания и обучения. Хроническое психотравмирующее воздействие на незрелый мозг ребенка приводит к болезненной перестройке его темперамента, аффекта, вегетативной нервной системы, что в значительной степени обуславливают патологический уровень нарушений поведения. Среди социопсихологических факторов можно выделить:

1. «Семейные» причины:

- неприятие детей родителями;
- безразличие или враждебность со стороны родителей;
- разрушение эмоциональных связей;
- неуважение к личности ребенка;
- чрезмерный контроль или полное его отсутствие (воспитание по типу гипер/гипоопеки);
- установки, предрассудки и система ценностей значимых родственников.

2. «Личные» причины:

- подсознательное ожидание опасности;
- неуверенность в себе и собственной безопасности;
- личный отрицательный опыт;
- эмоциональная нестабильность;
- недовольство собой;
- повышенная раздражительность;
- чувство вины.

3. Педагогическая запущенность.

При изучении биологических факторов интересы сосредоточиваются на особенностях наличия, характера морфофункциональных изменений и степени декомпенсации резидуальноорганической

патологии центральной нервной системы и гормонально-эндокринной перестройки в период подросткового возраста.

Существует гипотеза, что у асоциальных личностей, особенно у людей с психопатией, формируется установка на вознаграждение (reward dominance) – тенденция, которая заставляет их стремиться к вознаграждениям больше, чем других людей (O'Brien V., Frick S., 1996). Они, вероятно, обладают биохимической неспособностью извлекать удовольствие из обычных ситуаций, что заставляет их искать стимулы для вознаграждений. Предполагается, что генетическое отклонение связано с модификацией гена рецептора дофамина D2. Считается, что данное расстройство лежит в основе возникновения алкоголизма, наркомании, игровой зависимости, ожирения, патологической склонности к насилию (Blum K. et al., 1996).

Значение патологии нервной системы в генезе различных видов девиации поведения у детей и подростков подтверждается следующими факторами:

1) частотой и определенной клинической специфичностью нарушений поведения у детей и подростков с различными видами поражений нервной системы (при хромосомных aberrациях и других генетических пороках развития, остаточных явлениях внутриутробных, родовых и постнатальных инфекций, интоксикаций и травм мозга);

2) частотой диагностики различных видов неполноценности нервной системы у так называемых трудновоспитуемых либо совершивших правонарушения детей и подростков.

По данным зарубежных исследователей, обобщенных Н. Klerpel и R. D. Koch (1975), признаки органической недостаточности нервной системы диагностируются у детей и подростков с асоциальными формами поведения в 20–90 %; по данным отечественных психиатров (В. А. Колесникова, В. А. Гурьева, В. Я. Гиндикин, О. Д. Мишуровская и М. С. Хрисанова, В. В. Гроховский и др.) – в пределах от 28 до 84 %. Большие колебания цифровых показателей связаны как с разными критериями диагностики, так и со степенью полноты клинического (психопатологического, неврологического, соматического) и нейрофизиологического изучения.

Достаточно разнятся и данные о соотносительной частоте отдельных болезненных форм нервно-психической патологии, способствующей нарушениям поведения. В 4–15 % случаев диагностируются психопатии и акцентуации характера, в 10–38 % – психопатоподобные состояния на фоне резидуально-органического поражения головного мозга различной этиологии. К последним относятся и психические изменения у детей и подростков, связанные с более или менее длительным употреблением алкоголя либо наркотиков. К патологическим факторам, способствующим нарушениям поведения у детей и подростков, относятся и явления умственной отсталости. Олигофрения диагностируется у подростков-правонарушителей в 3–5 % случаев (Н. И. Фелинская, В. А. Гурьева, В. Я. Гиндикин, О. Д. Мишуровская и М. С. Хрисанова, В. В. Гроховский и др.). Значительно чаще речь идет не об олигофрении, а о различной степени задержки психического развития на почве органической недостаточности нервной системы: нарушениях познавательной деятельности, связанных со слабостью учебной мотивации из-за психической незрелости; с низким психическим тонусом вследствие повышенной истощаемости; с недостаточностью памяти, внимания, отдельных корковых функций (Т. А. Власова, М. С. Певзнер, В. И. Лубовский с сотр., Н. А. Никашина с сотр., К. С. Лебединская с сотр. и др.). Стойкая школьная неуспеваемость, возникающая у этих детей с начала обучения, второгодничество становятся причиной затяжной травмирующей ситуации (Н. Л. Белопольская), сопровождающейся отрицательным отношением к учебе и школьному коллективу, реакциями протеста, поисками авторитетов и самоутверждения в асоциальной среде и нерегламентированных формах поведения. В нарушениях поведения этих детей и подростков часто играет роль и компонент аффективно-волевых расстройств, связанных с самой недостаточностью нервной системы.

Чаще всего нарушения поведения отмечаются при поражении лобных долей головного мозга. При этом важно отметить, что расстройства, связанные с нарушением функции лобных отделов мозга, возникают не только при локализации очага поражения именно в этих структурах, но и при соответствующем поражении височных, теменных и затылочных отделов головного мозга вследствие взаимодействия между этими областями благодаря богатым связям между лобными долями мозга с многочисленными подкорковыми структурами и другими корковыми отделами. Нарушение деятельности префронтальной коры приводит к поведенческим отклонениям, которые в литературе последних лет получили название префронтального синдрома, практически аналогичного синдрому фронтальной доли («лобному синдрому») (Helmstaedter C., 2002). При избирательном поражении дорсолатеральных префронтальных связей имеет место все многообразие поведенческих и интеллектуальных нарушений, обусловленных выпадением «исполнительных» функций. Это проявляется в неспособности создания стратегии поведения, планирования сложных задач и их решения, в нарушениях «рабочей» памяти и установки, а также в неспособности адекватно использовать вербальные функции в поведенческой деятельности. Поражение орбитофронтальных связей приводит к изменению личности с появлением выраженных нарушений норм социального поведения. Поведение такого типа получило название «орбитофронтальный синдром». Он включает повышенную раздражительность, расторможенность, импульсивность, бестактность, болтливость, эмоциональную лабильность со склонностью к эйфории и наряду с этим снижение критики, безответственность и лень.

Увеличение частоты пубертатных кризов связывают как с биологическими, так и социальными факторами. К первым, как указывалось, относят акселерацию, а также увеличение физиологической дисгармонии полового созревания в сторону не только его ускорения, но и задержки с последующим интенсивным половым метаморфозом. К социальным моментам (частично связанным с указанными биологическими) относят неподготовленность цивилизованного общества к более ранним срокам физиологического созревания подростков, навязывание им образа жизни и общественного статуса (условий гиподинамии, гиперопеки, подчинения), противоречащих интенсивным биологическим изменениям этого периода. С такой диссоциацией между биологическим, психологическим и социальным статусом подростков в современном обществе связывают увеличение числа различных форм трудностей их поведения.

Поведенческие реакции, свойственные детям и подросткам

По мнению А. А. Личко (1985), имеется ряд реакций, свойственных для детско-подросткового поведения, и только под влиянием социобиологических факторов они становятся патологическими.

Реакции оппозиции или протеста всегда имеют определенную избирательность и направленность. Они появляются первоначально в той микросфере, где возникли конфликтные переживания, и направлены против тех лиц, которые, по мнению ребенка, повинны в их возникновении. Причины возникновения разнообразны: конфликты между родителями, равнодушное отношение их к ребенку, появление второго ребенка в семье, несправедливые и оскорбляющие самолюбие ребенка наказания, школьная неуспеваемость и т. п. Различают реакции активного и пассивного протеста.

Реакции активного протеста – непослушание, грубость, разрушительные действия, вызывающее или агрессивное поведение.

Реакции пассивного протеста – отказ от еды, уход из дома, попытки самоубийства, отказ от речи, энурез, замкнутость, нарушение эмоционального контакта.

Относительно распространенной формой реакции пассивного протеста являются уходы или побеги из дома. В трети случаев они сочетаются с делинквентностью. Первые побеги происходят в страхе наказания или как реакция оппозиции, а затем превращаются в условно-рефлекторный стереотип. В литературе описывают побеги четырех видов:

☒ *эмансипационные побеги* (45 %) совершаются, чтобы избавиться от опеки и контроля родителей и воспитателей, от наскучивших обязанностей и понуждений и отдаться свободной, веселой и легкой жизни;

☒ *импунитивные побеги* (26 %) – следствие жестокого обращения, расправ со стороны родных или товарищей. Побегу способствуют положение «изгоя» или «золушки» в семье, преследования со стороны сверстников. Подросток старается забыться, отвлечься от тяжелой ситуации;

☒ *демонстративные побеги* (20 %) возникают как следствие реакции оппозиции, желание привлечь внимание, особое расположение к себе или вернуть его в связи с тем, что оно утрачено. Совершают эти побеги истероидные акцентуанты;

☒ *дромоманическим побегам* (9 %) предшествуют внезапно изменившееся настроение (скука, тоска). В таких случаях возникает немотивированная тяга к перемене обстановки, стремление уехать в дальние места. Во время побега внезапно появляется желание вернуться домой.

Сохранение психотравмирующей ситуации, неправильный подход родителей с применением наказаний за побеги сравнительно часто ведут к повторным побегам. Со временем происходит своеобразная «фиксация стереотипа поведения», связанного с уходом, в результате чего уходы становятся привычными и возникают нередко по незначительному поводу. Такой неблагоприятной динамике способствует наличие акцентуированных черт характера, резидуальной церебральной недостаточности, дисгармонично протекающего препубертатного периода.

Наконец, в более редких случаях к привычным уходам присоединяется компонент влечения, в связи с чем уходы могут приобретать неодолимый характер. Как правило, такой исход наблюдается у детей и подростков с более выраженными резидуально-органическими психическими нарушениями или наличием психопатических черт характера. Фиксированные привычные уходы нередко становятся источником, с одной стороны, патохарактерологического формирования личности, с другой – микросоциально-

педагогической запущенности с асоциальным поведением.

Реакция имитации. Она характеризуется копированием поведения наиболее авторитетного для ребенка лица. Ребенок может подражать активности взрослого или поведению референтной группы (асоциальной компании). Нарушение поведения возникает, когда копируются асоциальные формы поведения (сквернословие, хулиганские поступки, воровство, бродяжничество), вредные привычки, аддиктивное поведение (курение, вдыхание летучих веществ, употребление алкоголя). Эта реакция особенно упорно повторяется и приводит к более глубокой дезадаптации, если развивается на фоне расторможенных влечений, и сама провоцирует преждевременное развитие инстинктивных проявлений (например, сексуальных).

Реакция компенсации. Может возникнуть как форма психологической защиты, при которой разочарованные своей неудачей в одной сфере дети стремятся достичь больших успехов в других областях. Эта реакция может лечь в основу нарушения поведения, если ребенок, не сумевший проявить себя в школе, станет укреплять свой авторитет за счет асоциального поведения (хулиганства, воровства и т. п.).

Реакция гиперкомпенсации отличается от предыдущей тем, что свою неспособность или свой дефект дети преодолевают за счет сверхусилий в наиболее трудной для них области деятельности. Если пугливый подросток будет пытаться гиперкомпенсировать свой страх нападениями на других подростков или опасной ездой на велосипеде, мотоцикле, автомобиле (угоняя их у владельцев), то таким образом эта реакция станет механизмом развития нарушенного поведения.

Реакция эмансипации. Это стремление высвободиться изпод опеки родителей, воспитателей и вообще всех взрослых. Способствует появлению этой реакции мелочная опека, лишение самостоятельности, постоянное давление. Реакция эмансипации проявляется скрытым сопротивлением порядкам или попытками уйти из-под контроля взрослых. В первом случае это игнорирование советов, указаний и инструкций, непринятие помощи, упрямые попытки делать все самостоятельно, отвержение правил и норм, установленных взрослыми. Во втором случае это попытки устройства самостоятельной жизни.

Реакция группирования осуществляется созданием неформальных групп сверстников и подростков, несколько старших или младших по возрасту. Эти группы обычно отличаются определенной стойкостью. Наиболее склонны к объединению подростки, запущенные и безнадзорные. Активность таких групп нередко носит антисоциальный характер (хулиганство, мошенничество, воровство).

Проявления агрессии у детей и подростков

Агрессия является одной из наиболее распространенных форм девиантного поведения. Лонгитюдные исследования показывают, что агрессивность, сложившаяся в детстве, остается устойчивой чертой и сохраняется на протяжении дальнейшей жизни человека (Lefkovitz M. M., 1977; Huesmann L. R., 1984).

В настоящее время существуют различные подходы к пониманию агрессивности, но в общих чертах под этим, как правило, понимается целенаправленное нанесение физического или психического ущерба другому лицу. Среди отечественных авторов агрессивность определяется как злобность, враждебность, потеря самоконтроля, выражающаяся в деструктивных действиях по отношению к какому-либо человеку или объекту (Александровский Ю. А., 2005).

Те или иные формы агрессивного поведения характерны для большинства детей. Агрессия указывает на психопатологию лишь при своей исключительной жестокости, частоте и длительном проявлении, а у определенной категории детей агрессия как устойчивая форма поведения не только сохраняется, но и развивается, трансформируясь в устойчивое качество личности. Главной отличительной чертой агрессивных детей является их отношение к сверстникам. Другие дети выступают для них как конкуренты или как препятствие, которое нужно устранить. Это отношение отражает особый склад личности, ее направленность, которая порождает специфическое восприятие другого как врага.

По мнению Е. О. Смирновой и Г. Р. Хузеевой (2001), значительно большая агрессивность у детей и подростков проявляется в следующем:

- 1) высокая частота агрессивных действий;
- 2) преобладание прямой физической агрессии (чаще физическое насилие);
- 3) наличие враждебных агрессивных действий, направленных не на достижение какой-либо цели, а на причинение физической боли или страданий сверстникам.

Классификация агрессивного поведения у детей и подростков

В настоящее время существует множество различных классификаций агрессии в зависимости от различных показателей, наиболее часто используемые в практике следующие:

1. По направленности по отношению к объекту:

- прямая (действия или высказывания, направленные непосредственно на объект агрессии);
- косвенная (распространение враждебных компрометирующих высказываний, злобные сплетни, шутки, взрывы ярости, проявляющиеся в крике, топании ногами, и т. д.);
- «смещенная» (направлена на предмет или физическое лицо, близкие по отдельным параметрам основному объекту агрессии, или на объекты, которые не могут оказать сопротивление);
- дифференцированная (направлена на конкретные объекты, контролируемая);
- недифференцированная (направлена на любые объекты, неконтролируемая).

Агрессия может быть направлена: на окружающих людей вне семьи, только на близких людей – гетероагрессия; на животных; на себя – аутоагрессия (выдергивание волос, сдирание кожи, кусание ногтей, отказ от еды, суициды); на внешние физические объекты (поедание несъедобного, порча имущества); на символические и фантазийные объекты (агрессивные рисунки, коллекционирование оружия, увлечение агрессивными компьютерными играми, телевизионными программами и мультфильмами).

2. По способу выражения:

- вербальная (ссора, крик, визг, угроза, проклятия, ругань); – физическая (нападение);
- скрытая (проявляется в виде агрессивных мыслей и фантазий);
- склонность к раздражению (готовность к проявлению негативных чувств при малейшем возбуждении);
- негативизм (оппозиционная манера поведения от пассивного сопротивления до активной борьбы);
- обида (зависть и ненависть к окружающим за действительные и вымышленные качества);
- подозрительность в диапазоне от недоверия и осторожности до убеждения, что все другие люди приносят вред или планируют его.

3. По цели:

- враждебная (направлена на причинение ущерба и вреда жертве);
- инструментальная (является «неизбежным» звеном в цепи агрессивного поведения с иной, нежели причинение прямого физического вреда, мотивацией; имеет место при совершении корыстных действий – краж, грабежей);
- социальная (совершение краж, актов вандализма, террористических действий, мотивом которых является нарушение общественных устоев и норм морали).

4. По механизму возникновения:

- спровоцированная (проявляется в ответ на обиду, оскорбление, уничижительные высказывания и действия);

– синдромальная (связана с формированием агрессивной готовности на основе первичной психопатологической мотивации).

5. По степени личной вовлеченности:

– ситуативные агрессивные реакции (краткосрочная реакция на конкретную ситуацию);

– агрессивное состояние (в структуре посттравматического расстройства, на фоне стресса, возрастного криза, дезадаптации); – устойчивое агрессивное поведение личности.

6. По форме социально-психологической реализации:

– конструктивная (способствует адаптации, успеху и совладанию со стрессовыми ситуациями);

– дефицитарная;

– деструктивная (наносит ощутимый ущерб самой личности или окружающим ее людям).

7. По ведущему психопатологическому звену:

– ситуационная агрессия (производная конфликтной патохарактерологической реальности);

– импульсивная (включает расстройства влечений и глубинной аффективности): импульсивно-защитная, импульсивно-садистическая;

– сверхценная, сверхценно-бредовая (определяется патологическими идеями мести и ненависти, параноидной и паранойяльной симптоматикой).

8. По степени выраженности:

– психотическая (содержит продуктивные психопатологические феномены – бред, галлюцинации, расстройства сознания, автоматизмы); – непсихотическая.

9. По юридической квалификации:

– криминальная (разрушительные действия противоправного характера);

– докриминальная (угрозы и агрессивные действия, которые не носят характер уголовно наказуемого деяния).

10. По выраженности психопатологической составляющей: – нормальное агрессивное поведение;

– агрессивное поведение в рамках психологических реакций; – агрессивное поведение в рамках личностных расстройств;

– агрессивное поведение в рамках психических заболеваний и психопатологических синдромов: эксплозивный, психоорганический, дементный, параноидальный, психический автоматизм, сумеречное расстройство сознания и др.

11. По форме:

– несоциализированное агрессивное поведение

– «доброкачественная» агрессия (не носит враждебного характера и не имеет своей целью причинение ущерба другому человеку);

– социализированное агрессивное поведение

– «злокачественная» агрессия (направляется враждебностью, имеет своей целью причинение ущерба или боли другому человеку).

Возрастные особенности агрессивного поведения

Для правильной диагностики как патологических, так и непатологических форм агрессивного поведения, выбора адекватных путей коррекции необходим учет ряда психологических особенностей данного возраста. Каждый возрастной этап имеет специфическую ситуацию развития и выдвигает определенные требования личности. Адаптация к возрастным требованиям нередко сопровождается различными проявлениями агрессивного поведения.

Причинами проявления агрессивности могут быть:

- ☒ стремление привлечь к себе внимание сверстников;
- ☒ ущемление достоинства другого с целью подчеркнуть свое превосходство;
- ☒ защита и месть;
- ☒ стремление быть главным;
- ☒ стремление получить желанный предмет;
- ☒ аффективная разрядка, разрешение внутреннего конфликта;
- ☒ причинение боли жертве, ее страдание;
- ☒ удаление препятствий на пути к удовлетворению потребностей;
- ☒ защита от реальной или воображаемой угрозы.

Е. О. Смирнов и Г. Р. Хузеева (2001), изучая поведение детей, выделили три группы с различными вариантами проявления агрессии.

1. Импульсивно-демонстративный вариант – дети, использующие агрессию как средство привлечения внимания. Они чрезвычайно ярко выражают свои агрессивные эмоции (кричат, громко ругаются, разбрасывают вещи); их поведение направлено на получение эмоционального отклика от других. Добившись внимания партнеров, они успокаиваются и прекращают свои вызывающие действия. Агрессивные акты у таких детей мимолетны, ситуативны и не отличаются особой жестокостью. Агрессия носит произвольный непосредственный и импульсивный характер; враждебные действия быстро сменяются дружелюбными, а выпады против сверстников – готовностью сотрудничать с ними. Дети данной группы обычно отличаются:

- низким уровнем интеллекта как общего, так и социального;
- неразвитой произвольностью;
- низким уровнем игровой деятельности.

Дети игнорируют нормы и правила поведения, ведут себя очень шумно, демонстративно обижаются, кричат, однако их эмоции носят поверхностный характер и быстро переходят в более спокойное состояние.

2. Нормативно-инструментальный вариант – это дети, которые используют агрессию как норму поведения в общении со сверстниками. Агрессия выступает как средство достижения какой-либо конкретной цели. Деятельность этих детей отличается целенаправленностью и самостоятельностью. В любой деятельности они стремятся к лидирующим позициям, подчиняя и подавляя других. Они не стремятся привлечь к себе внимание сверстников. Такие дети отличаются:

- высоким уровнем интеллекта;
- развитой произвольностью;
- хорошими организаторскими способностями;
- высоким уровнем развития ролевой игры;

– высоким социальным статусом в группе сверстников.

Дети хорошо знают нормы и правила, но постоянно нарушают их. Нарушая правила, они оправдывают себя и обвиняют своих товарищей, стремясь избежать негативной оценки взрослых. Они как бы не замечают собственной агрессивности; их способ действия представляется им привычным, нормальным и единственно возможным средством достижения своей цели.

3. Целенаправленно-враждебный вариант – в эту группу входят дети, для которых нанесение вреда другому выступает как самоцель. Их агрессивные действия не имеют какой-либо видимой цели ни для окружающих, ни для них самих. Они испытывают удовольствие от самих действий, приносящих боль и унижение сверстникам. Чувство вины или раскаяния отсутствует. Нормы и правила поведения открыто игнорируются. Этим детей отличают:

- средние показатели интеллекта;
- низкий социальный статус в группе сверстников;
- средний уровень развития игровой деятельности, часто агрессивного содержания.

Таким образом, в основе детской агрессивности может лежать различная мотивационная направленность: в первом случае – спонтанная демонстрация себя, во втором – достижение своих практических целей, в третьем – подавление и унижение другого. Однако всех агрессивных детей объединяет одно общее свойство – невнимание к другим детям, неспособность видеть и понимать другого. Все они проявляли низкий интерес к сверстнику, неадекватные реакции на успехи другого и неспособность бескорыстно поделить или помочь другому. Поэтому данные варианты проявлений агрессии можно также использовать для изучения поведения детей старшего (в том числе подросткового) возраста с некоторыми особенностями, характерными непосредственно для самих возрастных периодов, особенно периодов возрастных кризов.

В младшем школьном возрасте агрессия чаще проявляется по отношению к более слабым ученикам в форме насмешек, ругательств, драк. В нервно-психической сфере подростка может наблюдаться определенная дисгармония и неустойчивость. В интеллектуальной деятельности это нередко выражается в стремлении к мудрствованию, чрезмерной склонности к фантазированию; в сфере эмоций – в сочетании повышенной сенситивности в отношении собственных переживаний и интересов с определенной черствостью к другим, застенчивости и тормозимости с развязностью и самоуверенностью. Критика, оппозиционная готовность во взаимоотношениях с окружающими, в первую очередь с родителями, неприятие опеки, гипертрофированное стремление к самостоятельности иногда приобретают характер реакции протеста. Появляется повышенный интерес к своей внешности, сенситивная реакция на ее оценку другими. Возникает ряд переживаний, нередко более или менее конфликтных, связанных с пробуждением сексуального влечения. Типичны проявления эмоциональной неустойчивости: лабильность аффекта, нерезко выраженные немотивированные колебания настроения. Заострение перечисленных черт нервнопсихической неустойчивости под влиянием различных биологических либо социальных факторов формирует варианты так называемых подростковых кризов. Вот почему именно в подростковом возрасте агрессия наиболее часто проявляется как способ общения не только со сверстниками, но и с окружающими взрослыми. Специфической особенностью агрессивного поведения подростков является их зависимость от группы сверстников на фоне крушения авторитета взрослых. В отдельных случаях инициатором агрессивного поведения могут быть отдельные подростки-аутсайдеры, дезадаптированные в силу различных причин и предпринимающие попытки самоутвердиться с помощью агрессии.

Отдельно выделяется аутоагрессивное поведение, которое в отличие от агрессивного направлено на причинения вреда самому человеку, а не его окружению. Проявляется в двух формах: самоубийстве

(суицидальном поведении) и самоповреждении (парасуицидальном поведении). Среди детей младшего дошкольного и школьного возраста данный вид нарушений поведения не распространен, чаще всего проявляется нанесением самоповреждения (бьется головой об стенку, наносит укусы, раздирает ногтями кожу) и обусловлен наличием у ребенка психического расстройства. Для подросткового возраста наряду с самоповреждениями (прижигание кожи сигаретами, нанесение большого количества татуировок, множественный пирсинг), по данным разных авторов, от 3 до 15 % случаев выявляется суицидное поведение, в том числе на уровне тенденций к совершению суицида (мысли, планы, обсуждения).

Формы нарушений поведения

Для выделения различных форм отклонения в поведении необходимы определения понятия нормы, одним из которых может быть предложенное К. К. Платоновым: «Норма – это явление группового сознания в виде разделяемых группой представлений и наиболее частых суждений членов группы о требованиях к поведению с учетом их социальных ролей, создающих оптимальные условия бытия, с которыми эти нормы взаимодействуют и, отражая, формируют его».

Любое по степени выраженности, направленности или мотивам поведение, отклоняющееся от критериев той или иной общественной нормы, считается девиантным поведением. В зависимости от способов взаимодействия с реальностью и нарушения тех или иных норм общества девиантное поведение разделено на пять типов: делинквентное, аддиктивное, патохарактерологическое, психопатологическое, на базе гиперспособностей, которые В. Д. Менделевич (2001) определил следующим образом.

Делинквентное поведение – отклоняющееся поведение, которое в своих максимальных проявлениях представляет уголовно наказуемое деяние. Делинквентное поведение отличается от криминального тяжестью правонарушений, выраженностью антиобщественного характера. Нередко делинквентные действия опосредуются ситуационно-импульсными или аффективными мотивами. В основе ситуационно-импульсных действий лежит тенденция к разрешению внутреннего конфликта вследствие неудовлетворенной потребности, и их реализация происходит без предварительного планирования и выбора адекватных объектов, целей, способов и программы действий. У детей и подростков делинквентное поведение может проявляться в озорстве, желании развлечься, из любопытства и за компанию, с целью привлечения внимания (бросать с балкона еду, предметы, обливать водой прохожих, получая удовольствие от точного попадания в «жертву», предупредить администрацию школы о заложенной бомбе, «на спор» пройти по перилам моста или украсть продукты из супермаркета).

Аддиктивное поведение – форма поведения с формированием стремления к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксации внимания на определенных видах деятельности, что направлено на развитие и поддержание интенсивных эмоций. Основным мотивом личностей, склонных к аддиктивным формам поведения, является активное изменение неудовлетворяющего их психического состояния, которое рассматривается ими чаще всего как «серое», «скучное», «монотонное», «апатичное». Жизнь представляется такому подростку неинтересной в силу ее обыденности и однообразности. Он не приемлет того, что считается в обществе нормальным: необходимости заниматься какой-либо деятельностью, соблюдать какие-то общепринятые традиции и нормы. Аддиктивная активность носит избирательный характер: в тех областях жизни, которые пусть временно, но приносят человеку удовлетворение и вырывают его из мира эмоциональной стагнации (бесчувственности), он может проявлять недюжинную активность для достижения целей.

Патохарактерологическое поведение. К патологическим формам нарушений поведения относят и так называемое патохарактерологическое развитие личности. Эти состояния представляют собой глубокие и стойкие изменения характера, приближающиеся к психопатиям, возникающие вследствие травмирующих условий воспитания, длительной неблагоприятной ситуации. Выделяют два механизма формирования патохарактерологического развития:

1) закрепление и иррадиация личностных реакций отказа, оппозиции, гиперкомпенсации, имитации и др., возникших в ответ на психотравмирующее воздействие;

2) прямое стимулирование отрицательными воздействиями тех или иных патологических черт

характера (возбудимости, истеричности и др.).

Психопатологическое поведение. К этому типу относят нарушения поведения, причиной формирования которых являются стойкие психические расстройства, такие, как шизофрения, мания, общее расстройство развития, гиперкинетическое расстройство, депрессия, эпилепсия. Расстройства поведения при данных заболеваниях имеют свою специфику и выраженность их проявлений, а также психопатологическая структура напрямую зависит от степени тяжести и формы основного заболевания. Наиболее часто для данного типа девиантного поведения характерны проявления агрессии, аутоагрессии, неэстетическое поведение, нарушение пищевого и сексуального поведения.

Нарушения поведения на базе гиперспособностей выявляются у детей и подростков с неординарными способностями (выходящими за рамки обычных, среднестатистических способностей), и весь их интерес сосредоточен на деятельности, связанной с ними (музыкальными, математическими, художественными и иными). Как правило, для таких детей характерны некоторые отклонения в эмоционально-волевой сфере, и в обыденной жизни поступки такого ребенка могут носить чужаковский характер: он может не знать, как пользоваться бытовыми приборами, как совершаются бытовые действия, вследствие чего могут отмечаться сверхценные психологические и психопатологические увлечения, агрессия и аутоагрессия.

Глава 5

Неврозы у детей

Невроз – психогенное нервно-психическое расстройство, возникающее в результате нарушения особо значимых жизненных отношений человека и проявляющееся в специфических клинических феноменах при отсутствии психотических явлений. Примерно у 5–8 % детей и подростков имеются клинически выраженные невротические расстройства, которые причиняют существенное страдание или заметно мешают каждодневной жизни.

Психогеническими принято считать психические расстройства, которые возникают под влиянием психической травмы. Психическая травма – это жизненное событие или ситуация, затрагивающие значимые стороны существования человека и приводящие к глубоким психологическим переживаниям.

Для невроза характерны следующие черты:

- 1) обратимость патологических нарушений;
- 2) психогенная природа заболевания, которая определяется существованием содержательной связи между клинической картиной невроза, особенностями системы отношений и патогенной конфликтной ситуацией больного;
- 3) специфичность клинических проявлений, состоящая в доминировании эмоционально-аффективных и соматовегетативных расстройств.

Таким образом, причиной неврозов является действие психотравмирующих раздражителей (психических травм). Неврозы чаще возникают при относительно слабых, но длительно (или многократно) действующих раздражителях, приводящих к постоянному эмоциональному напряжению, внутренним конфликтам, к разладу с самим собой.

Кроме этого, необходимо подчеркнуть отсутствие при неврозе нарушений иного уровня (неврозоподобных и псевдоневротических расстройств органического, соматического или шизофренического генеза).

Сам термин «невроз» принадлежит шотландскому врачу W. Cullen и был введен в медицинскую практику в XVIII в. Данным термином обозначались нервные расстройства, не сопровождавшиеся лихорадкой и не связанные с местным поражением какого-либо органа, а обусловленные «общим страданием, от которого специально зависят движения и мысль». Со второй половины XIX в. неврозы преимущественно оценивают как «функциональные» расстройства, не имеющие определенной патолого-анатомической основы.

Причины неврозов

Психоаналитическая концепция неврозов опирается на постулат Фрейда о том, что невроз – результат патогенного влияния детских (до 6 лет) конфликтов, появляющихся на фоне сексуальных влечений, которые ребенок расценивает как запретные. Они подавляются, вытесняются в бессознательную сферу. Согласно Фрейду психическая жизнь человека является выражением бессознательных психических процессов. С точки зрения Фрейда, сущность невроза – это конфликт между бессознательным и сознанием.

Описывая возникновение неврозов у детей, к упомянутым ранее взглядам на возникновение неврозов следует добавить теорию привязанности J. Bowlby (1969). С его точки зрения, привязанность представляет собой поведенческую систему, которая определяется близостью матери и ее заботой. Главным фактором, предупреждающим возникновение тревоги и страха, считается формирующееся ожидание того, что в опасных ситуациях объект привязанности (чаще всего это мать) всегда будет рядом. Если ребенок приобрел этот фундамент безопасности, то он осмеливается в присутствии своего объекта привязанности *исследовать окружающий его мир*. Объект привязанности формируется в зависимости от реального опыта, с раннего детства и до подросткового возраста и, по мнению Боулби, на всю жизнь сохраняется в своеобразии. Наиболее важная фаза – это период от шестого месяца до пятого года жизни. В этом возрасте, считает Боулби, важнейшая задача развития ребенка – формирование привязанности. Частые проявления поведения привязанности по отношению к родителям отчетливо ослабляются лишь с началом подросткового возраста.

Если ребенку не дают испытать тепло, близость и непрерывные отношения с матерью или каким-то другим объектом привязанности, нарушается гомеостаз. Боулби называет это состояние *депривацией*.

Если в раннем детстве ребенок переживает неуверенность в том, что объект привязанности находится у него в распоряжении, то, по Боулби (Bowlby, 1973), формируется тревожное и неуверенное поведение привязанности. У детей, считающих окружающий мир ненадежным, недоступным, враждебным или угрожающим, может впоследствии возникать сильная тревожность и формироваться поведенческие паттерны избегания.

По мнению Г. Салливена, если у ребенка с самого начала будет создано чувство межличностной надежности, то оно не даст развиваться тревожности. При этом основным источником тревожности для ребенка является неодобрение со стороны значимых людей.

Развитие невротических расстройств у детей происходит при взаимодействии биологических, психологических и средовых факторов. Факторы риска включают родительскую тревожность, темперамент ребенка с тенденцией к замкнутому стилю поведения, травматические/негативные/стрессовые события в жизни ребенка, а также стиль воспитания.

Следует отметить роль наследственной отягощенности по невротическим расстройствам. Исследование, проведенное С. G. Last и соавт. (1987), показало, что у тревожных детей чаще тревожные родители, чем у их нетревожных сверстников. Наследственная отягощенность по тревожным расстройствам отмечается у 40–50 % детей (Thapar A., McGuffin P., 1995).

Одним из значимых факторов является перинатальная патология. Экспериментальные исследования на животных подтвердили влияние патологии перинатального периода на эмоциональное состояние потомства. Экспериментальный стресс у беременных крыс, мышей, обезьян увеличивал активность гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, выброс катехоламинов и тревожное поведение у потомства (Herrenkohl L. R. et al., 1982; Clarke A. et al., 1993). Среди значимых факторов выделяют осложнения беременности (кровотечения различной степени, повышение артериального давления,

задержка жидкости, судороги, патологическая прибавка в весе, похудание, курение, прием любых медикаментов, заболевания, травмы, эмоциональный стресс) и родов (кесарево сечение, наложение акушерских щипцов, вакуум-экстракция плода, затяжные роды, обвитие пуповины вокруг шеи) (Hirshfeld-Becker D. et al., 2004). Биологическими механизмами при этом служат гипоксия (кислородное голодание) и гормональный стресс, воздействующие на развивающийся мозг.

Врожденный темперамент ребенка и стиль воспитания также являются механизмами, влияющими на взаимосвязь между родительской и детской тревожностью (Kerpley H. O., Ostrander R., 2007).

Говоря о причинах развития невротизации у детей, необходимо на первое место поставить роль психотравмирующих факторов.

В. В. Ковалев выделяет следующие виды психотравмирующих ситуаций детского возраста:

- ☒ шоковые психотравмы;
- ☒ ситуационные кратковременные психотравмы;
- ☒ хронические психотравмы;
- ☒ эмоциональная депривация.

После острой травмы у детей сохраняется высокий уровень страха относительно обстоятельств, связанных с травмой. У них может наблюдаться избегающее поведение, соматические жалобы, депрессия, нарушения сна, навязчивые действия. Высокий уровень тревожных расстройств отмечается во время природных катаклизмов. У большинства детей симптомы исчезают относительно быстро после травмирующего события. Однако у многих детей, испытавших потрясение, тревога персистирует.

В большинстве случаев острая психотравмирующая ситуация связана с утратой близкого человека. Чаще встречаются негативные, стрессовые события в жизни ребенка (развод родителей, конфликты в семье, частые смены школы). В целом дети с тревожными расстройствами испытывают больше таких ситуаций, чем нетревожные дети. Хроническая психотравмирующая ситуация чаще всего связана с наличием конфликтов в семье и/или неправильным воспитанием. В более старшем возрасте увеличивается роль психотравмирующих ситуаций, связанных с детским коллективом. Причиной тревожности могут являться внутриличностные конфликты, прежде всего связанные с оценкой собственной успешности (Кочубей Б. И., Новикова Е. В., 1988).

Кроме личностных особенностей родителей и самого ребенка следует учитывать патологию периода беременности и родов, нарушений психомоторного развития.

Неблагоприятные социокультуральные факторы, такие, как низкий социально-экономический статус, неудовлетворительные жилищные условия, многодетность, разногласия между родителями, способствуют возникновению психологических проблем у детей.

В основе невротизации, по мнению В. Н. Мясищева, находятся неразрешаемые личностью противоречия между ней и значимыми для нее сторонами действительности. Психологический конфликт в понимании В. Н. Мясищева отражает столкновение противоречивых отношений личности, неспособной найти продуктивное разрешение трудностей. Здесь речь идет о значимых, доминирующих отношениях личности. В. Н. Мясищев описывает основные виды патогенных личностных конфликтов по истерическому, обсессивному и невротическому типам.

1. *Невротический тип невротического конфликта* определяется прежде всего как противоречие между возможностями личности и ее стремлениями, завышенными требованиями к себе или несоответствием между задачами личности и возможностями их осуществления (характерен для

неврастении: «Я хочу, но у меня не хватает сил»). Особенности конфликта этого типа способствует определенное воспитание, когда стимулируется нездоровое стремление к личному успеху без реального учета физических и психических возможностей и ресурсов. Субъективное стремление к работе ради достижения личного успеха и престижа облегченно приводит к состояниям утомления и переутомления у таких лиц. В определенной степени возникновению данного типа конфликта способствуют и высокие требования к человеку, предъявляемые все возрастающим темпом современной жизни.

2. *Истерический тип невротического конфликта* характеризуется чрезмерно завышенными претензиями личности, которые сочетаются с недооценкой или полным игнорированием объективных реальных условий или требований окружающих (характерен для истерического невроза: «Я хочу, хотя и не имею права»). В генезе этого типа конфликта также существенную роль играют особенности воспитания, когда стимулируется стремление ребенка быть в центре внимания окружающих (воспитание по типу «кумира семьи»). Таких лиц отличает превышение требовательности к окружающим над требовательностью к себе, у них несколько ниже способности тормозить свои желания, противоречащие общественным требованиям и нормам.

3. *Обсессивно-психастенический тип невротического конфликта* характеризуется противоречивыми внутренними

тенденциями и потребностями, борьбой между желанием и долгом, моральными принципами и личными привязанностями (характерен для невроза навязчивых состояний: «Я хочу, но не могу решиться»). При этом даже если одна из тенденций перевешивает, но получает противодействие другой, все равно создаются облегченные возможности для резкого усиления нервнопсихического напряжения и возникновения невроза. Особое значение для формирования этого типа конфликта имеют усиленные личностные черты по типу неуверенности и нерешительности, которые формируются с детства в условиях воспитания, когда имеет место предъявление противоречивых требований к личности.

По словам А. И. Захарова, неврозы у детей являются заболеванием формирующейся личности. Способствовать развитию невротических расстройств у детей могут возрастные кризисы.

Основные невротические синдромы

Астенический синдром

Астения представляет собой неспецифический синдром, который может сопровождать любые заболевания (соматические, психические) и даже развиваться у здоровых людей при определенных обстоятельствах.

Слово «астения» в переводе с греческого означает «бессилие», «слабость». Под астенией понимают патологическую усталость после нормальной активности, сопровождающуюся снижением энергии, необходимой для обеспечения нормальной жизнедеятельности, и внимания, резкое снижение работоспособности. Обычно астения сопровождается вялостью, сонливостью, раздражительностью. В сознании преобладает чувство усталости, разбитости.

В отличие от астенических расстройств физиологическая утомляемость характеризуется 1) слабой выраженностью астенических симптомов; 2) появлением астенических симптомов на короткое время (несколько дней) при нагрузках, недосыпании; 3) исчезновением астенических симптомов после отдыха (Гиндикин В. Я., 2000).

Наиболее часто выделяют физиогенные, психогенные и мультифакториальные (сочетанное воздействие физических и психологических факторов) астении.

Б. И. Ласков и соавт. (1981) определяют астенические состояния как функциональные нервно-психические нарушения, которые проявляются повышением психической истощаемости, понижением умственной и физической работоспособности, снижением концентрации внимания, рассеянностью, снижением памяти, неустойчивостью настроения, расстройствами сна и различными вегетативно-сосудистыми нарушениями, причем эти состояния носят временный характер, неспецифичны для поражения того или другого органа и могут иметь место при заболеваниях различных органов и систем.

Чаще всего встречаются астении преимущественно психогенного происхождения. Данное состояние принято называть неврастенией. Неврастению в качестве самостоятельного заболевания выделил американский врач G. Beard (1869). Он рассматривал неврастению («американский невроз») как состояние раздражительной слабости, связанное с истощением нервной системы. Основным психологическим конфликтом, лежащим в основе неврастении (по В. Н. Мясищеву), – это противоречие между желаниями и возможностями. Клиническая картина заболевания характеризуется разнообразием проявлений. Основным симптомом является раздражительная слабость – повышенная возбудимость и легкая истощаемость. Собственно астенические жалобы (общая слабость, утомляемость, истощаемость, вялость, дневная сонливость, адинамия) сочетаются с головными болями, головокружением, тошнотой, мнестическими затруднениями. Необходимо заметить, что эти жалобы не проходят после отдыха.

Клинические проявления неврастении возникают постепенно. При повышенной возбудимости малозначащие для здорового человека раздражители начинают вызывать повышенную реакцию. Больные становятся вспыльчивыми, раздражаются даже по незначительному поводу, становятся невыносимыми к сильным внешним раздражителям. Так, для пациентов с неврастенией характерна повышенная чувствительность к громким звукам, шуму, яркому свету. Кроме того, отмечается повышенная чувствительность к ощущениям из внутренних органов, что находит отражение в многочисленных соматических жалобах.

Гениальный врач В. М. Бехтерев (1906) говорил: «Как болезнь, неврастения даже не признается серьезным страданием, а между тем что может быть мучительнее того состояния, когда человек физически

представляется относительно здоровым... и вместе с тем, имея в общем достаточно умственных сил, не может пользоваться ими по причине своего болезненного состояния».

Согласно предложению И. П. Павлова традиционно выделяют следующие формы неврастения: *гипостеническую*, для которой характерна повышенная утомляемость, падение работоспособности, сонливость, истощаемость, и *гиперстеническую*, для которой свойственна повышенная реактивность, возбудимость, вспыльчивость, трудности при засыпании. По мнению В. Н. Краснова и Д. Ю. Вельтищева (1998), гиперстенический вариант характеризуется симптомами тревожного диапазона с признаками вегетативной лабильности и гиперестезии в отношении воздействия внешних факторов. Второй, гипостенический вариант содержит более стабильные признаки, в большей степени соответствующие собственно депрессивному диапазону аффективного спектра. Кроме названных, иногда выделяют форму неврастения, характеризующуюся «раздражительной слабостью», занимающую промежуточное положение между гиперстеническим и гипостеническим вариантами.

Выраженные проявления неврастения встречаются чаще на фоне соматической ослабленности. Их проявлению способствуют длительно действующие или постоянные конфликты в семье, неправильный (очень жесткий и требовательный) тип воспитания ребенка. Психологический генез неврастения заключается в противоречии между завышенной самооценкой и большими притязаниями, с одной стороны, и реальностью – с другой. В этой связи следует отметить внутриличностный конфликт по типу «хочу, но не могу» или «хочу, но болен», лежащий в основе неврастения (В. И. Гарбузов и соавт., 1977).

Встречаются следующие типы динамики неврастения у детей (Лобикова Н. А., 1973). Первый тип заключается в медленном начале (до нескольких месяцев) с формированием относительно стойкого невротического состояния, в котором преобладает астенический синдром. Второй тип заключается в подостром начале в виде моносимптомных невротических реакций (страхи, расстройства сна, вторичный невротический энурез и т. д.). Спустя некоторое время присоединяется астеническая симптоматика.

Астении часто сопровождаются расстройствами сна. Сон становится поверхностным, беспокойным, нередко сопровождается устрашающими сновидениями. Дети плохо засыпают и с трудом просыпаются, после сна отсутствует чувство отдыха. В дневное время может отмечаться сонливость.

При хронизации неврастения на первый план выступают астеноипохондрический и астенодепрессивный симптомокомплексы (Карвасарский Б. Д., 1990). При первом варианте астения сопровождается развитием навязчивых страхов ипохондрического характера (за собственное здоровье). При втором варианте эмоциональные нарушения приобретают депрессивную окраску (подавленность, стойкое снижение настроения, ощущение тоски, потеря интереса к жизни).

Истерические синдромы

Термин «истерия» происходит от греческого слова *hystera* – матка. Он отражает наивные представления врачей Древней Греции о связи заболевания с блужданием матки в организме.

Истерические расстройства чаще развиваются у личностей с истерическими чертами характера. Они формируются при неправильном воспитании, когда ребенок находится в центре внимания и ему не создают ограничений в его желаниях, потакают капризам. Истерическая личность характеризуется эгоцентрическим типом реагирования, который включает: 1) рецептивное поведение, направленное на получение чего-либо, например помощи, заботы, восхищения, внимания; 2) удовлетворение своих потребностей за счет других лиц; 3) восприятие действительности с точки зрения полезности предметов и событий для личных целей; 4) инстинктивно-эмоциональную регуляцию познавательной деятельности. Такие пациенты отличаются условной «приятностью или желательностью» болезненного симптома.

Для истерии характерно крайнее разнообразие и изменчивость симптомов. Это объясняется тем, что

они могут возникать, с одной стороны, путем фиксации различных первоначально неистерических нарушений, с другой – по механизму внушения и самовнушения в соответствии с представлениями человека о проявлениях того или иного заболевания. Эта особенность истерических симптомов дала повод Sydenham еще в XVII в. писать, что истерия – «хамелеон, который беспрестанно меняет свои цвета» и что «она может симулировать почти все другие болезни».

В клинической практике встречаются следующие истерические двигательные расстройства: внезапные приступы, характеризующиеся разнообразными сложными выразительными движениями, например выгибанием тела с опорой на затылок и пятки (истерическая дуга); парезы и параличи; астазия-абазия (невозможность стоять и ходить при сохранности силы, тонуса и чувствительности мышц); глазодвигательные расстройства; истерические спазмы глотки («ком в горле»); гиперкинезы (лишние движения). Кроме того, могут встречаться истерические сенсорные расстройства: анестезии, область которых не соответствует периферической иннервации; парестезии (ощущения покалывания, жжения, бегания мурашек и т. д); боли. В отдельный ряд нужно поставить истерические нарушения органов чувств: истерические нарушения зрения (слепоту или снижение остроты зрения, концентрическое сужение полей зрения, двоение в одном глазу, нарушение остроты зрения), глухоту. Следует также упомянуть об истерических амнезиях (нарушениях памяти).

Обсессивные синдромы

Навязчивость – внезапное появление мысли или представления, не связанных в данный момент с содержанием сознания и поэтому воспринимаемых ребенком как чуждые, эмоционально неприятные, но с пониманием, что это его собственное, а не навязанное извне (Липгарт Н. К., 1978).

Необходимо отметить, что навязчивости возникают на фоне ясного сознания и критического отношения к ним. Навязчивости воспринимаются пациентом как собственные мысли или импульсы, при этом пациент переживает их как неприятные для себя (эгодистонные).

Определенное значение имеет неправильное воспитание ребенка родителями (гиперпротекция или чрезмерная требовательность). В. И. Гарбузов (2001) придает большое значение в генезе навязчивостей наличию предобсессивного личностного радикала и соответствующей ему психотравматизации. Согласно данному автору у ребенка с навязчивостями происходит невротическое приспособление через специфические формы психологической защиты – через символическую ритуальность, невротическую пунктуальность, педантичность, отгороженность и перестраховку, консерватизм. Исполнение ритуалов приносит облегчение лишь на короткий срок. Попытки невыполнения ритуалов приводят к резкому усилению тревоги, подавленности, напряжения, а их выполнение сопровождается досадой и чувством беспомощности. Осознавая навязчивые мысли как неправильные, больной «вынужден» поступать так, как если бы эти мысли были правильные, иначе у него возникает тревога и страх. К появлениям данного расстройства относятся навязчивые страхи, сомнения, воспоминания. Компulsive действия – повторяющиеся стереотипные поступки, иногда приобретающие характер защитных ритуалов.

Фобический синдром

Фобии характеризуются навязчивым переживанием страха с четкой фабулой при наличии достаточной критики. Они обостряются в определенных ситуациях, носят яркий и образный характер. Фобии обычно переносятся чрезвычайно мучительно из-за двойственного отношения к ним – продолжающегося переживания страха на фоне понимания его необоснованности. Существенный признак фобии – выраженная борьба с ними (Карвасарский Б. Д., 1990). Подробнее о фобиях у детей см. ниже при описании тревожных расстройств.

Тревожные расстройства у детей

Ведущим симптомом тревожных расстройств является патологическая тревога.

Тревога – субъективно-неприятное эмоциональное состояние: чувство неопределенности, ожидание плохих событий, трудноопределимые предчувствия. Тревожность является индивидуальной психологической особенностью, проявляющейся в склонности человека к частым и интенсивным переживаниям состояния тревоги, а также в низком пороге его возникновения.

Одним из ведущих проявлений тревожных расстройств у детей являются страхи. При этом надо помнить, что страхи у ребенка могут быть «нормальным» проявлением адаптации. Если страх оказывает незначительное влияние на повседневную жизнь ребенка или длится всего несколько недель, то он скорее всего является частью нормального развития. Но так как дети и окружающая их среда непрерывно меняются, страхи, нормальные для одного возраста, могут стать препятствием развития навыков социального взаимодействия несколько лет спустя (Мэш Э., Вольф Д., 2003). Например, боязнь незнакомых людей может выполнять защитную функцию у младенцев и маленьких детей, но если она сохраняется по мере взросления, то может серьезно мешать развитию отношений со сверстниками.

Преобладающим типом воспитания при тревожных расстройствах является гиперопека, характеризующаяся ограничивающим контролем. Гиперопека выражается в стремлении родителей: 1) окружать ребенка повышенным вниманием; 2) во всем защищать, даже если в этом нет реальной необходимости; 3) сопровождать каждый его шаг; 4) предохранять от опасностей, которых нет; 5) беспокоиться по любому поводу и без повода; 6) удерживать детей около себя, «привязывать» к своему настроению и чувствам; 7) обязывать поступать определенным способом. Чем выше тревожность родителей, тем более выражена гиперопека.

Кроме того, следует отметить завышенные, не соответствующие реальным возможностям детей требования со стороны родителей наряду с их непоследовательностью и противоречивостью (Захаров А. И., 1972). В этой связи надо указать на излишнюю принципиальность родителей, их требовательность и нетерпимость, завышенного уровня притязания в отношении возможностей детей. Сквозной линией в отношении к детям проходит их неприятие, т. е. отсутствие эмоциональной поддержки, отсутствие положительных чувств и любви со стороны одного или обоих родителей (Гарбузов В. И. и соавт., 1977). К усилению тревожности приводит также избегание ситуаций, вызывающих страх, что определяет в дальнейшем социальную некомпетентность.

Тревожные дети отличаются тенденциозностью в обработке информации с сверхчувствительностью к угрожающим событиям и интерпретацией двусмысленных ситуаций как угрожающих.

Практически в любом возрасте страхи чаще возникают у девочек, чем у мальчиков; девочки также считают себя более склонными поддаваться страхам, страхи их сильнее, чем страхи мальчиков, и больше сказываются на их жизни (Ollendick, Yang, Dong, Xia & Lin, 1995).

Критериями патологического характера страха являются:

- ☒ чрезмерная интенсивность;
- ☒ необычное содержание или объект;
- ☒ неадекватность ситуации;
- ☒ хронизация страха;
- ☒ отсутствие преодоления страха;

☒ существенные изменения образа жизни из-за страха.

Дефицит эмоциональной регуляции не позволяет преодолеть «нормальные» страхи или привыкнуть к ним. Дисгабитуация (отсутствие привыкания) страхов обуславливает возвращение преодоленного страха.

По данным А. И. Захарова, при неврозах во всех возрастах страхов достоверно больше, чем в норме, что подчеркивает повышенную чувствительность к страхам при неврозах, их большую выраженность и аффективную заряженность. В младшем школьном возрасте при неврозах достоверно преобладают страхи одиночества, наказания, сказочных персонажей, опоздания, страшных снов, темноты, животных, транспорта, стихии, высоты, глубины, огня, пожара, врачей, уколов, боли, неожиданных звуков. В подростковом возрасте достоверно более выражены страхи одиночества, нападения, наказания, опоздания и др.

А. И. Захаров выделяет следующие виды страхов у детей:

1. В младшем дошкольном возрасте часто встречается *страх «быть никем»*, основанный на выраженной в этом возрасте потребности в эмоциональном признании и поддержке со стороны близких для ребенка лиц, к которым он привязан. Страх «быть никем», не представлять, не значить в оценках и отношениях окружающих имеет своим источником характерный для данного возраста страх одиночества, т. е. страх эмоциональной и социальной изоляции. Это страх быть отвергнутым, лишиться поддержки, быть ни с кем, наедине со своими беспокоящими (волнующими) проблемами, опасениями и страхами, от которых нет защиты и которые нарушают внутреннюю целостность, чувство своей ценности, уверенность в своих силах и возможностях. Беспокойство ощущается наиболее остро, когда ребенок остается один в темноте и в замкнутом пространстве комнаты, как это бывает при засыпании. Тогда охватывающее его чувство бессилия, страха, ужаса перед воображаемыми чудовищами есть не что иное, как остро переживаемое чувство незащитности в ответ на отсутствие поддержки со стороны взрослых, способных развеять другие страхи, успокоить, отвлечь внимание. То же относится к страшным сновидениям, от которых ребенок не может защититься сам, без помощи взрослых и которые часто отражают дефицит его потребностей в эмоциональном контакте, признании и поддержке в семье. Лежащий в основе страха «быть никем» страх одиночества сопровождается аффективно заостренной и нередко навязчивой потребностью в присутствии рядом взрослых, повышенном внимании с их стороны.

2. Типичным у детей с неврозами младшего школьного возраста будет *страх «быть не тем»*, т. е. не соответствовать общепринятым нормам, ожиданиям со стороны значимых лиц. Это страх сделать не так, как нужно, не то, что следует, т. е. страх ошибки, неудачи, поражения, своей несостоятельности в представлении окружающих. С одной стороны, это и страх быть не тем, кто получает признание, одобрение, кто соответствует групповым стандартам, т. е. страх порицания, осуждения и наказания, потери расположения других и тем самым страх социальной изоляции. Страх «быть не тем» встречается в возрасте интенсивного развития нравственно-этических и нормативно-регулирующих социальных отношений, отражая возросший уровень самосознания в формировании личности, новую, социальную позицию школьника. Наряду с формированием чувства ответственности, долга, обязанности, всего того, что обозначается понятием «совесть», создаются и предпосылки для образования возрастного страха «быть не тем».

3. Типичным для подросткового возраста является невротический *страх «быть не собой»*, т. е. быть болезненно измененным, не способным владеть собой и контролировать чувства. Страх «быть не собой» – это одновременно и страх быть другим – обезличенным, лишенным самосознания, индивидуальности и самобытности. Подобный страх патологической трансформации «Я» всегда сопряжен со страхом потери человеческого облика, поскольку это означает быть посмешищем в глазах окружающих, вести себя нелепо, не так, как нужно, как следовало бы. Следствием этого будет страх отсутствия признания, групповой

поддержки, как и страх быть изгоем и отвергнутым. Таким образом, в мотивации страха «быть не собой» присутствуют страхи «быть ничем», «не тем» и «никем». (А. И. Захаров).

Школьная тревожность возникает при взаимодействии ребенка с различными компонентами образовательной среды (Микляева А. В., Румянцева П. В., 2004). Интересно, что учащиеся, получающие домашние задания на выходные, характеризуются более высоким уровнем тревожности, чем их сверстники, имеющие возможность полностью посвятить выходные отдыху.

Проведенные нами исследования показали, что тревожные расстройства встречаются в 25,9 % случаев у детей со школьной дезадаптацией. При этом они чаще встречались у девочек.

В младшем школьном возрасте нередко складывается «синдром хронической неуспешности», заключающийся в низкой самооценке и высокой тревожности, вызванной несоответствиями между ожиданиями взрослых и достижениями ребенка (Венгер А. Л., 2000). Интересно отметить связь тревожности и школьной успеваемости: наибольший уровень тревожности отмечается у отличников и «двоечников» (Кочубей Б. И., Новикова Е. В., 1988). При этом И. Раншбург и П. Поппер (1983) выявили, что чем выше интеллект ребенка, тем больше он испытывает страхов.

Причинами школьной тревожности могут быть:

1) негативные требования, предъявляемые к ребенку, которые могут унижить или поставить в зависимое положение;

2) неадекватные, чаще всего завышенные требования;

3) противоречивые требования, которые предъявляют к ребенку родители и/или школа (Кочубей Б. И., Новикова Е. В., 1998).

Описывая школьную тревожность, необходимо коснуться и понятия «тестовая тревожность», которая проявляется в сильных переживаниях, связанных с появлением ярко выраженных соматических, когнитивных и поведенческих симптомов тревоги в ситуациях прохождения теста, что обычно сказывается на его результатах. Тестовая тревожность является распространенной проблемой, с которой сталкивается около 50 % детей и подростков (N. J. King, Ollendick & Gullone, 1991).

Тревожные расстройства детского возраста в МКБ-10 представлены в рубрике F 93 «Эмоциональные расстройства детского возраста».

Тревожное расстройство в связи со страхом разлуки в детском возрасте (F 93.0)

У детей, страдающих этим расстройством, возникает не соответствующий их возрасту чрезмерный, мешающий повседневной деятельности страх разлуки со своими родителями или страх оказаться вне дома. Маленькие дети могут переживать неопределенное ощущение тревоги или повторяющиеся ночные кошмары, нереальное содержание которых связано со смертью кого-то из родителей, а также с тем, что их похищают или убивают. У более старших детей могут возникать специфические фантазии, в которых фигурируют болезнь, несчастные случаи, похищение или получение телесных повреждений.

Страх разлуки нужен маленьким детям для выживания и является нормальным явлением в определенном возрасте. Начиная приблизительно с семи месяцев и до 6–7 лет практически все дети беспокоятся, когда их разлучают с родителями или другими людьми, которые близки им. В дошкольном возрасте умеренный страх разлуки рассматривают как нормальное поведение ребенка. Патологическим его считают в тех случаях, когда он чрезмерно интенсивен и длителен, мешает типичному для данного возраста образу жизни и/или возникает в том периоде, когда обычно уже должен быть преодолен, например у школьников (Ремшмидт Х., 2001). У родителей достоверно чаще повышен процент тревожно-

депрессивных расстройств. W. Crowel (1990) отметил, что страх разлуки чаще встречается у детей, чьи матери страдали паническими расстройствами. Обычно такая патология проявляется уже в раннем возрасте и чаще встречается у девочек. Страхи могут сопровождаться жалобами на головные боли или боли в животе. В основе страха разлуки лежит расстройство привязанности в виде чрезмерно выраженной связи ребенка и матери, что затрудняет самостоятельное развитие ребенка. Характерным стилем воспитания этих детей является потворствующая гиперопека. В результате у детей не формируются навыки самостоятельного поведения и страх разлуки приобретает гипертрофированные размеры.

У старших детей с тревожным расстройством в связи с разлукой часто наблюдается также нежелание или отказ посещать школу (Albano et al., 1996; Last C. G. et al., 1992). Каждое утро, когда нужно идти в школу, может начинаться с жалоб на физическое недомогание и случайных пропусков занятий, что потом превратится в ежедневные вспышки раздражения по поводу школьной учебы и полный отказ от нее. При детальном расспросе у таких детей не выявляется страха перед какими-либо ситуациями в школе.

Фобическое тревожное расстройство детского возраста (F 93.1)

Около 2–4 % детей переживают специфические фобии в какой-то период своей жизни (Essau et al., 2000). У детей со специфическими фобиями наблюдается чрезмерный, патологический страх перед чем-либо, что представляет собой ничтожную угрозу или опасность или же вообще не представляет какой-либо угрозы или опасности. Дети с подобным расстройством прилагают большие усилия, чтобы избежать пугающих объектов или ситуаций. Они убеждены, что пугающий стимул грозит серьезной опасностью. В отличие от большинства взрослых, страдающих специфическими фобиями, дети зачастую не понимают, что их страхи чрезмерны и необоснованны.

Большая часть детских фобий связана с естественными опасностями и пугающими стимулами, которые преследовали человечество на всем пути его развития (Мэш Э., Вольф Д., 2003). К ним относятся змеи, темнота, хищники, высота, кровь, громкие звуки и незнакомые места. Фобии, связанные с животными, темнотой, насекомыми, кровью и травмами, обычно возникают в возрасте 7–9 лет, что делает их похожими на страхи, характерные для нормального развития. Однако клинические фобии имеют тенденцию сохраняться гораздо более продолжительное время, чем нормальные страхи, хотя и те и другие со временем ослабевают.

Школьные фобии (ШФ) определяются как страх перед каким-то аспектом школьной ситуации, сопровождаемый тревогой, соматическими симптомами. Данная ситуация приводит к пропускам школьных занятий. Распространенность ШФ составляет 1 % от общей популяции (Blagg N. R., 1994). В более старшем возрасте ШФ приобретает характер «отказа от посещения школы» из-за страхов перед учителями, соучениками, из-за опасения быть подвергнутым унижению (King N. J. et al., 1998). В основе этого состояния часто находится ощущение собственной неполноценности. Школьные прогулы у детей старшего школьного возраста и подростков вызываются избеганием ситуации неуспешности перед лицом сверстников, боязни наказания за невыполненные домашние задания и чаще возникают у обследуемых с недостаточным уровнем школьных знаний.

Социальное тревожное расстройство детского возраста (F 93.2)

Это определение используется только для расстройств, возникающих в возрасте старше 5 лет и не соответствующих обычным для этого возраста проявлениям.

Социофобия встречается у 1–3 % детей, несколько чаще у девочек, чем у мальчиков (Essau, Conradt & Peterman, 1999). Девочки могут испытывать большую социальную тревожность, потому что они более обеспокоены по поводу своей социальной компетентности, чем мальчики, и придают большее значение межличностным взаимоотношениям (Inderbitzen-Nolan & Walters, 2000).

Большая часть социофобий появляется у детей в подростковом возрасте, в то время, когда они становятся очень стеснительными, испытывая сомнения и беспокойства по поводу своей внешности, умения держаться в обществе, а также волнуются о том, что могут подумать о них другие люди. Большинство подростков постоянно озабочены тем, как лучше держать себя, что говорить, как одеваться. В этом возрасте тревога часто связана с желанием быть «таким же, как все», с попытками добиться социального признания, с возникающими сексуальными проблемами, а также с конфликтами, вызванными стремлением к личной независимости. Симптомы тревоги, на которые жалуются чаще всего, выражаются в страхе говорить на публике, покраснении, чрезмерном беспокойстве по поводу совершенных действий и поступков и в сильной застенчивости (Bell-Dolan et al., 1990).

Генерализованное тревожное расстройство детского возраста (F 93.80)

Это расстройство не фокусируется на какой-то ситуации (как при фобическом расстройстве или расстройстве со страхом разлуки).

У детей с генерализованным тревожным расстройством беспокойство может быть эпизодическим или практически постоянным. Зачастую беспокоящийся не способен расслабиться, у него появляются негативные физические симптомы, такие, как мышечное напряжение, головная боль или тошнота. Кроме того, может возникать раздражительность, пониженный тонус, бессонница или беспокойный сон.

Генерализованное тревожное расстройство является одним из наиболее распространенных тревожных расстройств и встречается у 3–6 % детей (Albano et al., 1996). Возраст начала чаще 7–10 лет. В препубертатном периоде заболевание отмечается с равной частотой у мальчиков и девочек, однако в дальнейшем, к концу подросткового периода, этой патологией девочки страдают в 2 раза чаще, чем мальчики. В основном это расстройство в равной степени распространено как среди мальчиков, так и среди девочек, возможно, с незначительным увеличением распространенности у старших девочек-подростков (Strauss C. C., Lease, Last & Francis, 1988).

Ранее, согласно В. В. Ковалеву, выделяли общие и системные неврозы. К последним исторически относили тики, заикание, энурез, энкопрез. В настоящее время эти состояния расценивают как самостоятельные.

Тики у детей

Тики, тиковые гиперкинезы, представляют собой внезапные, произвольные, насильственные, отрывистые, повторяющиеся движения, охватывающее различные мышечные группы. Тики напоминают нормальные координированные движения, варьируют по интенсивности и отличаются отсутствием ритмичности, могут временно подавляться усилием воли и благодаря однотипности рисунка относительно легко имитироваться (Лис А. Дж., 1989).

Тики могут быть двигательными (моторные) и голосовыми (вокальные). В 10-м пересмотре Международной классификации болезней (МКБ-10) выделены следующие основные виды тиков:

F 95.0 – транзиторные тики (не сохраняются более 12 месяцев);

F 95.1 – хронические моторные или вокальные тики (длится более 12 месяцев);

F 95.2 – синдром Жилья де ля Туретта (СТ): комбинирование множественных моторных тиков и одного или более вокальных тиков. Моторные и вокальные тики при этом расстройстве могут возникать не всегда одновременно.

Тики являются распространенным заболеванием, особенно в детском возрасте. На общую частоту тиков 4 % и на ее пик в 10 % у детей 6–7-летнего возраста указывает J. Jankovic (2001). Шведские исследователи N. Khalifa, A. von Knorring (2003) обнаружили тики у 6,6 % школьников в возрасте от 7 до 15 лет. По данным В. П. Зыкова (2006), тики в Московском регионе встречаются в 6 % случаев.

Механизм возникновения тиков сложен и по многим вопросам окончательно не решен. В происхождении тиков играют роль генетические и иммунные механизмы, патология периода беременности и родов, а также психосоциальные факторы. Всегда следует иметь в виду возможность воздействия нескольких факторов, влияющих друг на друга.

Психоаналитики считали тики символическим выражением внутреннего конфликта. О. Fenichel (1945) полагал, что тики представляют собой моторные эквиваленты эмоциональной активности, позволяющие в замаскированной форме проявить подавленные сексуальные и агрессивные импульсы.

Сторонники теории научения считали, что тики являются результатом условно-рефлекторной реакции избегания в ответ на специфический стресс, которая затем закрепляется, потому что способствует одновременному снижению тревоги в других ситуациях. Усвоение и генерализация первоначального стимула ведет к появлению тревоги в других ситуациях, и тики становятся все более фиксированными и привычными (Yates A., 1958).

Скорее всего психологические факторы играют роль провоцирующего или усиливающего фактора. Нами проведен анализ наличия психотравмирующих обстоятельств в анамнезе у больных с тиками. Так, острые психотравмы, предшествовавшие появлению тиков (внезапный испуг и др.), отмечались, по словам пациентов или их родителей, в 13 % случаев. Хронические психотравмирующие обстоятельства отмечались в 44 % случаев. Одним из наиболее частых факторов, провоцирующих появление тиков у детей, является школьный адаптационный стресс. В 8,5 % случаев заболевание появилось после первых дней обучения в школе («тики первого сентября»).

Среди других стрессовых ситуаций часто встречаются разлука с одним из родителей в результате распада семьи, эпизоды внезапного испуга. У некоторых детей тики возникают после длительной умственной перегрузки, которую можно рассматривать как хронический стрессовый фактор.

В 90 % случаев тики начинаются в возрасте от 3 до 15 лет. Наиболее часто они появляются в 4–8-

летнем возрасте. В 50 % тики исчезают до 14 лет, но могут учащаться в период подросткового (пубертатного) возрастного криза. Течение тиков носит волнообразный характер с периодами улучшения и обострения. У детей, например, период улучшения может наблюдаться во время каникул. Некоторые пациенты отмечают сезонные колебания интенсивности симптомов.

Первые проявления заболевания в большинстве случаев характеризуются лицевыми гиперкинезами. В дальнейшем может отмечаться распространение гиперкинезов, присоединение вокализаций (звуковых тиков). По частоте встречаемости тики идут в порядке убывания от верхней части лица к нижним конечностям, причем наиболее распространенным является моргание, затем следуют тики нижней части лица, шеи и плеч и далее туловища и конечностей. Лицо ответственно за все виды мимической экспрессии, отражающей наши чувства и эмоции, и разнообразием функций лицевых мышц можно объяснить преобладание тиков в этой области. Наиболее часто первыми отмечаются тики в виде мигания.

Соматоформные расстройства

Соматические (телесные) симптомы занимают важное место в клинической картине неврозов. Нередко ведущую роль в картине невроза у детей играют соматоформные расстройства.

Соматоформные расстройства (СФР) – группа психогенных заболеваний, характеризующихся патологическими симптомами, напоминающими соматическое заболевание, но при этом не обнаруживается никаких морфологических проявлений, хотя часто наблюдаются неспецифические функциональные нарушения. Ранее данную патологию называли вегетососудистой (нейроциркуляторной) дистонией.

В СФР вовлекаются сердечно-сосудистая система (боли в области сердца, нарушения сердечного ритма, колебания АД), дыхательная система, желудочно-кишечный тракт (расстройства пищеварения, боли в животе), система терморегуляции и потоотделения (незначительное повышение температуры, потливость, ознобы), вазомоторная регуляция (обмороки), вестибулярная система (головокружение). Вегетативные нарушения могут носить постоянный или приступообразный характер. При этом характерно отсутствие объективных признаков, свидетельствующих о наличии грубой патологии в той или иной системе.

Школьные головные боли

Головные боли могут также являться проявлениями ШД. В литературе встречается термин «школьные головные боли» (Боконжич Р., 1984). Такие возникающие на фоне переутомления боли носят диффузный, сжимающий характер. По своей феноменологии эти цефалгии можно определить как головные боли напряжения (ГБН).

ГБН широко распространены в популяции и встречаются у 2–38 % населения. ГБН являются одними из наиболее частых среди остальных форм цефалгий: они встречаются в 40–80 % случаев. Вопрос о начале появления и частоте ГБН в детском возрасте остается открытым в связи с тем, что дети не всегда могут четко рассказать о своих ощущениях. Это значительно затрудняет выявление цефалгий. По данным А. П. Рачина (2002), эпизодические ГБН отмечаются у 30,1 % обследованных школьников, хронические ГБН у 4,7 % обследованных детей. Отмечено, что частота ГБН – плавно нарастает к 11–12 годам, когда наблюдается пик болезни (47,2 %) с последующим снижением к возрасту окончания школы (33,3 %).

Проведенные нами исследования показали, что ГБН встречаются в 32,7 % случаев у детей со школьной дезадаптацией. При этом ГБН чаще встречались у девочек. Клинически ГБН отличаются своеобразием ощущений: монотонная, тупая, сдавливающая, стягивающая, ноющая боль. Цефалгии не имеют четкой локализации, чаще диффузные, двусторонние, с максимальной выраженностью в затылочной или теменной областях. Иногда пациенты описывают боли как наличие тяжести, скованности в виде «каска» или «обруча» вокруг головы.

Известно, что в генезе ГБН важную роль играют эмоциональные нарушения, хронический стресс. При исследовании анамнеза у пациентов с ГБН А. М. Вейн и соавт. (1994) определили, что примерно у одной трети пациентов вы являлись психогении детского возраста: развод родителей, потеря близких, телесные наказания, конфликты между родителями и детьми, конфликты в школе между окружающими детьми и преподавателями и т. п.

Р. Боконжич (1984), анализируя личностные особенности пациентов с ГБН, высказывает мнение, что в основе возникновения заболевания лежит подавленное чувство обиды, негативизма по отношению к родителям, что проявляется ощущением вины, стыда, чувства брошенности, реализующихся в головной боли.

Результаты исследований А. П. Рачина (2002) выявили зависимость частоты ГБН (прежде всего их хронического варианта) от социальных факторов. Полученные данные позволяют выделить несколько блоков. Первый блок – это влияние на формирование ГБН семейной дезадаптации (неполная или безработная семья и т. п.) и так называемого «болевого поведения» родителей (прежде всего матерей). Частота ГБН (и в первую очередь хронический вариант болезни) напрямую зависит от полноты и уровня материального обеспечения родителей. Чем выше процент неполных семей и показатель безработицы среди родителей, тем выше распространенность ГБН. Однако эти факторы играют неоднозначную роль в различном возрасте. Так, вероятно, в возрасте 7–8 лет на формирование ГБН у ребенка оказывает меньшее влияние отсутствие кого-либо из родителей или малый материальный достаток в семье. В то же время с возрастом эти факторы начинают играть ключевую роль в развитии и поддержании заболевания. По мнению А. П. Рачина, существуют «болевые семьи», где риск появления и формирования ГБН у ребенка выше, так как постоянные жалобы матерей на ГБ закрепляют представление ребенка о цефалгии и о том поведении, которое должно быть у него во время купирования приступа (отдых, прием анальгетиков и т. д.). Также отмечено, что среди детей, обучающихся по единой школьной программе, есть классы с высокой и низкой распространенностью ГБН. В классах с высокой частотой ГБН выше показатель

«социальной дезадаптации» и процент «болевых семей» и хуже успеваемость, а при низкой частоте болезни наблюдается противоположная динамика. А. П. Рачин считает, что это позволяет предположить существование «болевых классов», где чем больше детей жалуется на ГБН, тем выше шанс их очередного появления или перехода в хроническую форму. Необходимо отметить факт, что 78,3 % педагогов страдали ГБН, что, по мнению А. П. Рачина, формирует определенное «болевое поведение» преподавателя на уроках.

Глава 6

Лечение поведенческих нарушений и нарушений развития

Общепринятым является положение, согласно которому лечение поведенческих нарушений и нарушений развития должно быть комплексным, т. е. включать как медикаментозную терапию, так и психотерапевтические методы. По мнению R. A. Barkley (1998), лучше всего обращаться к специалистам, отличающимся следующими особенностями:

- 1) ненавязчивое побуждение родителей к действиям;
- 2) простой и понятный язык при объяснении методик лечения;
- 3) сопереживание и признание достижений родителей и детей.

Психотерапия

А. И. Захаров (1982) предлагает следующую последовательность задач, решаемых в процессе психотерапии ребенка:

- 1) контакт с больным, его успокоение, создание доверия к врачу и методу лечения;
- 2) уменьшение остроты личностной реакции на невротическое заболевание;
- 3) эмоциональное реагирование и снятие реакций страха;
- 4) разрешение невротического конфликта;
- 5) укрепление психофизиологических возможностей;
- 6) устранение патологических стереотипов реагирования, в том числе защитного типа поведения, принятие себя и других через сбалансированную и более зрелую систему оценок и суждений;
- 7) обучение навыкам адаптивного взаимодействия.

Цель психотерапии детей и подростков с СДВГ – оказание им помощи в адаптации к существующим условиям жизни с учетом симптоматики данного заболевания. Одной из важнейших задач является создание комфортной психологической атмосферы, в которой ребенок не только ощущает себя в безопасности, но и успешно реализует свой потенциал. Поэтому усилия специалиста, осуществляющего поддержку ребенка с СДВГ, должны быть направлены на выявление его сильных сторон (умений, навыков, черт личности), что помогает ребенку ощутить себя успешным, повышает самооценку и мотивацию достижений в других областях деятельности.

Главной задачей родителей оказывается обеспечение общего эмоционального фона развития и обучения ребенка. Кроме того, родители отслеживают эффективность проводимого лечения и сообщают о его результатах неврологу, психологу, педагогам.

Только в случае подобного подхода специалистов и родителей к решению проблем гиперактивного ребенка происходит последовательное единодушное воспитание и обучение, способствующее полнейшей реализации потенциала ребенка, снижению его эмоционального напряжения.

Выбор методов психокоррекции зависит от потребностей ребенка, запроса, который ставят взрослые перед психологом (психотерапевтом), и, наконец, возможностей специалиста, работающего с ребенком.

Безусловным фактором улучшения является создание позитивной модели отношения к ребенку (Лютова Е. К., Моница Г. Б., 2000; Лохов М. И. и соавт., 2003). Психологические особенности сти гиперактивных детей таковы, что порог чувствительности к отрицательным стимулам очень низок, поэтому они не восприимчивы к выговорам и наказанию, но легко отвечают на малейшую похвалу. Родители могут повысить самооценку ребенка, заручившись его помощью в различных ситуациях: помочь найти определенные продукты в супермаркете, исполнить роль штурмана при поездках на автомобиле. Для подростка можно найти какую-нибудь необременительную, но интересную работу (найти что-нибудь в Интернете). Главное, чтобы родители обращали внимание не только на плохое, но и на позитивное поведение ребенка. Желательно, чтобы похвала носила как вербальный (словами), так и невербальный (обнять, поцеловать, погладить по голове) характер.

Другой крайностью по отношению к таким детям является вседозволенность, поэтому родители должны объяснять ребенку правила поведения. Р. А. Barkley (1998) рекомендует формулировать инструкции и указания для детей с СДВГ четко, ясно, кратко и наглядно. По мнению К. Квашнер (2001), предварительное планирование и структурирование по времени помогают пациентам с СДВГ

приспосабливаться к меняющимся процессам и ситуациям.

Н. Н. Заваденко (2001, 2005) приводит следующие рекомендации для родителей по воспитанию гиперактивных детей:

«Уважайте ребенка и принимайте его таким, как он есть. Будьте реалистичны в ваших ожиданиях и требованиях.

Поддерживайте дома четкий распорядок дня. Из дня в день время приема пищи, выполнения домашних заданий и сна должно соответствовать этому распорядку. Расписание нужно поместить так, чтобы ребенок мог его видеть. Эффективный способ напоминания для детей с СДВГ – применение специальных листов-памяток, которые напоминают о важнейших делах и вывешиваются на видном месте. Кроме текста, на этих листах можно сделать соответствующие рисунки. После выполнения какого-либо задания ребенок должен сделать определенную пометку.

Избегайте повторения слов “нет” и “нельзя”.

Говорите сдержанно, спокойно, мягко.

Для подкрепления устных инструкций используйте зрительную стимуляцию.

В определенный отрезок времени давайте ребенку только одно задание, чтобы он мог его завершить.

Избегайте мест и ситуаций, где собирается много людей. Пребывание в крупных магазинах, на рынках, в ресторанах оказывает на ребенка чрезмерно стимулирующее действие. Во время игр ограничивайте ребенка одним партнером.

Поощряйте ребенка за все виды деятельности, требующие концентрации внимания (работа с кубиками, раскрашивание и т. п.).

В отношениях с ребенком придерживайтесь “позитивной модели”. Хвалите его каждый раз, когда он этого заслужил, подчеркивайте успехи. Это поможет укрепить уверенность ребенка в собственных силах.

Давайте ребенку возможность для расходования избыточной энергии. Полезны ежедневные физические занятия на свежем воздухе, длительные прогулки, бег.

Оберегайте ребенка от утомления, поскольку оно приводит к снижению у него самоконтроля и нарастанию гиперактивности.

Ограничивайте выбор, но не навязывайте его.

Научите ребенка устраивать тихие перерывы...»

Необходимо отметить также рекомендации, разработанные Е. К. Лютовой и Г. Б. Мониной (2000), по профилактической работе с гиперактивным ребенком, а именно следует:

«Заранее договариваться с ребенком о времени игры, о длительности прогулки и т. д.

Об истечении времени ребенку сообщает не взрослый, а заведенный заранее будильник, кухонный таймер, что будет способствовать снижению агрессии ребенка.

Выработать совместно с ребенком систему поощрений и наказаний за желательное и нежелательное поведение.

Выработать и расположить в удобном для ребенка месте свод правил поведения в группе детского сада, в классе, дома.

Просить ребенка вслух проговаривать эти правила.

Перед началом занятия ребенок может сказать, что он хотел бы пожелать себе сам при выполнении задания».

Данными авторами разработана также система своеобразной «скорой помощи» при работе с гиперактивным ребенком:

«Отвлечь ребенка от его капризов. Поддерживайте дома четкий распорядок дня.

Предложить выбор (другую возможную в данный момент деятельность).

Задать неожиданный вопрос.

Отреагировать неожиданным для ребенка образом (пошутить, повторить действия ребенка).

Не запрещать действие ребенка в категоричной форме.

Не приказывать, а просить (но не заискивать).

Выслушать то, что хочет сказать ребенок (в противном случае он не услышит вас).

Автоматически, одними и теми же словами повторять многократно свою просьбу (нейтральным тоном).

Сфотографировать ребенка или повести его к зеркалу в тот момент, когда он капризничает.

Оставить в комнате одного (если это безопасно для его здоровья).

Не настаивать на том, чтобы ребенок во что бы то ни стало принес извинения.

Не читать нотаций (ребенок все равно их не слышит)».

В некоторых случаях в подростковом возрасте возможно заключение формальных договоров – контрактов, в которых закрепляются определенные обязанности за ребенком и поощрение со стороны родителей.

Поведенческая психотерапия

Для изменения (модификации) поведения детей используются методы поведенческой психотерапии, основанные на оперантном подходе (оперантном обусловливании). Согласно принципам оперантного обусловливания, сформулированным Е. Л. Торндайком и В. Ф. Скиннером, поведение контролируется его результатом и последствиями. Модификация поведения осуществляется за счет влияния на его результаты и последствия (Карвасарский Б. Д., 2007). В ходе лечения формируется новый стереотип поведения, которого до этого не было в репертуаре поведенческих реакций пациента. Главным принципом такой терапии является применение вознаграждения (материального подкрепления) ребенка за требуемое поведение и наказания за неправильное. Мы рекомендуем говорить не столько о наказании, сколько об отсутствии поощрения, т. е. не «кнул и пряник», а «пряник и отсутствие пряника». Родители должны сформировать систему поощрений. В качестве «пряника» могут выступить походы в кафе, компьютерные игры, просмотр телепередач, карманные деньги и т. д. Р. А. Баркли (1998) рекомендует награждение ребенка символическими жетонами, количество которых отражает поведение ребенка. В дальнейшем жетоны меняются на конкретные, ранее оговоренные поощрения – «пряники». Наказание заключается в уменьшении числа жетонов. Вариантом данного метода является «отнятие подкрепления» (response cost). При этом ребенок вначале получает определенное количество жетонов, которых он лишается при несоблюдении предварительно установленных правил. Важный принцип поведенческой терапии – сукцессивный (поэтапный) процесс медленного приближения к цели. Обычно лучше всего начинать с самого легкого шага: если удастся разрешить самые легкие проблемы, можно переходить к другим. Стратегия «все или ничего» закономерно приводит к разочарованиям.

Дети с СДВГ постоянно нуждаются в оперативной, ясной, понятной и однозначной информации о впечатлении, которое производит их поведение.

Ю. С. Шевченко (2003) выделяет три условия успешного проведения поведенческой терапии:

1) анализ факторов, влияющих на отклоняющееся поведение ребенка;

2) формулировка четкой поведенческой мишени;

3) подбор действенных стимулов, которые могут стать непосредственной «наградой» за желательное поведение или «наказанием» за нежелательное.

Вначале психотерапевт предлагает родителям составить список беспокоящих их форм поведения. При этом он подчеркивает, что его интересуют конкретные поведенческие феномены, а не их обобщенные названия («капризы», «непослушание», «неаккуратность», «плохая учеба» и т. д.). Примеры мишеней: «кричит на бабушку», «отказывается садиться за уроки», «берет чужое без спроса». Такие формулировки хороши тем, что во-первых, не содержат негативной оценки личности (которая может вызвать у ребенка чувство неполноценности), а во-вторых, позволяют отделить отношение родителей к ребенку (безусловное принятие и любовь) от их отношения к его поступкам, которые мешают естественному проявлению этой любви. С другой стороны, благодаря такому четкому определению круга проблем самому ребенку становится понятно, чего от него хотят, что он должен делать, чтобы быть «хорошим» (Шевченко Ю. С., 2003).

В рамках поведенческой терапии выделяют следующие приемы управления ребенком (Шевченко Ю.С., 2003):

1) *вдохновение* может включать «амнистию» прежних поступков, опережающую награду (аванс), выражение веры в силы и способности ребенка;

2) *поощрение* включает в себя похвалу, ласку, покупку лакомства, подарки, премии и т. д.

3) *принуждение* включает в себя апелляцию к разуму (подробное объяснение, почему надо поступать именно так), информацию о возможных неприятных последствиях поступка, ультимативный компромисс (категорическое предложение единственно возможной альтернативы), демонстративное игнорирование вызывающего поведения, предупреждение об утрате уважения при невыполнении инструкций;

4) *наказание* может включать в себя лишение ожидаемого удовольствия, смену дружеского тона на официальное обращение, аудио– или видеосъемка негативного поведения.

Важной частью психокоррекции является структурированное самонаблюдение. Пациент должен научиться лучше наблюдать и регистрировать свое поведение (Квашнер К., 2000). Ребенок под руководством родителей может вести дневник, в котором отмечает частоту конфликтов с окружающими, ситуативные условия, последствия своих действий. На наш взгляд, данная методика более эффективна у детей младшего школьного возраста. Использование этого метода позволяет формировать предвидение возможных последствий своего поведения.

Ведущим звеном в психокоррекции детей с СДВГ является изменение поведения взрослых (родителей и учителей): замена неадаптивных подходов к своим детям на адаптивные – тренинг родительской компетентности (ТРК).

Согласно Э. Мэш и Д. Вольф (2003), задачами ТРК являются:

☒ преодоление непослушания и устранение вызывающего поведения ребенка;

☒ адаптация к эмоциональным трудностям, вызванным воспитанием ребенка с СДВГ;

☒ контроль над ситуацией;

☒ защита других членов семьи от воздействия неблагоприятных факторов.

При первых встречах с родителями врач и/или психолог должны объяснить им биологическую природу заболевания. Важно убедить взрослых, что в сложившейся ситуации ребенок не виноват. Кроме того, комплекс вины не должен сформироваться и у родителей. Их знакомят с общими принципами воспитания детей с СДВГ, обучают техникам, позволяющим изменять поведение ребенка.

Одной из таких техник является «тайм-аут» – методика временной изоляции, применяемая в тех случаях, когда поведение ребенка становится неконтролируемым. Ребенка на короткое время выводят на заранее оговоренное место, например в другую комнату. Главное, чтобы это место не было травмоопасным. Таким образом, на 3–5 минут ребенок выводится из волнительной ситуации. В школьном возрасте длина тайм-аута увеличивается до 10–20 минут. R. A. Barkley (1990) описывает методику использования рисунка места для тайм-аута (например, своего стула для тайм-аута) в тех ситуациях, когда применение этого метода в общественных местах затруднено.

Одной из проблем осуществления ТРК является наличие у родителей неадаптивных особенностей личности, психических заболеваний, тревожных расстройств, СДВГ. Необходимо снижение раздражительности и тревожности у родителей с помощью методик аутогенной тренировки (релаксации) и при необходимости медикаментозной терапии. В таких случаях мы говорим, что лечение ребенка мы начинаем с лечения родителей.

Дети с СДВГ, особенно в сочетании с ОВР и/или РП, часто нуждаются в более упорядоченных взаимоотношениях с родителями и более тесной эмоциональной связи с ними. В ходе семейной психотерапии врач или психолог должны убедить родителей перестать втягивать ребенка в их конфликты.

По мнению Н. Н. Заваденко (2005), терпение, последовательность и настойчивость – три основных принципа, которых следует постоянно придерживаться всем родителям, воспитывающим гиперактивных детей. Предварительное планирование и структурирование времени – ключ к обращению с гиперактивными детьми (Barkley R. A., 1998).

Необходима согласованность действий папы, мамы, бабушки, дедушки в вопросах воспитания ребенка. Неблагоприятной оказывается ситуация когда, например, строгая мама что-либо запрещает, а либеральный папа (который устал после работы и готов разрешить все, лишь бы от него отстали) это разрешает. Дети быстро ориентируются в этой ситуации и начинают хорошо манипулировать действиями родителей. Кроме того, различия в воспитательных подходах дезориентируют ребенка.

Результаты исследований W. J. Barbaresi и R. D. Olsen (1998) свидетельствуют о необходимости работы с педагогами, обучающими детей с СДВГ. Место гиперактивного ребенка в классе на первой парте, перед глазами учителя. Рекомендуется включение нескольких минут активного отдыха в режим урока. Об опыте групповой психотерапии с детьми и подростками, страдающими СДВГ, рассказывает S. P. Hinshaw (2002), который также рекомендует использовать в лечении детей с СДВГ следующие психотерапевтические методики: тренинг социальных навыков, когнитивно-поведенческие вмешательства, прямое управление возможностями (программы, включающие вознаграждения за правильное поведение и штраф за неправильное поведение).

Целью тренинга социальных навыков является улучшение взаимоотношений со сверстниками и взрослыми. В тренинге принимают участие 6–9 детей с СДВГ, объединенных в группу. Задачи тренинга: 1) исправление недостаточности осведомленности ребенка; 2) исправление дефектного выполнения навыков; 3) побуждение ребенка к распознаванию вербальных и невербальных социальных сигналов; 4) обучение адаптивному отреагированию в незнакомых проблемных ситуациях (Pfeiffer L. et al., 2005). Сессии проводятся в игровой форме, навыки моделируются с участием кукол.

Важной задачей коррекции является направленный самомониторинг, заключающийся в том, что дети тренируются в выставлении оценок себе. В ходе психокоррекции детей еженедельно побуждают выделять проблемное поведение, ставить цели, предусматривающие изменение поведения, и проводить мониторинг своего умения достигать цели. Чтобы помочь детям в конкретизации этого процесса, используются еженедельные таблицы целей (Локман Дж. Э. и соавт., 2002).

Генерализация – один из важнейших методов психотерапии ребенка с СДВГ, поскольку ребенок самостоятельно далеко не всегда может перенести полученный в ходе коррекции навык за рамки тех условий, в которых происходило первоначальное научение какому-либо действию (Глэддинг С., 2002). Психолог обсуждает с ребенком, в каких реальных жизненных ситуациях может быть применен новый навык, дает домашнее задание (применить навык на уроке, в беседе с друзьями; обучить навыку маму, брата), подкрепляет желаемое поведение ребенка.

Психотерапия невротизма у детей

Психотерапию тревожных детей необходимо начинать с лечения их тревожных родителей. Высокий уровень тревожности родителей будет снижать эффективность лечебного воздействия, направленного на ребенка.

Коррекционную работу с тревожными детьми целесообразно проводить в трех основных направлениях: во-первых, по повышению самооценки ребенка (для того чтобы помочь ребенку повысить свою самооценку, необходимо как можно чаще хвалить его, особенно в присутствии других детей и взрослых); во-вторых, по обучению ребенка способам снятия мышечного и эмоционального напряжения; в-третьих, по отработке навыков владения собой в ситуациях, травмирующих ребенка. Работа по всем трем направлениям может проводиться либо параллельно, либо постепенно и последовательно, в зависимости от выбранного взрослым приоритета, (Лютова Е. К., Монахова Г. Б.).

Р. Kendall и его коллеги (1997) разработали одну из наиболее эффективных программ лечения детей, страдающих тревожными расстройствами. Этот подход уделяет большое внимание процессам научения, воздействию случайных обстоятельств и моделированию, а также процессам обработки информации. Терапия направлена на устранение негативного мышления и приобретение навыков активного решения проблем, что позволяет ребенку лучше справляться с ситуацией. Кроме того, у ребенка создается эмоциональная заинтересованность и оптимизируются когнитивные процессы.

Детей учат осуществлять самоконтроль, поднимаясь по четырем ступеням плана FEAR (страх):

F = (feeling frightened). Чувствуешь страх? (Опознавание тревожных ощущений и соматических реакций на тревогу.)

E = (expecting). Ожидаешь, что произойдет что-то плохое? (Осознание негативных ожиданий в ситуациях, вызывающих тревогу.)

A = (actions and attitudes). Действия и установки, которые позволяют эффективно решать проблемы. (Разработка плана устранения тревожных мыслей и осуществление самоконтроля; определение возможных эффективных в данной ситуации действий.)

R = (results and rewards). Результаты и вознаграждение. (Оценка собственного успеха и адекватное самовознаграждение.)

Программа состоит из 16–20 занятий, которые проводятся в течение 8 недель.

Наиболее эффективной формой работы с тревожными детьми, особенно с детьми раннего возраста, является игровая терапия.

Игровая психотерапия:

- 1) помогает в установлении диагноза;
- 2) помогает в установлении контакта между психотерапевтом и ребенком-пациентом;
- 3) дает средства для работы с механизмами психологической защиты ребенка (играющими важную роль в развитии эмоциональных и поведенческих расстройств);
- 4) помогает словесному выражению чувств;
- 5) помогает ребенку выразить неосознаваемые конфликты и тем самым уменьшить эмоциональное напряжение;
- 6) расширяет круг интересов ребенка (С. А. Игумнов).

Курс игровой психотерапии по Д. Леви (цит. по С. А. Игумнову) строится в три этапа:

1-й этап – установление контакта – свободная игра ребенка, его знакомство с игровой комнатой и психотерапевтом;

2-й этап – введение в игру ребенка какой-либо ситуации, напоминающей психотравмирующее событие (с помощью специально подобранных игрушек). В процессе разыгрывания психотравмирующей ситуации ребенок управляет игрой и тем самым перемещается из пассивной роли пострадавшего в активную, деятельную роль;

3-й этап – продолжение свободной игры ребенка.

В процессе игровой психотерапии психотерапевт

1) наблюдает за процессом игры ребенка (Как тот играет, как подходит к игровому материалу, что выбирает, чего избегает? Каков основной стиль его поведения? Трудно ли ему переключиться? Хорошо или плохо организовано его поведение? Каков основной сюжет игры?);

2) рассматривает содержание игры (Проигрываются ли темы одиночества? агрессии? воспоминания? Много ли «несчастных случаев» происходит в ходе игры?);

3) оценивает навыки общения ребенка (Чувствуется ли контакт с ребенком, пока он занят игрой? Оказывается ли ребенок вовлеченным в игру или он не в состоянии во что-нибудь вовлечься?).

Иногда бывает полезным обратить внимание ребенка на сам процесс игры и установить с ним контакт по ходу игры. Если в игре повторяются одни и те же ситуации, можно задавать вопросы, касающиеся реальной жизни ребенка («А дома ты любишь расставлять все по местам?»). Можно привлечь внимание ребенка к эмоциям, которые владеют им по ходу игры («Мне кажется, что эта кукла-папа очень недовольна своим сыном») (цит. по С. А. Игумнову).

В ходе игры можно вводить ребенка в реальные жизненные ситуации («А ты когда-нибудь боялся так, как этот зайчик?»).

Арт-терапия эффективна в лечении страхов у детей особенно в тех случаях, когда ребенок не может ясно и четко выражать свои мысли вербально. Еще З. Фрейд писал о том, что бессознательное может находить выражение в спонтанном творческом процессе (в лепке, рисовании). В процессе рисования ребенок имеет возможность «выплеснуть» свою тревогу на бумаге. Сам факт изображения страхов по заданию врача действует как терапевтически десенсибилизирующий фактор. «По заданию врача» означает, что ребенок должен нарисовать свой страх, совершив ряд действий. В частности, он должен самостоятельно продумать композицию рисунка, преодолеть внутреннее напряжение и страх и, мобилизовав свою творческую фантазию, выполнить задание посредством более или менее продолжительного волевого усилия. Переступая свой страх, на рушая его неприкосновенность и недоступность осознанным изображением, ребенок выступает в роли творца, постулируя свое активное

начало. Так как задание дает врач и больной знает о его лечебной роли, то оно непроизвольно ассоциируется с улучшением состояния. Таким образом, десенсибилизация к страху происходит в результате действия многих факторов, включая роль незримой поддержки врача и косвенного внушения с его сторон (Захаров А. И.).

Ребенку дают домашнее задание: нарисовать страхи и принести на следующий прием. Каждый страх рисуется на отдельном листе. Заранее указывается, что не имеет значения качество рисунков, не будут проставляться оценки и главное заключается в самом факте рисования. На приеме рисунки просматриваются совместно с больным. Констатируется выполнение домашнего задания, затем рисунки в присутствии больного помещаются в папку с надписью «страхи», которая, в свою очередь, убирается в шкаф. Таким образом, активность больного получает признание и одобрение врача, и отныне его страхи «находятся» в лечебном учреждении (Захаров А. И.).

А. И. Захаров рекомендует, чтобы на одном рисунке ребенок изобразил себя боящимся, т. е. себя и пугающий объект, а на другом – небоящимся. Дословно инструкция следующая: «Нарисуй на одном рисунке себя и то, чего ты боишься, а на другом, что ты этого уже не боишься». Следовательно, ребенок должен вначале осознать страх и изобразить его на рисунке. Затем он должен смоделировать ситуацию на другом рисунке таким образом, чтобы побороть этот страх. Рисование дает ребенку различные возможности для символического отреагирования страха.

В лечении тревожных расстройств у детей эффективно применяется метод **кататимных образных переживаний (символдрама)**. Метод разработан немецким психотерапевтом Х. Лейнером. Основа метода – свободное фантазирование в форме образов на заданную психотерапевтом тему (мотив). Психотерапевт выполняет при этом контролирующую, сопровождающую, направляющую функцию. Вначале лежащего или сидящего в удобном кресле пациента вводят в состояние расслабления с помощью релаксационных методик. Затем ему предлагается представить образы на заданную психотерапевтом тему – стандартный мотив, при этом пациент рассказывает о своих переживаниях психотерапевту. В воображаемых образах непосредственно отражаются психические процессы, проблемы и конфликты.

В качестве основных мотивов символ-драмы для детей и подростков создатель метода Х. Лейнер предлагает следующие: 1) луг, как исходный образ каждого психотерапевтического сеанса; 2) подъем в гору; 3) следование вдоль ручья; 4) обследование дома; 5) встреча с особо значимым лицом в реальном или символическом облачении (в образе животного, дерева и т. п.); 6) наблюдение опушки леса и ожидание существа, которое выйдет из темноты леса; 7) лодка; 8) пещера. Кроме вышеуказанных используются также три следующих дополнительных мотива: 1) наблюдение и установление контакта с семьей животных – с целью получить представление о проблемах в семье ребенка, а также провести их коррекцию; 2) получение во владение надела земли, чтобы что-нибудь на нем возделывать или построить; 3) представление себя примерно на 10 лет старше.

Семейная терапия

Семейная терапия является модификацией отношений между членами семьи как системы с помощью психотерапевтических и психокоррекционных методов с целью преодоления негативной психологической симптоматики и повышения функциональности семейной системы. Психологические симптомы и проблемы являются результатом неоптимальных, дисфункциональных взаимодействий членов семьи, а не частными проблемами того или иного члена семьи («идентифицируемого пациента»). Семейная терапия реализует не интра-, но интерперсональный подход к решению проблем, и задача психотерапевта – изменить с помощью адекватных воздействий семейную систему в целом. Длительность терапии обуславливается тяжестью психических расстройств у «носителя симптома», выраженностью межличностных конфликтов в семье, мотивацией членов семьи к достижению терапевтических

изменений.

В ходе семейной терапии, продолжительность которой может колебаться от нескольких недель до даже нескольких лет, выделяют ряд этапов: семейный диагноз (диагностический этап); ликвидация семейного конфликта; реконструктивный; поддерживающий (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В., 1999).

Под семейным диагнозом понимается типизация нарушенных семейных отношений с учетом индивидуально-личностных свойств членов семьи. Диагностика семейных отношений осуществляется в процессе присоединения к семейной группе психотерапевта, выдвигающего и проверяющего проблемные диагностические гипотезы. Особенность процедуры семейной диагностики заключается в том, что она сопровождает семейную терапию на всех этапах и предопределяет выбор психотерапевтических техник. Ее другая особенность состоит в необходимости соотнесения полученной от одних членов семьи информации о происходящем с информацией от других членов семьи и собственного впечатления психотерапевта, которое сложилось на основании расспроса и наблюдения за поведением участников процесса психотерапии («семья глазами ребенка», «семья глазами психотерапевта», «какие мы на самом деле»).

На втором этапе в ходе односторонних встреч психотерапевта с клиентом и членами его семьи происходит выявление и прояснение истоков семейного конфликта и ликвидация его посредством эмоционального отреагирования каждого члена семьи, вовлеченного в конфликт, в результате установления адекватного контакта с психотерапевтом. Психотерапевт помогает участникам конфликта научиться говорить на языке, который понятен всем. Кроме того, он берет на себя роль посредника и передает в согласованном объеме информацию о конфликте от одного члена семьи к другому. Невербальный компонент этой информации может быть передан психотерапевтом на сеансе семейной психотерапии, для чего используется прием «роботманипулятор», когда психотерапевт переводит противоречивое сообщение участника сеанса на язык жеста, сообразуя выразительность жеста с чувствительностью и толерантностью участников. Итак, на этом этапе семейной терапии ведущими психотерапевтическими методами являются: недирективная психотерапия, нацеленная на вербализацию неосознаваемых отношений личности, а также специально разработанные методы воздействия членов семьи друг на друга.

На этапе реконструкции семейных отношений осуществляется групповое обсуждение актуальных семейных проблем либо в отдельно взятой семье, либо в параллельных группах клиентов со сходными проблемами и их родственников. В этих же группах проводится ролевой поведенческий тренинг и обучение правилам конструктивного спора.

Поддерживающий этап семейной терапии состоит в закреплении приобретенных на предыдущих этапах навыков эмпатического общения и расширенного диапазона ролевого поведения в естественных семейных условиях. Также проводятся консультирование и коррекция приобретенных навыков общения применительно к реальной жизни (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В., 1999).

Психотерапия в лечении тиков

Комплексность лечения предполагает большую роль психотерапевтических и психокоррекционных методик. В ходе психотерапевтического лечения необходимо максимально устранить фиксацию пациента на своем дефекте.

Зачастую психотерапия при тиках направлена не на ребенка, а на его родителей. Важным звеном в психокоррекции детей с тиками и сопутствующими поведенческими нарушениями является изменение поведения взрослых – замена неадаптивных подходов к своим детям на адаптивные – тренинг родительской компетентности (ТРК). При первых встречах с родителями врач и/или психолог должны объяснить родителям биологическую природу заболевания. Важно убедить родителей, что в сложившейся

ситуации ребенок не виноват. Безусловным фактором улучшения является создание позитивной модели отношения к ребенку. Кроме того, комплекс вины не должен сформироваться и у родителей.

Родители ни в коем случае не должны акцентировать внимание пациента на тиках, заставлять ребенка сдерживать гиперкинезы. Кроме того, нельзя показывать свою эмоциональную реакцию на появление тиков у ребенка. У пациентов с невротическими тиками необходимо добиваться уменьшения влияния психотравмирующих факторов.

Рациональная психотерапия при тиках основывается на разъяснении пациенту и/или его родителям доброкачественности имеющихся у него симптомов. Врачу необходимо четко, доступно и обоснованно изложить родителям ребенка суть его заболевания. На всем протяжении лечения необходимо ободрять больного, внушать ему веру в себя и формировать и поддерживать его чувство собственной полноценности. Это важно, так как большинство больных с тиками неуверены в себе и ранимы.

В рамках **рационально-эмотивной терапии** необходимо добиваться уменьшения иррационального мышления и устранения катастрофических идей, отражающих появление тика.

А. Ellis выделил четыре главные категории иррациональных суждений: 1) *долженствование*: суждения, указывающие на то, что кто-то (или что-то) должны быть не такими, каковы они есть;

2) *катастрофичность*: суждения о том, что все ужасно, жутко и кошмарно, потому что все не так, как следовало бы быть;

3) *«надлежит» и «следует»*: суждения, отражающие неспособность человека выдержать или вытерпеть мир, если он отличается от того, каким ему «надлежит» или «следует» быть;

4) *порицание*: суждения, принижающие личность – собственную или того человека, из-за которого ситуация стала не такой, какой ей «надлежит» или «следует» быть.

Для реконструкции иррациональных установок проводится вспомогательное моделирование (как бы другие решали эту проблему, какие установки они имели бы при этом). Также используется методика негативного воображения, в ходе занятий которой пациенту предлагают испытать прежнюю эмоцию (провоцирующую появление тика), а затем попытаться уменьшить ее уровень, осознать, за счет каких новых установок удалось достигнуть этого. Полезно привести примеры исторических личностей и других известных людей, страдающих тиками.

Широкое применение в лечении тиков нашли **поведенческие** методы терапии. Многие из этих методов основываются на положении, что регулярное повторение направленных произвольных движений может привести к подавлению патологического условного рефлекса, обусловившего возникновение и течение тиков. Эффективным является метод **массированной тренировки**, основанный на гипотезе К. Dunlap (1945), согласно которой от нежелательных привычек можно избавиться, если субъект многократно повторяет их вновь и вновь. В ходе такого лечения больного предупреждают, что психотерапевт проведет с ним несколько лечебных сеансов, в течение которых будет беседовать с ним на свободные темы и наблюдать за ним. Если во время сеанса у пациента возникнет тик, он должен воспроизвести его 15–20 раз подряд, причем обязательно повторяя весь комплекс одновременно возникающих симптомов. А. М. Свядощ (1982) считает, что один из механизмов, объясняющих лечебный эффект данной методики, заключается в том, что нежелательные моторные навыки, навязчивые движения, тики, гиперкинезы, о которых идет речь, совершаются автоматически, без активного контроля сознания. Если же больной сам их многократно сознательно повторяет, то они приобретают новое качество: движение протекает на другом, более высоком уровне, превращается в осмысленное действие, подчиняющееся контролю сознания, и может быть произвольно заторможено. Вариантом данного метода является **негативное воздействие** (Танцюра М. Д., 1956), в ходе которого больному предлагают 3–4 раза в день по несколько минут

воспроизводить движения, повторяющие болезненный симптом.

А. И. Нахимовский (2003) приводит следующий клинический случай поведенческой терапии СТ: вокализации ребенка записывались на ленту магнитофона и предъявлялись ребенку при демонстрации симптома.

Также в лечении применяется методика **обратной реконструкции привычки (habit reversal training)**, в ходе занятий которой пациент произвольно выполняет движения, имитирующие гиперкинезы, но в обратном порядке, например вместо моргания – открывание глаз (Azrin N. H., Peterson A. L., 1990; Himle M. B. et al., 2006).

Для лечения сопутствующих тикам ОКР и тревожных расстройств используются другие методики поведенческой терапии. Так, метод **систематической десенсибилизации**, разработанный J. Wolpe (1973), состоит в том, что у человека, находящегося в состоянии релаксации, вызываются представления о ситуациях, приводящих к возникновению страха. Затем с помощью углубления релаксации пациент снижает степень тревоги. Вначале пациент осваивает прогрессирующую мышечную релаксацию, затем составляется иерархия ситуаций, вызывающих страх, и проводится тренировка с представлением этих ситуаций. Цель **имплозивной терапии** (наводнения в воображении) – вызвать переживание интенсивного страха в воображении, которое приведет к уменьшению последнего в реальной ситуации. Угасание страха происходит в результате длительного столкновения с ситуацией, ранее сопровождавшейся страхом, поскольку теперь она не приводит к последствиям, вызывающим страх. Очень интересной техникой поведенческой психотерапии является метод **парадоксальной интенции**, разработанный V. Frankl. Пациенту предлагают сделать то, чего он боится, стремясь при этом вызвать юмористическое, ироничное отношение к своему недугу. Метод **остановки мыслей (мысленный «стоп»)**, предложенный J. Teulor (1963), состоит в том, что в момент появления болезненных мыслей пациент произносит про себя слово «стоп», с которым ранее условно-рефлекторно связывается тормозящий мысли эффект.

В лечении тиков у детей может применяться метод **кататимных образных переживаний**, использование которого помогает снизить проявления тревожности. Основа метода – свободное фантазирование в форме образов на заданную психотерапевтом тему (мотив). Психотерапевт выполняет при этом контролирующую, сопровождающую, направляющую функцию.

Кроме указанных, для лечения тиков применяется **гипнотерапия** (Гарбузов В. И. и соавт., 1977; Лейдман Ю. М., 1979; Чутко Л. С., 2006; Нахимовский А. И., Шишков В. В., 2003). На наш взгляд, задачей первых пяти сеансов гипноза является снижение уровня невротизации больного, внушение ему уверенности в себе. Внимание на гиперкинезах на первых сеансах не акцентируется, что позволяет уменьшить страх возникновения тиков и предупредить вторичную невротизацию пациента. В дальнейшем осуществляется направленность сеансов на уменьшение гиперкинезов. Всего курс гипнотерапии состоит из 10–15 сеансов.

Логопедическая коррекция

Если у ребенка выявляются проблемы устной или письменной речи, необходимо проконсультироваться у логопеда. Специалист сможет квалифицированно диагностировать нарушения, определить их причины и предложить возможные пути коррекции. Преодоление речевых нарушений логопедом осуществляется только педагогическим путем. Однако, как правило, требует врачебного сопровождения, взаимодействия с такими специалистами, как невролог, психолог, психотерапевт оториноларинголог.

Логопедическое воздействие, как правило, комплексное, реализуется по следующим направлениям:

▣ развитие сенсорных функций;

- ☒ развитие общей речевой моторики;
- ☒ развитие внимания, памяти и познавательной деятельности в целом;
- ☒ коррекция нарушения речи и развитие речи;
- ☒ формирование и коррекция личности;
- ☒ воздействие на социальное окружение пациента.

Фармакотерапия в лечении поведенческих нарушений и нарушений развития

В лечении СДВГ в США и европейских странах широко используются психостимулирующие средства. В настоящее время за рубежом используются такие психостимуляторы, как метилфенидат (риталин, концерта), амфетамины (аддералл, дексамфетамин (декседрин). В нашей стране на данный момент эти препараты не зарегистрированы.

В последние годы для лечения СДВГ у детей, начиная с шестилетнего возраста, подростков и взрослых активно применяется препарат атомoksetин (страттера). Уменьшение гиперактивности симптоматики отмечалось, начиная с конца первой недели лечения.

В России для лечения СДВГ, задержек речевого и психического развития традиционно применяются **ноотропные средства**. Под ноотропными препаратами понимают лекарственные средства, положительно влияющие на высшие интегративные функции головного мозга, основным проявлением действия которых является улучшение процессов обучения и памяти при их нарушениях (Харкевич Д. А., 1993).

К ноотропным и церебропротекторным препаратам, применяемым при лечении СДВГ, относят кортексин, церебролизин, мемоплант, энцефабол, пантогам.

В лечении тревожных расстройств и тиков традиционно используются препараты-транквилизаторы (анксиолитики), задачей которых является снижение тревоги. К наиболее часто используемым у детей транквилизаторам относятся адаптол, фенибут, атаракс, тенотен-детский.

При легких проявлениях тревожных расстройств возможно применение фитопрепаратов, таких, как дормиплант, мягкое успокаивающее действие которого обусловлено входящими в его состав компонентами сухими экстрактами валерианы и Melissa.

Необходимо сказать, что назначение фармакопрепаратов проводит врач при индивидуальном приеме. В данной книге, предназначенной не для врачей, мы сознательно подробно не касаемся фармакотерапии.

Транскраниальная микрополяризация

Метод транскраниальной микрополяризации (ТКМП) был разработан в НИИ экспериментальной медицины РАМН (Вартанян Г. А. и соавт., 1981). В основе ТКМП лежит лечебное применение постоянного (гальванического) электрического тока небольшой силы на ткани головного мозга. В Институте мозга человека РАН были разработаны методики применения ТКМП в лечении СДВГ, задержек речевого развития. Этот метод активизирует функциональные резервы мозга, не имеет нежелательных побочных эффектов и осложнений. После курса ТКМП наблюдается уменьшение гиперактивности, увеличение внимания, улучшение координации движений, тонкой моторики. При этом необходимо обратить внимание на отсутствие нежелательных побочных эффектов после курса ТКМП. Положительная динамика наблюдалась с 3–4-го сеанса.

Биологическая обратная связь

Метод биологической обратной связи активно используется для изменения функционального состояния центральной нервной системы на основе перестроек спектральных характеристик электроэнцефалограмм (ЭЭГ-БОС). В результате ЭЭГ-тренинга, ведущего к нормализации центральных механизмов регуляции, восстановлению гемодинамических, метаболических и нейромедиаторных функций, в мозге формируется новая функциональная система, обладающая собственным эндогенным механизмом устойчивости (Штарк М. Б., 1998).

Н. П. Бехтерева (1988) подчеркивает, что у биологической обратной связи отсутствуют нежелательные влияния, потому что используются воздействия, максимально приближенные к физиологическим. Эти методы обеспечивают направленную активацию структурно-функциональных резервов мозга в целях преодоления действия факторов устойчивого патологического состояния.

Поскольку для ЭЭГ пациентов, страдающих СДВГ, характерно увеличение представленности тета-активности и уменьшение мощности бета-активности, БОС-тренинг обычно направлен на увеличение быстрой активности в диапазоне бета-1-ритма при одновременном подавлении тета-активности (Гринь-Яценко В. А. и соавт, 2000; Lubar J. F., 1991).

Как правило, в процедуре ЭЭГ-БОС в качестве подкрепления используют визуальные, реже акустические сигналы. Визуальная обратная связь обеспечивается изменением размера, цвета, яркости изображения и других параметров объекта на экране дисплея в зависимости от мощности, амплитуды, процента встречаемости в ЭЭГ управляемой активности. Визуальный сигнал в ряде случаев дополняется сигналом акустической обратной связи. Это может быть красивая мелодия, включающаяся, если амплитуда текущей волны превышает заданный порог (или, наоборот, не достигла его, если задача состоит в подавлении активности), или изменение громкости звука или высоты тона в зависимости от амплитуды волн диапазона, выбранного для тренинга.

В тех случаях, когда в клинической картине доминирует импульсивность, а также при наличии повышенного уровня тревоги, тиков, головных болей возможно проведение процедур ЭЭГ-БОС с увеличением альфа-ритма (альфа-тренинг). В таких случаях ребенку даются указания на расслабление (релаксацию). Оценка состояния с помощью шкалы SNAP-IV после курса ЭЭГБОС (альфа-тренинга) показала значительное снижение импульсивности, снижение показателей гиперактивности, но незначительное снижение показателей невнимательности. Психологические исследования показали уменьшение показателей тревожности у 77 % детей с повышенным уровнем данного показателя. Повторное психофизиологическое исследование выявило статистически достоверное снижение импульсивности. Достоверного снижения невнимательности не отмечалось.

Для лечения комбинированного типа СДВГ часто используется тренинг сенсомоторного ритма (СМР-тренинг).

Для повышения эффективности лечения детей с СДВГ возможно сочетанное использование ЭЭГ-БОС и ТКМП.

Литература

Александровский Ю. А. Посттравматическое стрессовое расстройство и общие вопросы развития психогенных заболеваний // Российский психиатрический журнал. 2005. № 1, С. 4–12.

Андреюк В. Ю. Факторы школьной дезадаптации и психосоциальная реабилитация подростков, систематически пропускающих занятия: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2009.

Антонов И. П., Шанько Г. Г. Гиперкинезы у детей (вопросы этиологии, патогенеза и лечения). Минск: Наука и техника, 1975. 216 с.

Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. М.: Изд-во НГМА, 2000. 320 с.

Астапов В. М., Микадзе Ю. В. Психодиагностика и коррекция детей с нарушениями в обучении. СПб.: Питер, 2001. 256 с.

Барденштейн Л. М., Можгинский Ю. Б. Патологическая агрессия подростков. М.: МЕДПРАКТИКА, 2005. 259 с.

Белый Б. И. Недостаточность высших форм зрительного восприятия у детей с ЗПР // Дефектология. 1989. № 4.

Бехтерева Н. П. Здоровый и больной мозг человека. Л.: Наука, 1988. 262 с.

Боконжич Р. Головная боль. М.: Медицина, 1984. 310 с.

Брызгунов И. П., Касатикова Е. В. Непоседливый ребенок, или Все о гиперактивных детях. М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2001. 96 с.

Буторина Н. Е., Буторин Г. Г. Депривационный дизонтогенез и школьная дезадаптация // Российский психиатрический журнал. 1999. № 1. С. 17–22.

Бэрон Р., Ричардсон Д. Агрессия. СПб.: Питер, 1997. 336 с.

Вартанян Г. А., Гальдинов Г. В., Акимова И. М. Организация и модуляция памяти. Л.: Медицина, 1981. 208 с.

Вейн А. М., Колосова О. А., Яковлев Н. А., Каримов Т. К. Головная боль (классификация, клиника, диагностика, лечение). М.: Медицина, 1994. 286 с.

Венар Ч., Кериг П. Психопатология развития детского и подросткового возраста / Пер. с англ. СПб.: Прайм-Еврознак, 2004. 384 с.

Венгер А. Л. На что жалуетесь?: Выявление и коррекция неблагоприятных вариантов развития личности детей и подростков. М.; Рига: ПЦ «Эксперимент», 2000.

Вострокнутов Н. В. Школьная дезадаптация: Ключевые проблемы диагностики и реабилитации // Школьная дезадаптация: Эмоциональные и стрессовые расстройства у детей и подростков. М., 1995. С. 8–11.

Вроно М. Ш., Левина А. Л. О сочетании шизофренических и судорожных проявлений у детей // Журнал невропатол. и психиатр. 1984. № 10. С. 1547–1550.

Выготский Л. С. Проблема возраста // Собр. соч. В 6-ти т.; Т. 4. М.: Педагогика, 1984.

Гайдук Ф. М. Прогностические критерии у детей с задержками психического развития // Актуальные проблемы пограничной психиатрии: Тезисы докладов Всесоюзной конференции. Витебск. 12–14 декабря

1989 г. М., 1989. С. 37–38.

Гайдук Ф. М., Игумнов С. А., Шалькевич В. Б. // Социальная и клиническая психиатрия. 1994. № 1. С. 44–49.

Гарбузов В. И., Захаров А. И., Исаев Д. Н. Неврозы у детей и их лечение. Л., 1977.

Гарбузов В. И. Неврозы и психотерапия. СПб.: СОТИС, 2001. 412 с.

Гершгорина О. В., Владимирова Т. Д. Расстройство поведения у детей и подростков. Коррекционно-педагогический процесс: Методические рекомендации врача-психиатра и психолога педагогам. Хабаровск: ХГПУ, 2004. 27 с.

Гиндикин В. Я. Соматогенные и соматоформные расстройства. М., 2000. 255 с.

Глэддинг С. Психологическое консультирование. 4-е изд. СПб.: Питер, 2002. 736 с.

Горбачевская Н. Л., Таркельтауб Ю. А. Некоторые электрофизиологические показатели функций головного мозга у детей младшего школьного возраста // Журнал невропат. и психиатр. 1980. Т. 8. № 2. С. 208–214.

Горбачевская Н. Л., Якупова Л. И., Кожушко Н. Ф., Мимерницкая Э. Р. Нейробиологические причины школьной дезадаптации // Физиология человека. 1991. Т. 17. № 5. С. 72–80.

Гринь-Яценко В. А., Кропотов Ю. Д., Чутко Л. С., Пономарев В. А., Яковенко Е. А. Эффективность использования электроэнцефалографии

ческой биологической обратной связи в коррекции нарушений внимания у детей // Биологическая обратная связь. 2000. № 3. С. 20–28.

Гузева В. И., Шарф М. Я. Минимальная мозговая дисфункция // Руководство по детской неврологии / Под ред. В. И. Гузевой. СПб.: СПбГПМА, 1998. С. 226–232.

Гурьева В. А. Психопатии в подростковом и юношеском возрасте: Автореф. докт. дис. М., 1971.

Демьянов Ю. Г. Психопатология детского возраста: Лекции. Л., 1988. 280 с.

Демьянов Ю. Г. Диагностика психических нарушений: Практикум. СПб.: МиМ, Респекс, 1999. 224 с.

Дробинская А. О. Ранние признаки психических заболеваний / Дефектология. 1998. № 1.

Дубровинская Н. В., Фарбер Д. А., Безруких М. М. Психофизиология ребенка: Психофизиологические основы детской валеологии: Учебное пособие для студ. высш. учеб. заведений. М.: Владос, 2000. 144 с.

Дунаева З. М. Особенности пространственных представлений у детей с ЗПР и методы их коррекции: Автореф. дис... канд. пед. наук. М., 1980. 22 с.

Дьяченко М. И., Кандыбович Л. А. Психология: Словарь-справочник. Минск, 1998.

Егоров А. Ю., Игумнов С. А. Расстройства поведения у подростков: Клинико-психологические аспекты. Речь, 2005. 436 с.

Егорова Т. В. Особенности памяти и мышления младших школьников, отстающих в развитии. М.: Педагогика, 1973. 150 с.

Журба Л. Т. Минимальная мозговая дисфункция у детей. М.: ВНИНМИ, 1980. 50 с.

Журба Л. Т., Мастюкова Е. М. Нарушение психомоторного развития у детей первого года жизни. М.: Медицина, 1981. 175 с.

Журба Л. С. Клинико-генетические, ультразвуковые и электроэнцефалографические исследования

синдрома гиперактивности центральной нервной системы у детей раннего возраста. М.: МЗ РФ, 2001. 27 с.

Заваденко Н. Н. Детская гиперактивность: Особенности диагностики и лечения // Российский медицинский журнал. 1999. № 4. С. 25–31.

Заваденко Н. Н. Как понять ребенка: Дети с гиперактивностью и дефицитом внимания. М.: Школа пресс, 2001. 128 с.

Заваденко Н. Н., Суворинова Н. Ю., Румянцева М. В. Гиперактивность с дефицитом внимания: Факторы риска, возрастная динамика, особенности диагностики // Дефектология. 2003. № 6.

Заваденко Н. Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте: Учебное пособие. М.: Академия, 2005. 256 с.

Захаров А. И. К изучению роли аномалий семейного воспитания в патогенезе неврозов детского возраста // Неврозы и пограничные состояния. Л., 1972. С. 53–55.

Захаров А. И. Психотерапия неврозов у детей и подростков. Л., 1982.

Захаров А. И. Как помочь нашим детям избавиться от страха. СПб., 1995.

Захаров Н. П. Психотерапия пограничных расстройств и состояний зависимости. М.: Дели принт, 2004. 288 с.

Защиринская О. В. Диагностика учащихся с ЗПР в процессе коррекционной работы // Проблемы реабилитации детей с отклонениями в развитии. СПб., 1995.

Защиринская О. В. Психология детей с задержкой психического развития. СПб.: Речь, 2007. 176 с.

Зыков В. П. Тики детского возраста. М.: Антидор, 2002. 180 с.

Иванов Е. С., Демьянов Ю. Г., Ковшиков В. А. К проблеме изучения детей с затруднениями в овладении школьными навыками: Материалы шестой научной сессии по дефектологии. М., 1971.

Игумнов С. А. Психотерапия и психокоррекция детей и подростков. М.: Издательство института психотерапии, 2000. 112 с.

Карвасарский Б. Д. Неврозы. М.: Медицина, 1990. 448 с.

Карвасарский Б. Д. Психотерапия. СПб.: Питер, 2007. 672 с.

Квашнер К. Гиперкинетические расстройства // Ремшмидт Х. Детская и подростковая психиатрия. М., 2001. С. 203–207.

Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей. М.: Медицина, 1979. 607 с.

Ковалев В. В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. М.: Медицина, 1985. 288 с.

Козловская Г. В., Горюнова А. В. Общие принципы лечения и профилактики психического дизонтогенеза // Руководство по психиатрии / Под ред. А. С. Тиганова. В 2-х т., Т. 2. М., 1999.

Корнев А. Н. Дислексия и дизграфия у детей. СПб.: Питер, 1995. 220 с.

Корнев А. Н. Дифференциальная диагностика недоразвития речи у детей (нейропсихологические аспекты) // Онтогенез речевой деятельности: норма и патология: Монографический сборник. МПГУ, 2005. С. 43–47.

Корнев А. Н. Основы логопатологии детского возраста: клинические и психологические аспекты. М.: ТЦ Сфера, 2005. 256 с.

- Корнев А. Н.* Нарушения чтения и письма у детей. М., 2005.
- Корнев А. Н.* Основы логопатологии детского возраста: клинические и психологические аспекты. СПб.: Речь, 2006. 380 с.
- Кочубей Б., Новикова Е.* Детские тревоги в школе и дома // *Семья и школа.* 1988. № 7. С. 15–16.
- Краснов В. Н., Вельтищев Д. Ю.* Неврастения как вариант астенического синдрома: фармакотерапевтический анализ на модели терапии танаканом // *Журнал невропатол. и психиат.* 1999. Т. 99. С. 37–40.
- Кропотов Ю. Д.* Современная диагностика и коррекция синдрома нарушения внимания (нейрометрика, электромагнитная томография и нейротерапия). СПб.: ЭЛБИ-СПб., 2005. 148 с.
- Крыжановская И. Л.* Особенности возрастной динамики клинико-психопатологической картины при пограничной интеллектуальной недостаточности у детей младшего школьного возраста: Автореф. дис... канд. мед. наук. М., 1983. 19 с.
- Лапшина О. В., Чутко Л. С., Сурушкина С. Ю., Никишена И. С., Яковенко Е. А., Анисимова Т. И.* // *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.* 2008. № 2.
- Ласков Б. И., Лобзин В. С., Липгарт Н. К., Солодовников И. Д.* Физиогенные и психогенные астении. Курск, 1981. 152 с.
- Лебедев Б. В., Барашнев Ю. И., Якунин Ю. А.* Невропатология раннего детского возраста. Л., 1981. 255 с.
- Лебединская К. С.* Клиническая систематика задержки психического развития // *Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития у детей / Под ред. К. С. Лебединской.* М.: Педагогика, 1982.
- Лебединский В. В.* Нарушения психического развития у детей. М.: Изд-во МГУ, 1985. 167 с.
- Лейдман Ю. М.* Психотерапия нервных тиков в педиатрической практике // *Вопросы охраны материнства и детства.* 1979. № 6. С. 79–81.
- Ливинская А. М., Никишена И. С., Яковенко Е. А., Сурушкина С. Ю., Сергеев А. В.* Использование транскраниальной микрополяризации в лечении специфических расстройств речи у детей // *Актуальные вопросы клинической и экспериментальной медицины: Сборник тезисов докладов.* СПб., 2006. С. 299–300.
- Липгарт Н. К.* Навязчивые состояния при неврозах. Киев, 1978.
- Лис А. Дж.* Тики / Пер. с англ. М.: Медицина, 1989. 336 с.
- Личко А. Е.* Основные типы нарушений поведения у подростков // *Патологические нарушения поведения у подростков.* Л.: Медицина, 1973. С. 5–9.
- Личко А. Е.* Подростковая психиатрия: Руководство для врачей. Л.: Медицина, 1979; изд. 2-е, доп. и перераб. Л.: Медицина. 1985.
- Лобикова Н. А.* К вопросу о невротическом развитии личности у детей и подростков // *Неврозы и нарушения поведения у детей и подростков.* М.: ЦОЛИУв, 1973. С. 67–75.
- Локман Дж. Э., Уидби Дж. М., Фицджеральд Д. П.* Когнитивно-поведенческая оценка и лечение агрессивных // *Психотерапия детей и подростков / Под ред. Ф. Кендалла.* СПб.: Питер, 2002. С. 43–96.
- Лохов М. И., Фесенко Ю. А., Рубин М. Ю.* Плохой хороший ребенок: Проблемы развития, нарушения поведения, внимания, письма и речи. СПб.: ЭЛБИ-СПб., 2003. 320 с.

- Лурия А. Р.* Лобные доли и регуляция психических процессов. М., 1966.
- Лютлова Е. К., Моница Г. Б.* Тренинг эффективного взаимодействия с детьми. СПб.: Речь, 2000. 190 с.
- Мамайчук И. И.* Психология дизонтогенеза и основы психокоррекции. СПб., 2000.
- Мамедов К. К.* Особенности динамики интеллектуальной деятельности школьников с ЗПР: Дис. канд. психол. наук. М., 1991. 185 с.
- Марковская И. Ф.* Клинико-катамнестический анализ задержки развития соматогенного генеза // Дефектология. 1993. № 1.
- Масюкова Н. А.* Некоторые особенности восприятия и воспроизведения структуры текста младшими школьниками с задержкой психического и физического развития и ее совершенствование в учебно-воспитательном процессе школ и дошкольных учреждений. Минск, 1986. С. 81–87.
- Менделевич В. Д.* Психология девиантного поведения: Учебное пособие. М.: «МЕДпресс», 2001. 432 с.
- Микляева А. В., Румянцева П. В.* Социальная идентичность личности: содержание, структура, механизмы формирования: Монография. СПб.: Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена, 2008. С. 82–92.
- Мнухин С. С.* О временных задержках, замедленном темпе умственного развития и психическом инфантилизме // Резидуальные нервно-психические расстройства у детей. Л., 1968. С. 5–22.
- Моница Г. Б., Лютлова Е. К.* Тренинг эффективного взаимодействия с детьми. СПб.: Речь, 2000. 190 с.
- Моница Г. Б., Лютлова-Робертс Е. К., Чутко Л. С.* Гиперактивные дети: психолого-педагогическая помощь. СПб.: Речь, 2007. 186 с.
- Моница Г. Б., Ларечина Е. В.* Игры для детей от года до трех лет. СПб.: Речь, 2008. 256 с.
- Мэш Э., Вольф Д.* Детская патопсихология // Нарушения психики ребенка / Пер. с англ. СПб.: Прайм-Еврознак, 2003. 384 с.
- Нахимовский А. И., Шишков В. В.* Практическая психотерапия детей и подростков. СПб.: Речь, 2003. 384 с.
- Пальчик А. Б.* Эволюционная неврология. СПб.: Питер, 2002. 384 с.
- Певзнер М. С.* Дети с отклонениями в развитии. М., 1966.
- Переслени Л. И., Мастюкова Е. М., Чупров Л. Ф.* Психодиагностический комплекс методик для определения уровня умственного развития младших школьников: Учебно-методическое пособие. Абакан: АГПИ, 1990. 68 с.
- Переслени Л. И.* Психодиагностический комплекс методик для определения уровня развития познавательной деятельности младших школьников. М.: Когито-Центр, 1996. 70 с.
- Подобед В. Л.* Особенности кратковременной памяти детей с ЗПР // Дефектология. 1981. № 3.
- Попов Ю. В., Вид В. Д.* Современная клиническая психиатрия. СПб.: Речь, 2000. 402 с.
- Пускаева Т. Д., Кулагина И. Ю.* Познавательная деятельность и ее детерминанты при ЗПР // Дефектология. 1986. № 1.
- Раншбург И., Поппер П.* Секреты личности / Пер. с венгр. М.: Педагогика, 1983. 160 с.
- Рачин А. П.* Головная боль напряжения у школьников (эпидемиология, клиника, лечение): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2002. 27с.
- Ремшмидт Х.* Детская и подростковая психотерапия. М., 2001.

- Свядош А. М.* Неврозы. 3-е изд. М.: Медицина, 1982. 366 с.
- Северный А. А., Иовчук Н. М.* Что такое школьная дезадаптация? // Социальная дезадаптация детей и подростков: Проблемы проявления, преодоление. М., 1995. С. 22–40.
- Смирнова Е. О., Хузеева Г. Р.* Психологические особенности и варианты детской агрессивности // Вопросы психологии. 2002. № 1. С. 17–26.
- Сорокин В. М.* Специальная психология: Учебное пособие / Под научн. ред. Л. М. Ши пиццной. СПб.: Речь, 2003. 216 с.
- Спионек Х.* Нарушения развития учащихся начальных школ и испытываемые ими затруднения в учебной деятельности // Дефектология. 1972. № 3.
- Суслова Г. А.* Научное обоснование организации медицинской помощи детям с нарушениями психосоциального развития (на примере ММД): Автореф. дис... д-ра мед. наук. СПб., 2001. 39 с.
- Танцюра М. Д.* Опыт лечения больных с навязчивым неврозом методом активного возбуждения патологической инертности // Советская медицина. 1956. № 11. С. 80–84.
- Тржесоглава З.* Легкая дисфункция мозга в детском возрасте. М.: Медицина. 1986. 194 с.
- Ульенкова У. В.* К проблеме ранней компенсации ЗПР // Дефектология. 1980. № 1.
- Ушенина Т. Н.* Не ошибись, учитель: Советы по работе с «трудными» детьми // Начальная школа. 2002. № 9. С. 27–31.
- Уэндер П., Шейдер Р.* Синдром нарушения внимания с гиперактивностью // Психиатрия / Под ред. Р. Шейдера; Пер. с англ. М.: Практика, 1998. 485 с.
- Фишман М. Н.* Интегративная деятельность мозга детей в норме и патологии. Москва, Педагогика, 1989. 143 с.
- Харкевич Д. А.* Фармакология. М., 1993.
- Хиншоу С. В.* Дефицит внимания с гиперактивностью: поиск эффективного лечения // Психотерапия детей и подростков / Под ред. Ф. Кендалла. СПб.: Питер, 2002. С. 97–107.
- Чупров Л. Ф.* Особенности произвольного внимания и познавательной деятельности младших школьников с задержкой психического развития // Дефектология. 1987. № 6. С. 17–22.
- Чутко Л. С., Пальчик А. Б., Кропотов Ю. Д.* Синдром нарушения внимания с гиперактивностью у детей и подростков. СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2004. 112 с.
- Чутко Л. С., Ливинская А. М.* Специфические расстройства речевого развития у детей: Учебно-методическое пособие. СПб., 2006. 32 с.
- Чутко Л. С., Сурушкина С. Ю., Анисимова Т. И., Никишена И. С., Яковенко Е. А., Лапшина О. В.* Предварительные результаты использования атаракса в лечении тикозных гиперкинезов у детей // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2006. № 10. С. 66–
67. *Чутко Л. С.* Синдром дефицита внимания с гиперактивностью и сопутствующие расстройства. СПб.: Хока, 2007. 136 с.
- Шалимов В. Ф., Новикова Г. Р., Ополинский Э. С.* Пограничные психические расстройства у детей и школьная дезадаптация // Российский психиатрический журнал. 2001. № 4. С. 26–30.
- Шанько Г. Г.* Тики // Неврология детского возраста: Воспалительные и наследственные заболевания, соматоневрологические синдромы, неврозы и неврозоподобные состояния. Минск, 1990. С. 454–463.

Шанько Г. Г. Болезнь Жиль де ля Туретта // Неврология детского возраста: воспалительные и наследственные заболевания, соматоневрологические синдромы, неврозы и неврозоподобные состояния. Минск, 1990. С. 464–487.

Шевченко Ю. С. Бихевиорально-когнитивная психотерапия детей и подростков СПб.: Речь, 2003. 552 с.

Шейдер Р., Гринблат Д. Тревожные состояния // Психиатрия / Под ред. Р. Шейдера. М., 1998. С. 353–381.

Шмакова О. П. Школьная адаптация детей и подростков с психическими расстройствами: Автореф. дис... канд. мед. наук. М., 2004. 24 с.

Шошин П. Б. Зрительное восприятие // Дети с задержкой психического развития / Под ред. Т. А. Власовой и др. М.: Педагогика, 1984. С. 35–51.

Штарк М. Б., Скок А. Б. Применение электроэнцефалографического биофидбека в клинической практике // Биоправление-3: Теория и практика. Новосибирск, 1998. С. 131–148.

Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. Семейная психотерапия при акцентуациях и расстройствах личности у подростков // Психология и психотерапия семьи. СПб., 1999. С. 514–537.

Ave K., Oda N. Incidence of tics in the offspring of ticquers: A controlled follow-up study // Dev. Med. Child. Neurol. 1980. Vol. 22. P. 649–653.

Albano A. M., Chorpita B. E., Barlow D. H. Childhood anxiety disorders // Child psychopathology., 1996. Vol. 196. P. 241.

August G. J., Braswell L., Thuras P. Diagnostic stability of ADHD in a community sample of school-aged children screened for disruptive behavior //

J. Abnorm. Child. Psychol. 1998. Vol. 26, No. 5. P. 345–356.

Aylward E. H., Reiss A. L., Reader M. J. et al. Basal ganglia volumes in children with attention deficit hyperactivity disorder // J. Child. Neurol. 1996. No. 11. P. 112–115.

Azrin N. H., Peterson A. L. Treatment of Tourette Syndrome by habit reversal: A waiting-list control group comparison // Behav Ther., 1990. Vol. 21.

P. 301–318.

Ballthasar K. Uber das anatomische Substrat der Generaliserten Tic-Krankheiten // Arch. Psychiat. Berlin. 1957. Bd 195. S. 531–549.

Banaschewski T., Roessner V., Dittmann R. W., Santosh P. J., Rothenberger A. Non-stimulant medications in the treatment of ADHD // Eur. Child. Adolesc. Psychiatry. 2004. Vol. 13, Suppl. 1. P. 1102–1116.

Barr C. L., Feng Y., Wigg K. G., Schachar R., Tannock R., Roberts W., Malone M., Kennedy J. L. 5'-untranslated region of the dopamine D4 receptor gene and attention-deficit hyperactivity disorder // Am. J. Med. Genet. 2001. Vol. 105, No. 1. P. 84–90.

Baumgardner T. L., Singer H. S., Denckla M. B., Rubin M. A., Abrams M. T., Colli M. J., Reiss A. L. Corpus callosum morphology in children with Tourette syndrome and attention deficit hyperactivity disorder // Neurology. 1996. Vol. 47, No. 2. P. 477–482.

Barkley R. A. Taking charge of ADHD. N.Y.: Guilford press, 1995. 480 p.

Barkley R. A. Attention deficit disorder with hyperactivity: A handbook for diagnosis and treatment. N.Y., 1998. 688 p.

Bell-Dolan D. J. Symptoms of anxiety disorders in normal children // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 1990. Vol. 29. P. 759–765.

Bergstrom K., Bille B. Computed tomography of the brain migraine in children with minimal brain damage: A preliminary study of 46 children // *Neuropediatric.* 1978. No. 9. P. 378–384.

Berquin P. S., Giedd N., Jakobsen L. K. et al. Cerebellum in attention deficit hyperactivity disorder. A morphometric MRI study // *Neurology.* 1998. Vol. 50. P. 1087–1093.

Biederman J., Faraone S. V. Family genetic and psychosocial risk factors in DSM-III attention deficit disorder // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 1990. Vol. 29. P. 526–533.

Biederman J., Newcorn J., Sprich S. Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders // *Am. J. Psychiatry.* 1991. Vol. 148, No. 5. P. 564–577.

Biederman J., Faraone S. Attention deficit hyperactivity disorder // *Lancet.* 2005. Vol. 366. P. 237–248.

Blum K., Sheridan P. J., Wood R. C., Braverman E. R., Chen T. J., Cull J. G., Comings D. E. The D2 dopamine receptor gene as a determinant of reward deficiency syndrome // *J. R. Soc. Med.,* 1996. Vol. 89, No. 7. P. 396–400.

Bond E. D., Partridge G. E. Postencephalitic behavior disorders in boys and the management in a hospital // *Am. J. Psychiatry.* 1926. No. 83.

P. 3–103.

Bottas A., Richter M. A. Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections (PANDAS) // *Pediatr. Infect. Dis.*

J. 2002. Vol. 21, No. 1. P. 67–71.

Bowlby J. Attachment and loss: Volume 1. Attachment, New York: Basic Books, 1969/

Bowlby J. Attachment and loss: Volume 2. Separation: Anxiety and anger, New York: Basic Books, 1973.

Bowlby J. Attachment and loss: Volume 3. Loss, New York: Basic Books, 1980.

Brown R. T., Coles C. D., Smith I. E., Platzman K. A., Silverstein J., Erickson S., Falek A. Effects of prenatal alcohol exposure at school age: Attention and behavior // *Neurotoxicol. Teratol.* 1991. Vol. 13, No. 4. P. 369–376.

Brown R. T., Freeman W. S., Perrin J. M., Stein M. T., Amler R. W., Feldman

H. M., Pierce K., Wolraich M. L. Prevalence and assessment of attention deficit/hyperactivity disorder in primary care settings // *Pediatrics.* 2004. Vol. 114, No. 2. P. 511–512.

Burd L., Freeman R. D., Klug M. G., Kerbeshian J. Tourette syndrome and learning disabilities // *BMC Pediatr.* 2005. Vol. 5. P. 34–46.

Burd L., Kerbeshian J., Wikenheiser M., Fisher W. Prevalence of Gilles de la Tourette's syndrome in North Dakota adults // *Am. J. Psychiatry.* 1986. Vol. 143, No. 6. P. 787–788.

Burnstein M. H. Tourette's syndrome and neonatal anoxia: further evidence of an organic etiology // *J. Psychiatry Neurosci.* 1992. Vol. 17, No. 3.

P. 89–93.

Button T. M., Thapar A., McGuffin P. Relationship between antisocial behaviour, attention-deficit hyperactivity disorder and maternal prenatal smoking // *Br. J. Psychiatry.* 2005. Vol. 187. P. 155–160.

Campbell S. B., Ewing L. J. Follow-up of hard-to-manage preschoolers: adjustment at age 9 and predictors of continuing symptoms // *J. Child Psychol. Psychiatry.* 1990. Vol. 31, No. 6. P. 871–889.

Cantwell D. P., Swanson J., Connor D. F. Case study: adverse response to clonidine // *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry.* 1997. Vol. 36, No. 4.

P. 539–544. *Carrasco X., Lopez V., Aboitiz F.* Frontal and executive dysfunction is a central aspect of ADHD // *Behav. Brain Sci.* 2005. Vol. 28, No. 3. P. 427–428.

Castellanos F. X., Giedd J. N., March W. L., Hamburger S. D. Quantitative morphology of the caudate nucleus in attention deficit hyperactivity disorder // *Am. J. Psychiatry.* 1994. Vol. 151, No. 12. P. 1791–1796.

Castellanos F. X., Giedd J. N., March W. L., Hamburger S. D., Vaituzis A. S., Dickstein D. P., Sarfatti S. E., Vauss Y. C., Snell J. W., Lange N., Kaysen D. Quantitative brain magnetic resonance imaging in attention deficit hyperactivity disorder // *Arch. Gen. Psych.* 1996. Vol. 53, No. 7. P. 607–616.

Catts H. The relationship between speech-language impairments and reading disabilities // *Journal of Speech and Hearing Research.* 1993. Vol. 36. P. 948–958.

Church A. J., Dale R. C., Giovannoni G. Anti-basal ganglia antibodies: a possible diagnostic utility in idiopathic movement disorders? // *Arch. Dis. Child.* 2004. Vol. 89, No. 7. P. 611–614.

Clarke A. R., Barry R. J., McCarthy R., Selikowitz M. Electroencephalogram differences in two subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder // *Psychophysiology.* 2001 a. Vol. 38, No. 2. P. 212.

Clarke A. R., Barry R. J., McCarthy R., Selikowitz M. EEG-defined subtypes of children with attention-deficit/hyperactivity disorder // *Clin. Neurophysiol.* 2001. Vol. 112, No. 11. P. 2098–2105.

Clarke A. R., Barry R. J., McCarthy R., Selikowitz M. Age and sex effects in the EEG: differences in two subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder // *Clin. Neurophysiol.* 2001. Vol. 112, No. 5. P. 815–826.

Cohen D. J., Brunn R. D., Leckman J. F. Tourette's syndrome and tic disorders: Clinical understanding and treatment. NY: Willey, 1988. 380 p.

Comings D. E., Chen C., Wu S., Muhleman D. Association of the androgen receptor gene (AR) with ADHD and conduct disorder // *Neuroreport.* 1999. Vol. 10, No. 7. P. 1589–1592.

Dencla M. B. Revised neurological examination for subtle signs // *Psychopharm. Bull.* 1985. Vol. 21. P. 773–789.

Diagnostic and statistical manual of mental disorders // Am. Psych. Assoc. 4th ed. Washington, 1994. 886 p.

Duane M. D. Neurobiological Correlates of Learning Disorders // *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 1989. Vol. 28, No. 3.

Dykman R. A., Ackerman P. T. Attention deficit disorder and specific reading disability: separate but often overlapping disorders // *J. Learn. Disabil.* 1991. Vol. 24, No. 2. P. 96–103.

Essau C. A., Conradt J., Petermann F. Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents // *Beh Res Therapy.* 1999. Vol. 37. P. 831–843.

Faraone S. V., Sergeant J., Gillberg C., Biederman J. Genetics of adult attentiondeficit/hyperactivity disorder // *Psychiatr. Clin. North Am.* 2004. Vol. 27, No. 2. P. 303–321.

Faraone S. V., Sergeant J., Gillberg C., Biederman J. The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? // *World Psychiatry.* 2003. Vol. 2, No. 2. P. 104–113.

Fenichel O. The psychoanalytic theory of neurosis. N.Y.: Norton Press, 1945.

P. 317–321.

Filipek P. A., Semrud-Clikeman M. Volumetric MRI analysis comparing subjects having attention deficit hyperactivity disorder with normal controls // *Neurology*. 1997. Vol. 48, No. 3. P. 589–601.

Frankel F., Feinberg D. Social problems associated with ADHD vs. ODD in children referred for friendship problems // *Child. Psychiatry Hum. Dev.* 2002. Vol. 33, No. 2. P. 125–146.

Friedman R. B. Recovery from deep alexia to phonological alexia: points on a continuum // *Brain Lang.* 1996. Vol. 52, No. 1. P. 114–128.

Gadow K. D., Nolan E. E., Litcher L., Carlson G. A., Panina N., Golovakha E., Sprafkin J., Bromet E. J. Comparison of attention-deficit/hyperactivity disorder symptom subtypes in Ukrainian schoolchildren // *J. Am. Acad. Child and Adolesc. Psych.* 2000. Vol. 39. P. 1520–1527.

Gauger L. M. Brain morphology in children with specific language impairment // *J Speech Language Hearing.* 1997. Res 40. P. 1772–1784.

Gerra G., Caccavari R. Alpha-2-adrenoreceptor sensitivity in heroin addicts with and without previous attention deficit disorder/hyperactivity and conduct disorder // *Neuropsychobiology*. 1998. Vol. 30, No. 1. P. 15–19.

Gill M., Daly G. Confirmation of association between attention deficit hyperactivity disorder and a dopamine transporter polymorphism // *Mol. Psychiatry*. 1997. Vol. 2, No. 4. P. 464–468.

Gillberg C. Perceptual motor and attentional deficits in Swedish primary school children. Some child psychiatry aspects // *Child. Psychol. Psychiatry*. 1983. Vol. 24, No. 3. P. 377–403.

Gillberg C., Gillberg I. C., Rasmussen P., Kadesjo B., Soderstrom H., Rastam M., Johnson M., Rothenberger A., Niklasson L. Co-existing disorders in ADHD – implications for diagnosis and intervention // *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*. 2004. Vol. 13, Suppl. 1. P. 180–192.

Goldman L. C., Genel M. Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents // *JAMA*. 1998. Vol. 279, No. 14. P. 1100–1117.

Helmstaedter C., Reuber M., Elger C. Interaction of cognitive aging and memory deficits related to epilepsy surgery // *Annals of Neurology*. 2002. Vol. 52, Issue 1. P. 89–94.

Herrenkohl L. R. The Anxiety – Prone Personality: Effects of Prenatal Stress on the Infant / L. R. Herrenkohl // N.Y.: Drunker/Mazel, 1982. P. 5186.

Hill A., Wolpe J. J. Ischemic and haemorrhagic lesions of newborn // Reimondi A. J., Choux M., Di Rosso C. *Cerebrovascular Diseases in Children*. Stuttgart-N.Y.: Springer Verlag., 1992. P. 206–215.

Himle M. B., Woods D. W., Piacentini J. C., Walkup J. T. Brief review of habit reversal training for Tourette syndrome // *J. Child Neurol.*, 2006. Vol. 21, No. 8. P. 719–725.

Hirshfeld-Becker D. R., Biederman J., Faraone S. V., Robin J., Friedman D., Rosenthal J. M., Rosenbaum J. F. Pregnancy complications associated with childhood anxiety disorders // *Depression and Anxiety*. 2004, Vol. 19, Issue

3. P. 152–162. *Huesmann L. R.* Cross-national communalities in the learning of aggression from media violence // *Aggressive Behavior*, 1984. Vol. 10. P. 243–251.

Hynd G. W., Hern K. L., Novey E. S. Attention-deficit hyperactivity disorder and asymmetry of the caudate nucleus // *J. Child Neurology*. 1993. Vol. 8.

P. 339–347.

Hynd G. W., Hall J., Novey E. S., Eliopoulos D., Black K., Gonzalez J. J., Edmonds J. E., Riccio C., Cohen M. Dyslexia and corpus callosum morphology // *Arch. Neurol.* 1995. Vol. 52, No. 1. P. 32–38.

Inderbitzen-Nolan & Walters Social Anxiety Scale for Adolescents: Normative data and further evidence of construct validity // *Journal of Clinical Child Psychology.* 2000. Vol. 29. P. 360–371.

Indredavik M. S., Skranes J. S., Vik T., Heyerdahl S., Romundstad P., Myhr G. E., Brubakk A. M. Low-birth-weight adolescents: psychiatric symptoms and cerebral MRI abnormalities // *Pediatr. Neurol.* 2005. Vol. 33, No. 4. P. 259–

266. *Jankovic J.* Tourette's syndrome // *N. Engl. J. Med.* 2001. Vol. 345. P. 1184–1192.

Kadesjo B., Gillberg C. Tourette's disorder: epidemiology and comorbidity in primary school children // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 2000. Vol. 39, No. 5. P. 548–555.

Kelly D. P., Aylward G. P. Attention deficit in school-aged children and adolescents // *Pediatrics Clinics North Am.* 1992. Vol. 39, No. 3. P. 487–

513. *Kepley H. O., Ostrander R.* Family characteristics of anxious ADHD children: preliminary results // *J. Atten Disord.,* 2007. Vol. 10. No. 3. P. 317–328.

Khalifa N. Prevalence of tic disorders and Tourette syndrome in a Swedish school population // *Developmental Medicine & Child Neurology.,* 2003. Vol. 45. Issue 5. P. 315–319.

King N. J. Fears of children and adolescents: a cross-sectional Australian study using the Revised-Fear Survey Schedule for children // *Journal of child psychology and psychiatry,* 1989. Vol. 30. P. 775–784.

King N. J., Ollendick & Gullone. Test Anxiety in Children and Adolescents // *Australian Psychologist.* March 1991. Vol. 26. Issue 1. P. 25–32.

Klepel H., Koch R. D. Incidence of infantile cerebral lesions in children with behavioral disorders // *Psychiatr Neurol Med Psychol (Leipz).* 1975. Vol. 27, No. 4. P. 213–218.

Knell E. R., Comings D. E. Tourette's syndrome and attention-deficit hyperactivity disorder: evidence for a genetic relationship // *J. Clin. Psychiatry.* 1993. Vol. 54, No. 9. P. 331–337.

Kooij J. J., Buitelaar J. K., van den Oord E. J., Furer J. W., Rijnders C. A., Hodiamont P. P. Internal and external validity of attention-deficit hyperactivity disorder in a population-based sample of adults // *Psychol. Med.,* 2005. Vol. 35, No. 6. P. 817–827.

Kurlan R. Tourette syndrome. Treatment of tics // *Neurol. Clin.* 1997. Vol. 15, No. 2. P. 403–409.

Last C. G., Hersen M., Kazdin A. E., Francis G., Cubb H. J. Psychiatric illness in the mothers of anxious children / *American Journal of Psychiatry.* 1987. Vol. 144. P. 1580–1583.

Last C., Perrin S., Hersen M., Kazdin A. DSM-III-R anxiety disorders in children – Sociodemographic and clinical characteristics // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* 1992. Vol. 31. P. 25.

Leckman J. F., Peterson B. S., Anderson G. M., Arnsten A. F., Pauls D. L., Cohen D. J. Pathogenesis of Tourette's syndrome // *J. Child Psychol. Psychiatry.* 1997. Vol. 38, No. 1. P. 119–142.

Lefkowitz M. M. Growing up to be violent: A longitudinal study of the development of aggression / *Lefkowitz M.M. et al. N. Y.,* 1977.

Leonard L. Children with specific language impairment. Boston: MIT Press, 1998. 432 p.

Levy F. Synaptic gating and ADHD: A biological theory of comorbidity of ADHD and anxiety //

Neuropsychopharmacology. 2004. Vol. 29. P. 1589–1596.

Lou H. C., Rosa P., Pryds O., Karrebaek H., Lunding J., Cumming P., Gjedde A. ADHD: increased dopamine receptor availability linked to attention deficit and low neonatal cerebral blood flow // *Dev Med Child Neurol.*, 2004. Vol. 46, No. 3. P. 179–83.

Lubar J. F. Discourse on the development of EEG diagnostics and biofeedback treatment for attention-deficit/hyperactivity disorders // *Biofeedback Self-Regulation.* 1991. Vol. 16. P. 201–203.

Malone M. A., Kerchner J., Swanson J. M. Hemispheric processing and methylphenidate effects in attention-deficit hyperactivity disorder // *J. Child Neurology.* 1997. Vol. 9, No. 2. P. 181–189.

Matier K., Halperin J. M., Sharma V., Newcorn J. H., Sathaye N. Methylphenidate response in aggressive and nonaggressive ADHD children: distinctions on laboratory measures of symptoms // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 1992. Vol. 31, No. 2. P. 219–225.

McArthur G. M., & Bishop, D. V. M. Auditory perceptual processing in people with reading and oral language impairments: Current issues and recommendations // *Dyslexia*, 2001. Vol. 7. P. 150–170.

McClellan J. M. Attention deficit disorder in children and risk of the anxiety and depression // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 1990. Vol. 29, No. 4. P. 534–539.

Mick E., Biederman J., Prince J., Fischer M. J., Faraone S. V. Impact of low birth weight on attention-deficit hyperactivity disorder // *J. Dev. Behav. Pediatr.* 2002. Vol. 23, No. 1. P. 16–22.

Milich R., Ballentine A. C., Lynam D. ADHD combined type and ADHD predominantly inattentive type are distinct and unrelated disorders // *Clin. Psychol.: Science and Practice.* 2001. Vol. 8. P. 463–488.

Modigh K., Berggren U., Sehlin S. Stor risk for DAMP/ADHD-barn att bli missbrukare senare i livet // *Lakartidningen.* 1998. Vol. 95, No. 47. P. 5316–5319.

Monastra V. J., Lubar J. F., Linden M., VanDeusen P., Green G., Wing W., Phillips A., Fenger T. N. Assessing attention deficit hyperactivity disorder via quantitative electroencephalography: an initial validation study // *Neuropsychology.* 1999. Vol. 13, No. 3. P. 424–33.

Mostofsky S. H., Reiss A. L., Lockhart P., Denckla M. B. Evaluation of cerebellar size in attention-deficit hyperactivity disorder // *J. Child. Neurol.* 1998. Vol. 13, No. 9. P. 434–439.

Nelson K. V., Leviton A. How much of neonatal encephalopathy is due to birth asphyxia? // *Am. J. Dis. Child.* 1991. Vol. 145, No. 11. P. 1325–1331.

Nigg J. T., Blaskey L. G., Huang-Pollock C. L., Rappley M. D. Neuropsychological executive functions and DSM-IV ADHD subtypes // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 2002. Vol. 41, No. 1. P. 59–66.

O'Brien L. M., Gozal D. Sleep in children with attention deficit/hyperactivity disorder // *Minerva Pediatr.*, 2004. Vol. 56, No. 6. P. 585–601.

O'Connor T. G., Heron J., Golding J., Glover V. Maternal anxiety and behavioural/ emotional problems in children: a test of a programming hypothesis // *J. Child. Psychol. Psychiatry.* 2003. Vol. 44. P. 1025–1036.

Ollendick, Yang, Dong, Xia & Lin. Perceptions of fear in other Children and adolescents: The role of gender and friendship status // *Journal of Abnormal Child Psychology.*, 1995. Vol. 23, No. 4. P. 439–452.

Offord D. R., Boyle M. H., Racine Y. A. Epidemiology of behavioral and emotional disorders of adolescence. Implications for treatment, research and policy / In *Behavior Disorders of Adolescence: Research, Intervention, and Policy in Clinical and School Settings*, Plenum, New York, 1991.

P. 13–26.

Perlmutter S. J., Garvey M. A., Castellanos X., Mittleman B. B., Giedd J., Rapoport J. L., Swedo S. E. A case of pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections // *Am. J. Psychiatry.* 1998. Vol. 155, No. 11. P. 1592–1598.

Peterson B. S., Leckman J. F., Tucker D., Scahill L., Staib L., Zhang H., King R., Cohen D. J., Gore J. C., Lombroso P. Preliminary findings of antistreptococcal antibody titers and basal ganglia volumes in tic, obsessive-compulsive, and attention deficit/hyperactivity disorders // *Arch. Gen. Psychiatry.* 2000. Vol. 57, No. 4. P. 364–372.

Pfiffner L., McBurnett K., Rathouz P. J., Judice S. Family correlates of oppositional and conduct disorders in children with attention deficit/hyperactivity disorder // *J. Abnorm. Child Psychol.*, 2005. Vol. 33, No. 5. P. 551–563.

Pliszka S. R. Comorbidity of attention-deficit hyperactivity disorder and overanxious disorder // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 1992. Vol. 31. P. 197–203.

Pliszka S. R. Comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder with psychiatric disorder: an overview // *J. Clin. Psychiatry.*, 1998. Vol. 59, Suppl. 7. P. 50–58.

Quist J. F., Barr C. L., Schachar R., Roberts W., Malone M., Tannock R., Basle V. S., Beitchman J., Kennedy J. L. The serotonin 5-HT_{1B} receptor gene and attention deficit hyperactivity disorder // *Mol. Psychiatry.*, 2003. Vol. 8, No. 1. P. 98–102.

Rey J. M., Hutchins P. Childhood hyperactivity // *Med. J. Aust.*, 1993. Vol. 159, No. 5. P. 289–299.

Robertson M. M. Tourette syndrome, associated conditions and the complexities of treatment // *Brain.* 2000. Vol. 123. P. 425–462.

Rubia K., Overmeyer S., Taylor E., Brammer M., Williams S. C., Simmons A., Bullmore E. T. Hypofrontality in attention deficit hyperactivity disorder during higher-order motor control: a study with functional MRI // *Am. J. Psychiatry.* 1999. Vol. 156, No. 6. P. 891–896.

Sandberg S. Hyperkinetic or attention deficit disorder // *Br. J. Psychiatry.* 1996. Vol. 169, No. 1. P. 10–17.

Satterfield J., Schell A. A. Prospective study of hyperactive boys with conduct problems and normal boys: adolescent and adult criminality // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 1997. Vol. 36, No. 12. P. 1726–1735.

Schatz D. B., Rostain A. L. ADHD with comorbid anxiety: A review of the current literature // *J. Atten. Disord.* 2006. Vol. 10, No. 2. P. 141–149.

Schroger E., Wolf C. Behavioral and electrophysiological effects of task-irrelevant sound change: a new distraction paradigm // *Cognitive brain research.* 1998. Vol. 7. P. 71–87.

Semrud-Clikeman M., Steingard R. J., Filipek P., Biederman J., Bekken K., Renshaw P. F. Using MRI to examine brain-behavior relationships in males with attention deficit disorder with hyperactivity // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 2000. Vol. 39, No. 4. P. 477–484.

Sergeant J. A. The cognitive-energetic model: an empirical approach to attention-deficit hyperactivity disorder // *Neurosci. Biobehav. Rev.* 2000. Vol. 24, No. 1. P. 7–12.

Shapiro A. K., Shapiro E. K. Tic disorders // *J. Am. Med. Assoc.* 1981. Vol.

245. P. 1583–1585.

Shervette R. E., Xenakis S. N., Richters J. Anxiety and depressive disorders in attention deficit disorder with hyperactivity: new findings // *Am. J. Psychiatry.* 1993. Vol. 150, No. 8. P. 1203–1029.

Shulman S. T. Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococci (PANDAS) //

Pediatr. Infect. Dis. J. 1999. Vol. 18, No. 3.

P. 281–282.

Snowling M. J., Adams J. W., Bishop D. V. M., Stothard S. E. Educational attainments of school leavers with a preschool history of speech-language impairments // *International Journal of Language & Communication Disorders*. 2001. P. 173–183.

Stanton-Chapman D. A., Bainbridge N. L., Scott K. G. Identification of early risk factors for language impairment // *Res. developmental disabilities*. 2002. Vol. 23, No. 6. P. 390–405.

Sterman M. B. Physiological origins and functional correlates of EEG rhythmic activities: implications for self-regulation // *Biofeedback Self-Regulation*. 1996. Vol. 21. P. 3–33.

Stothard S. E., Snowling M. J., Bishop D. V., Chipchase B. B. Language-Impaired Preschoolers // *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 1998. Vol. 41. P. 407–418.

Strauss C. C., Lease C. L., Last C. G. & Francis G. Overanxious disorder: An examination of developmental differences // *J Abnorm Child Psychology*, 1988. Vol. 16. P. 433–443.

Swanson J. M. School-based assessments and interventions for ADD students. Irvine: K. C. Publishing, 1992. 184 p.

Tannock R. Attention-deficit/hyperactivity disorder with anxiety disorders // *Attention deficit disorders and comorbidities in children, adolescents and adults* / T. E. Brown (Ed.). Washington: Am. Psychiatr. Press, 2000. P. 125–

170.

Taylor E. A., Sandberg S., Thorley G., Giles S. The epidemiology of childhood hyperactivity // *Maudsley monographs* (Oxford Univ. Press). 1991. Vol. 33.

P. 93–113. *Teicher M. H., Anderson C. M., Polcari A., Glod C. A., Maas L. C., & Renshaw*

P. F. Functional deficits in basal ganglia of children with attention-deficit/hyperactivity disorder shown with functional magnetic resonance imaging relaxometry // *Nature Medicine*. 2000. Vol. 6. P. 470–473.

Thapar A., McGuffin P. Childhood hyperactivity scores are highly heritable and show sibling competition effects: Twin study evidence // *Behavior genetics*. 1995. Vol. 25, No. 6. P. 537–544.

Thapar A., McGuffin P. Are anxiety symptoms in childhood heritable? *J Child Psychol Psychiat.*, 1995. Vol. 36. No. 3. P. 439–447.

Tiitinen H., May P., Reinikainen K., Naatanen R. Attentive novelty detection in humans is governed by pre-attentive sensory memory // *Nature*. 1994. Vol. 372, No. 3. P. 90–92.

Toft P. B. Prenatal and perinatal striatal injury: a hypothetical cause of attention-deficit-hyperactivity disorder? // *Pediatr. Neurol*. 1999. Vol. 21, No.3.

P. 602–610.

Tomblin J. B., Smith E., Zhang X. Epidemiology of specific language impairment: prenatal and perinatal risk factors // *J. Communication Disorders*. 1997. Vol. 30, No. 4. P. 325–343.

Van den Bergh R. H., Mulder J. H., Glover V. Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: links and possible mechanisms // *Neuroscience Biobehav. Rev*. 2005. Vol. 29.

P. 237–258.

Voeller K. K. What can neurological model of attention, intention, and arousal tell us about Attention Deficit

Hyperactivity Disorder? // *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* 1991. Vol. 3. P. 209–216.

Von Stein A., Rappelsberger P., Sarnthein J., Petsche H. Synchronisation between temporal and parietal cortex during multimodal object processing in man // *Cerebral Cortex.* 1999. Vol. 9, No. 2. P. 137–150.

Watkins R., Rice M. (Eds.). *Specific language impairments in children.* Baltimore: Brookes, 1994. 163 p.

Wolpe J. *The practice of behavior therapy* (2nd ed.). New York: Pergamon Press, Inc., 1973.

Wolraich M. L. Addressing behavior problems among school-aged children: traditional and controversial approaches // *Pediatr. Rev.* 1997. Vol. 18, No. 8. P. 266–270.

Wu K. K., Anderson V., Castiello U. Neuropsychological evaluation of deficits in executive functioning for ADHD children with or without learning disabilities // *Dev. Neuropsychol.* 2002. Vol. 22, No. 2. P. 501–531.

Zametkin A. J., Rapoport J. L. Noradrenergic hypothesis of attention deficit disorder with hyperactivity: A critical review // *Psychopharmacology: The third generation of progress* / H. V. Metsler (Ed.). N. Y.: Raven, 1987. P. 837–846.

Zametkin A. J., Liebenhauer L. L., Fitzgerald G. A. Brain metabolism in teenagers with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder // *Arch. Gen. Psychiatry.* 1993. Vol. 50. P. 333–340.

Zarin D. A., Suarez A. P., Pincus H. A., Kupersanin E., Zito J. M. Clinical and treatment characteristics of children with attention-deficit/hyperactivity disorder in psychiatric practice // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 1998. Vol. 37, No. 12. P. 1262–1270.

Zuddas A., Ancilletta B., Muglia P., Cianchetti C. Attention-deficit/hyperactivity disorder: a neuropsychiatric disorder with childhood onset // *Europ. J. Paediatr. Neurol.* 2000. Vol. 4, No. 2. P. 53–62.

Сведения об авторах

ЧУТКО ЛЕОНИД СЕМЕНОВИЧ – руководитель центра поведенческой неврологии Института мозга человека РАН, заведующий кафедрой психосоматики и психотерапии факультета клинической психологии СПбГПМА, профессор, доктор медицинских наук, врач-невролог высшей категории.

АНИСИМОВА ТАТЬЯНА ИГОРЕВНА – младший научный сотрудник Института мозга человека РАН, старший преподаватель кафедры психосоматики и психотерапии факультета клинической психологии СПбГПМА, медицинский психолог.

ЗАЩИРИНСКАЯ ОКСАНА ВЛАДИМИРОВНА – доцент кафедры специальной психологии факультета психологии СПбГУ, кандидат психологических наук.

СУРУШКИНА СВЕТЛАНА ЮРЬЕВНА – младший научный сотрудник центра нейротерапии Института мозга человека РАН, кандидат медицинских наук, врач-невролог.

ЯКОВЛЕВА ЮЛИЯ АЛЕКСАНДРОВНА – научный сотрудник Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, кандидат медицинских наук, врач-психиатр.

Примечания

1

МКБ-10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра