

М. И. Лохов
Е. В. Фесенко
Ю. А. Фесенко

НЕСТАНДАРТНЫЙ ИЛИ **ПЛОХОЙ ХОРОШИЙ** РЕБЕНОК

СПЕЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА

Специальная педагогика

Елена Фесенко

**Нестандартный, или
«плохой хороший» ребенок**

«КАРО»

2011

Фесенко Е. В.

Нестандартный, или «плохой хороший» ребенок /
Е. В. Фесенко — «КАРО», 2011 — (Специальная педагогика)

ISBN 978-5-9925-0674-7

Книга написана доктором биологических наук, старшим научным сотрудником Физиологического отдела им. И. П. Павлова НИИЭМ РАМН, нейрофизиологом Михаилом Ивановичем Лоховым; кандидатом медицинских наук, заведующей Центром медико-социальной реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями СПб ГУЗ «Городская детская поликлиника № 19» Петроградского района, врачом высшей категории Еленой Владимировной Фесенко и доктором медицинских наук, профессором факультета клинической психологии Санкт-Петербургской государственной педиатрической академии и кафедры коррекционной педагогики и коррекционной психологии ЛГУ им. А. С. Пушкина, чл. – корр. РАН, детским психотерапевтом и психиатром, рефлексотерапевтом, заместителем главного врача по медицинской части СПб ГУЗ «Центр восстановительного лечения „Детская психиатрия“ имени С. С. Мнухина Юрием Анатольевичем Фесенко. В монографии рассмотрены основные компенсаторные механизмы головного мозга ребенка, описано наиболее распространенное пограничное нервно-психическое расстройство – синдром дефицита внимания и гиперактивности, связанное с минимальной дисфункцией мозга, и вопросы лечения и обучения детей, страдающих этой патологией. Рассмотрены основные этапы и теории развития ребенка (Ж. Пиаже, Э. Эриксон, Л. С. Выготский), наиболее серьезные патологии психического развития. Авторами приводятся собственные данные по методам компенсации рассматриваемого пограничного расстройства, в том числе с использованием биологической обратной связи, физиотерапии, рефлексотерапии, фармакологического регулирования под контролем электроэнцефалограммы, разнообразных психологических способов воздействия. В интересной форме приводятся истории болезни детей, даются яркие клинические примеры, позволяющие понять основной психологический компонент рассматриваемого страдания.

На основании полученного опыта авторы делают вывод, что СДВГ связан с резидуальным поражением различных структур головного мозга и нарушенным на этой основе взаимодействием между структурами мозга, обеспечивающими процессы речи, памяти, интеллектуального развития ребенка. Книга адресована главным образом врачам-практикам (психиатрам, неврологам, психотерапевтам) и психологам, сталкивающимся в своей работе с проявлениями СДВГ, и родителям, интересующимся вопросами возникновения, течения и терапии этого сложного заболевания.

ISBN 978-5-9925-0674-7

© Фесенко Е. В., 2011

© КАРО, 2011

Содержание

Введение	7
Глава 1	13
Пограничные психические (резидуально-неврологические) расстройства	13
Психоаналитические гипотезы о родовой травме и психологические подходы с использованием гештальта	17
Современные нейрофизиологические гипотезы	23
Глава 2	26
Этапы нормального моторного и сенсорного развития ребенка с 6 месяцев до 6 лет	26
Этапы развития интеллекта и памяти в онтогенезе	28
Конец ознакомительного фрагмента.	30

М. И. Лохов Е. В. Фесенко Ю. А. Фесенко

Нестандартный, или «плохой хороший» ребенок

Рецензенты:

заведующий кафедрой неврологии с клиникой ГОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И. П. Павлова», Заслуженный деятель науки РФ, лауреат государственной премии Республики Молдова, академик РАМН, доктор медицинских наук, профессор **А. А. Скоромец**,

декан факультета клинической психологии ГОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная медицинская академия», заслуженный деятель науки РФ, доктор психологических наук, профессор **В. А. Аверин**

Введение

«Нестандартный ребенок», «Непоседа Фил», «плохой хороший ребенок», «сорвиголова», «чужой среди своих», «егоза», «шалун», «с мотрочиком», «фейерверк» – это все о них, о детях с гиперактивностью. И это о них: «в полуха слушает, но все запоминает», «на лету схватывает», «сверхспособный, но...», «талантливый». Так что же это за дети?

Наверное, выражение «плохой хороший ребенок» (именно так, без запятой!), которое стало названием нашей первой книги о синдроме дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ)¹, вышедшей в 2003 году и дважды переизданной (в 2005 и 2008 годах), или «нестандартный ребенок» больше всего подходят для характеристики таких ребят [99; 104; 108].

В советское время нас поразила своей неординарностью книга Владимира Леви «Нестандартный ребенок (Искусство быть другим. Книга вторая)», автора уже нашумевших к тому времени книг «Охота за мыслью», «Я и мы», «Искусство быть собой», «Искусство быть другим». В. Леви, говоря о том, что искусство, наука и врачевание неразделимы, подчеркивает важность взаимопонимания и психологически грамотного поведения в отношениях между взрослым и ребенком. «Нестандартными» автор назвал детей, непохожих на других. В предисловии книги В. А. Лекторский пишет: «В воспитании нового человека одними благими пожеланиями и бесконечными разговорами не обойтись; оно требует углубленного знания человеческой природы на всех ее уровнях; понимания закономерностей душевного развития и общения, становления характера и индивидуальных особенностей – словом, знания реального человека и умения с ним обращаться, нового поведения. Иначе говоря: новыми людьми должны сперва стать сами воспитатели» [89].

Именно по этим причинам мы решили совместить в названии новой книги «плохой хороший» и «нестандартный», поскольку речь в ней пойдет об этой сложной, противоречивой и крайне актуальной проблеме – о синдроме дефицита (нарушения) внимания и гиперактивности и о детях, *страдающих* этой патологией (надеемся, что в процессе чтения станет понятным смысл выделения этого слова).

Мы еще вернемся к материалам книги В. Леви «Нестандартный ребенок», когда в главе 8 расскажем о «Семи условиях здоровья ребенка».

У многих из нас есть дети. Их в обычной нашей жизни часто делят на хороших и плохих, т. е. послушных и не очень, капризных и покладистых, тихих и проказливых, ласковых и агрессивных. Перечень этот можно продолжать до бесконечности. Кажется, все мы любим активных и подвижных детей. Но в условиях, когда возраст родителей маленьких детей в так называемых развитых странах значительно увеличивается, им, на фоне растущих психических нагрузок, хочется тишины и покоя. После напряженного рабочего дня так хочется отдохнуть! Особенно когда тебе за сорок. А тут – чрезмерно активный, а тем более агрессивный ребенок! И возникает желание, чтобы это был не твой ребенок, и уж во всяком случае не соседский. Поэтому проблема гиперактивных детей, являясь изначально проблемой медицинской, с каждым годом все больше и больше начинает беспокоить общество в целом и каждую семью в отдельности.

Первоначально эта проблема возникла в самой развитой и самой напряженной в психическом плане стране – Соединенных Штатах Америки. Ситуация, когда престижно иметь трех-четырех детей в семье, противоречит росту эмансипации, когда женщины, забыв о своей первичной и наиважнейшей функции – функции рождения и воспитания детей, устремились в погоню за высоким социальным статусом. Лозунг «Не уступить мужчинам в любой профессии!» не только привел к появлению женщин в совершенно не свойственных их физиологии социальных структурах и видах деятельности (например, в полиции, армии, на боксерском

¹ ADHD – attention-deficit hyperactivity disorder (англ.).

ринге и т. п.), но и значительно повысил возраст деторождения. Обычным явлением стал возраст мам около 40, а то и за 40 лет. Лучшие отпущенные природой для деторождения годы уходили на достижение успехов в выбранной профессии, проходили в жестокой и далеко не всегда успешной конкурентной борьбе с мужчинами «за место под солнцем».

Однако общественные устои американской семьи свято соблюдались. И в 35–40 лет выходя замуж, надо было, придерживаясь традиций, родить не менее трех-четырех детей. Желательно здоровых. Высокоразвитая медицина страны старалась изо всех сил. Но природу обмануть трудно. В отличие от мужского организма, *все яйцеклетки в организме женщины существуют исходно с раннего детского возраста. Поэтому все вредные внешние факторы окружающей среды действуют непрерывно и неумолимо год за годом, повреждая исходный генетический материал.* Выхлопные газы машин, отходы производства, радиация, токсичные вещества, большое количество принимаемых фармакологических средств и, наконец, социальное самоотравление в виде курения табака, наркотиков (даже при одноразовой пробе!) и алкоголя – все это сказывается прежде всего на детородных функциях женского организма. И как ни старается правительство США улучшить факторы окружающей среды, например запрещая курение или применяя draconianские меры контроля за выхлопными газами автомашин, годы, неумолимые годы накапливают и суммируют даже минимальные внешние воздействия на генетический аппарат клетки, что выражается потом в *минимальных дисфункциях мозга* рождающихся детей.

В менее развитых, чем США, но также промышленных странах, таких, как Россия, эмансипация делает только первые, хотя и стремительные шаги и не имеет пока большого значения для здоровья растущего поколения. Однако у нас главную угрозу национальной безопасности представляют собой вредные факторы окружающей среды наряду с низкой рождаемостью. И здесь эти факторы оказывают влияние прежде всего на женский организм, вызывая в массовом количестве рождение детей с различными дизонтогенезами (нарушениями нормального развития ребенка) даже у молодых матерей.

Конечно, борьба за охрану окружающей среды очень актуальна. Но здесь, в силу разных причин, предпринимаемые усилия малоэффективны. Однако мы все же можем побороться за здоровье, как за свое, так и за здоровье своих детей, настоящих или будущих. В этом должно быть заинтересовано все общество – и прежде всего родители (состоявшиеся или будущие) детей, независимо от своей специальности и социального статуса. Здоровье – дело общее.

Чтобы знать, что именно и как сохранять, надо иметь хотя бы начальные знания об основах функционирования нервной системы, прежде всего головного мозга, о тех фармакологических препаратах, которые нам и нашим детям назначают, и о механизмах их действия. Кроме того, важно знать, что такое психологические основы семейного взаимодействия, так как любая семья – это не только «основа частной собственности» (по Энгельсу), но и основная база сохранения (или разрушения) нашего здоровья, особенно детского.

С рождения каждый человек является только частью окружающей природы и остается ею в течение нескольких первых лет жизни. Затем общение с окружающей социальной средой вносит свои изменения, которые все более и более углубляются с освоением языка. Язык в начале его освоения – это кодовое обозначение предметов окружающего нас мира. В процессе знакомства с разнообразными предметами и окружающими людьми одни из них нравятся нам больше, другие – меньше. Предметы отличаются своими свойствами: мягкий – жесткий, теплый – холодный, шершавый – гладкий и т. д. Люди тоже чем-то отличаются. Правда, мы не можем точно сказать чем, просто одни из них привлекают нас больше, другие меньше, а третьи и вовсе отталкивают. Потом мы придумаем для этих отличий обобщенные названия: злой, добрый, симпатичный, неприятный и, наконец, просто хороший или плохой человек.

Процесс детализации свойств на этом, конечно же, не заканчивается. Человечество создало целую науку – психологию, специализирующуюся на описании и подробнейшем раз-

боре многих свойств и качеств человеческой психики и, в конечном счете, – на характеристике положительных или отрицательных свойств личности в социальном контексте данной общественной формации. Последнее весьма существенно, так как довольно часто некоторые из черт личности, которые, например, при рабовладельческом строе общества считались исключительно положительными, в другой, более прогрессивной общественной формации стали считаться сугубо отрицательными.

В природе нет добра и зла, нет хорошего или плохого. Все эти категории привнесены исключительно человеком, и вероятно, это была та самая первая граница, которая отделила людей друг от друга, да и от природы. В социальном и психологическом плане деление на категории «плохой – хороший» производится, исходя из сравнения со среднестатистической «нормальной» личностью. Понятие «норма» настолько неопределенно и размыто, что его не берется определить ни один учебник психологии. Не случайно понятия *нормы* и *здоровья* являются предметом многовековых изысканий ученых и философов. Можно сказать больше: философы, занимающиеся фундаментальными проблемами и определениями бытия, еще не дали окончательное определение этого понятия, не осмыслили его как философскую категорию. Между тем понятие это стоит в одном ряду с такими категориями, как организм, органическое целое, развитие, поведение, деятельность, свобода, сущность, сложное противоречие, гармония. Ведь еще Сократ сказал: «Здоровье – не всё, но всё без здоровья – ничто». Не удивительно поэтому, что центральными понятиями медицины служат понятия *здоровья* и *болезни*.

Поскольку здоровье – категория индивидуальная и (хотя бы в тенденции!) абсолютная, а норма – понятие относительное и обобщенное, определения, увязывающие их между собой, не представляются удачными или исчерпывающими. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет здоровье так: «Состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов». Не отрицая значения социальных факторов в двойственной биосоциальной природе человека, следует подчеркнуть, что с точки зрения этого прогрессивного определения возможны некоторые парадоксальные медицинские заключения. Ведь существуют преступность, бедность, дискриминация, неравенство и другие факторы, определяющие социальное неблагополучие многих индивидов, организм которых мог бы по своим биологическим возможностям функционировать нормально. И никто не возьмется доказательно утверждать, что все эти люди неблагополучны в силу первичных отклонений в состоянии здоровья [64]!

Организм включает множество подуровней организации: системноорганный, тканевой, клеточный, субклеточный, молекулярный. Элементы организма как системы, в свою очередь, сами представляют системы. Некоторые направления в общей патологии истолковывали многоуровневость организма как соподчинение. Р. Вирхову принадлежит развернутое метафорическое истолкование организма как государства клеток.

В контексте изучения СДВГ, как и других пограничных расстройств, с нашей точки зрения, *здоровье* следует рассматривать как *относительно совершенную и устойчивую форму жизнедеятельности, обеспечивающую экономичные оптимальные механизмы приспособления к окружающей среде и позволяющую иметь функциональный резерв, используемый для ее изменения*. Учитывая роль мозаичности в работе живой многоуровневой системы, имеющей автономные программируемые элементы, не будет преувеличением сказать, что здоровье – это *жизнедеятельность, минимально ограниченная в своей свободе*. Под свободой в данном случае в первую очередь понимается **свобода выбора способов, форм и масштабов реагирования**. И это последнее крайне важно для психического здоровья человека.

Психическое здоровье – совокупность установок, качеств и функциональных способностей, которые позволяют индивиду адаптироваться к среде. Это наиболее распространенное определение, хотя выработать универсальное, приемлемое для всех определение психического здоровья вряд ли возможно, так как практически нельзя свести воедино все взгляды на этот

вопрос, сложившиеся в разных человеческих сообществах и культурах. Человек, значительно отклоняющийся от стандартов своего сообщества, рискует быть признанным психически больным. В то же время представления о психической болезни различны в разных культурах и в разные времена внутри каждой культуры. Примером первого может служить тот факт, что многие племена индейцев, в отличие от большинства других американцев, считают галлюцинации нормальным явлением; пример второго – изменение отношения к гомосексуальности, которая когда-то рассматривалась как преступление, затем как психическая болезнь, а сейчас – как вариант сексуальной адаптации.

С конца XIX века, после работ З. Фрейда, а затем К. Юнга и других исследователей в психологии и психиатрии утвердилась концепция о несводимости психической жизни к сознательному опыту. На исследования психики и ее расстройств сильно повлияло фрейдистское учение о том, что наша сознательная душевная жизнь определяется неосознанными представлениями, импульсами, эмоциями и противостоящими им защитными механизмами. Это воздействие фрейдизма сохраняется и до настоящего времени. Исключение составляют так называемые бихевиоральные (поведенческие) теории психической деятельности, пользовавшиеся большим влиянием в течение нескольких десятилетий (до 1950–1960-х годов). Их сторонники отвергали концепцию о роли бессознательного в психической жизни, считая, что она не нужна для объяснения поведения.

Для проведения междисциплинарных исследований человеческого разума современная психология установила связи с другими науками – антропологией, нейробиологией, нейрохимией, кибернетикой и лингвистикой. Понятие психического здоровья часто определяется в терминах этих наук XX века. Психологов XIX века, незнакомых с подобной терминологией, в частности Фрейда, вероятно, удовлетворила бы такая формулировка современных взглядов на психическое здоровье: здоровая психика – та, которая эффективно отвечает на стимулы среды сознательными и бессознательными реакциями.

Все более популярной становится сегодня идея французского психолога XIX века П. Жане о том, что определенные психические представления недоступны нашему сознанию. Эти интуитивные представления, которые большую часть времени не осознаются.

Независимо от социального или этнического происхождения, индивид, живущий в технологическом, урбанизированном обществе, должен обладать совокупностью определенных психологических черт, обеспечивающих социальную адаптацию, т. е. успешное функционирование в этом обществе. Эти черты обычно формируются по мере более или менее упорядоченного продвижения через различные стадии развития. Для каждой из стадий характерен набор задач, с которыми человек должен справиться, и набор черт, которые он должен приобрести, чтобы лучше подготовиться к следующей стадии. Таким образом, суждение о психическом здоровье индивида должно соотноситься со стадией его развития, а также с его генетическим наследием и культурным окружением.

Стадии развития можно обобщенно представить следующим образом.

От рождения до 3 лет. Помимо элементарных навыков произвольного движения и самоконтроля, вербальных и невербальных средств выражения, ребенок должен научиться доверять миру взрослых, осознать непрерывность существования предметов и людей даже в периоды их отсутствия.

От 3 до 6 лет. В этот период возрастающей самостоятельности и инициативы ребенка формируется его способность устанавливать взаимоотношения, делиться тем, что имеет, выносить элементарные нравственные суждения, а также отождествлять себя и других с мужским или женским полом.

От 6 до 13 лет. Это относительно свободный от кризисов период, в течение которого у ребенка закрепляются ранее приобретенные навыки, начинает развиваться нравственное чув-

ство в ходе игр и иного участия в групповой активности, возникает адаптация ко внесемейному окружению.

От 13 до 19 лет. Обычно это трудный период (в западном мире). Он сопровождается резким скачком в физическом (преимущественно половом) развитии и конфликтом, связанным с будущими ролевыми ожиданиями. Как правило, этот период начинается с почти безоговорочного следования установкам сверстников, затем переходит в фазу исследования и экспериментирования и завершается отходом от родителей и развитием собственных стиля, целей и установок.

Зрелость. В большинстве сообществ она предполагает наличие планов, связанных с браком, детьми и работой, приобретение рациональных, реалистичных установок и целей, способность отличать мысль от действия, умение заботиться о других. В инволюционном периоде, который обычно начинается с шестого десятилетия, утрата друзей и сужение возможностей может вызывать эпизоды депрессии. Однако и в этом периоде существуют источники удовлетворенности, особенно если есть внуки или стареющий человек пользуется уважением в своей среде.

Важно помнить, что психическое здоровье не означает свободу от тревоги, вины, подавленности и других отрицательных эмоций. Поскольку оно подразумевает относительную свободу от психологических проблем, здесь важна именно способность их преодолевать. Таким образом, наличие этих проблем – еще не признак болезни, однако неспособность учиться на опыте и стереотипность мышления и поведения свидетельствуют о неблагополучии в эмоциональной сфере.

Организм остается здоровым, если имеет возможность вовремя включить в ответ на ту или иную ситуацию программу адаптации, оптимально соответствующую ее специфике, и реализовать эту программу без ошибок, до конца и в минимально необходимом масштабе.

Понятие нормы в медицине позволяет определить степень интегрированности различных уровней и элементов личности, их индивидуальное своеобразие. *В сфере темперамента* – это сбалансированность энергетических, динамических и векторных характеристик, обеспечивающих оптимальный уровень активности и реактивности личности, устойчивую способность к рефлексии и к эмпатии. *В смысловой сфере* – это оценка ценностных ориентаций (убеждений, интересов, вкусов) личности и их соответствия моральным установкам и стандартам социальной среды, отсутствие (или наличие) устойчивых длительных внутриличностных конфликтных позиций.

Анализ адаптивного фактора позволяет рассматривать адаптивный потенциал личности и ее *способность к внутриличностной и интерперсональной адаптации*. Он включает оценку способности личности к самоконтролю и самокоррекции, т. е. умению критически относиться к своим поступкам, мыслям, чувствам и стремиться к сохранению внутренней непротиворечивости. Сюда входят также оценки спектра механизмов психической адаптации, используемых личностью, и ее устойчивости к возникновению патологических форм адаптации.

В психоневрологии существует длинный ряд симптомов и синдромов, которые характеризуют поведенческие отклонения от нормы в сторону патологии. Однако без четкого определения понятия «норма» все эти характеристики также являются относительными. Термин «симптом» в переводе с греческого означает «случай, совпадение» и толкуется как какой-либо признак патологии. Термин «синдром» переводится как «собрание, стечение» и толкуется как некоторое собрание, совокупность признаков, т. е. по отношению к предыдущему является собирательным термином (синдром состоит из совокупности симптомов, которые взаимосвязаны). В зависимости от числа входящих симптомов синдромы могут быть простыми и сложными.

Каждому психическому заболеванию соответствует определенный круг синдромов. Однако практические врачи придерживаются простого, но очень верного правила: *нет болез-*

ней и синдромов, а есть больные. Психопатологические синдромы в отрыве от конкретного больного являются не более чем абстрактными понятиями.

Справедливости ради стоит отметить, что, с другой стороны, сходство в описании психических заболеваний (т. е. в описании синдромов) с древности, начиная с Библии и ранних медицинских рукописей и до наших дней, поистине удивительно. Конечно же, признаки, описанные в симптомах и синдромах, существуют и их необходимо знать, чтобы не запустить болезнь. *Особенно это касается детского возраста, в котором практически любое заболевание может быть компенсировано растущим мозгом с помощью лечебных (коррекционных) мероприятий*, а отсутствие своевременного лечения может перевести заболевание в хроническую фазу, излечение которой становится проблематичным.

С учетом всего сказанного, не покажется случайным, что в этой книге мы попытаемся осветить вопросы объективных методов обследования здоровья ребенка, результаты которых позволяют своевременно определить ту или иную развивающуюся патологию и назначить адекватное лечение – как в отношении выбора фармакологических средств, так и в отношении их дозировки. Грамотный выбор дозы препарата чрезвычайно важен, так как одно и то же вещество психотропного действия может помочь мозгу справиться с заболеванием, но оно же, назначенное в неверной дозе, может спровоцировать развитие другого заболевания (вспомним Гиппократ: *«Всё может быть и ядом, и лекарством – зависит от дозы!»*).

Итак, возвращаясь к пациентам с СДВГ, отметим: при всех их преимуществах – активности, жизнерадостности и оптимизме, остром уме и находчивости, чувстве юмора, а зачастую талантливости в изобразительном искусстве и в музыке – они *страдают* от того, что не могут до конца реализовать свой потенциал, отвергаются сверстниками, становятся обузой для воспитателей, преподавателей и, как это не удивительно, для близких. *Их не любят! Они – изгой для социального окружения!* И это – умные и талантливые дети! Не парадокс ли?

Таким образом, хотя название книги звучит несколько легкомысленно, она посвящена очень сложным вопросам здоровья (в основном психического) детей и их родителей, в ней мы расскажем о способах сохранения или укрепления здоровья и о психологических проблемах в отношениях между хорошими-плохими детьми, их хорошими-плохими родителями и педагогами. Проблемы, связанные с изучением этого синдрома, сегодня крайне актуальны. Нет, пожалуй, ни одной формы пограничных психических состояний у детей и взрослых, которая могла бы по своей актуальности соперничать с СДВГ. Причин для этого, на наш взгляд, множество. Об этом мы и хотим рассказать в книге, систематизировав имеющиеся на сегодня взгляды на эту патологию и сопоставив их с данными собственных двадцатилетних исследований.

Глава 1

Пограничные психические расстройства – баланс между здоровьем и болезнью

Пограничные психические (резидуально- неврологические) расстройства

Причины возникновения синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) и их корреляция (статистическая взаимосвязь) с развитием высших функций головного мозга в онтогенезе (периоде индивидуального развития) являются базовой информацией. Поэтому начать целесообразно с освещения понятия «пограничные психические расстройства», к которым относится и СДВГ.

Пограничные психические (резидуально-неврологические) расстройства детского возраста, к которым, помимо СДВГ, относятся заикание и другие нарушения речи, тики, энурез (ночное недержание мочи) и энкопрез (недержание кала), неврозы, являются самыми распространенными видами заболеваний.

Понятие резидуальные формы нервно-психических, или пограничных психических, расстройств используется, по мнению ведущих специалистов в этой области, для отделения их от психотических проявлений на основе общих патогенетических факторов и клинических особенностей. Трансформация (изменение формальных компонентов) отдельных психопатологических феноменов, характерных для болезненных проявлений невротического уровня, определяет многообразие клинических форм и вариантов рассматриваемых расстройств. При этом обоснованно разделение на *невротические* нарушения (возникшие под влиянием психогенных факторов, которые и определяют их течение и исход) и *неврозоподобные* расстройства в структуре психических, нервных, соматических болезней, при которых преобладающее место в возникновении и течении симптоматики принадлежит эндогенным и соматогенным факторам. И при невротических, и при неврозоподобных расстройствах имеются достаточно выраженные клинические проявления, позволяющие дифференцировать их в рамках отдельных нозологических состояний (например, гиперактивность, нарушения внимания, тики, энурез, энкопрез, заикание, нарушения сна).

Причиной резидуальных форм нервно-психических, или пограничных психических, расстройств, которые условно объединены в одну группу на основе общих этиопатогенетических факторов и особенностей их клинических проявлений, являются *вредности, повреждающие мозг ребенка в перинатальном периоде развития* (охватывает внутриутробное развитие плода, начиная с 28 недель беременности, период родов и первые 7 суток жизни ребенка) [72; 136; 43; 174; 176]. С. С. Мнухин относил к ним ранние органические поражения, возникавшие до полного формирования мозговых систем, т. е. до 3 лет жизни ребенка [118]. В. В. Ковалев [72], напротив, считал, что для возникновения резидуально-органических психических расстройств возрастных границ не существует и *все органические поражения у детей переходят в резидуальную (остаточную) стадию* [162].

Распространенность этих заболеваний, по данным разных авторов, достигает 17–25 % детей в возрасте от 3 до 11 лет в общей популяции [2; 3; 128; 85; 129], и этот процент имеет тенденцию к увеличению, что определяет актуальность проблемы исследования таких расстройств и их лечения. Не следует забывать, что резидуально-органические поражения головного мозга являются одним из наиболее важных факторов в развитии неврозов, психопатий, в возник-

новении эпилепсии; они нередко изменяют классическое течение шизофрении. Тенденция к увеличению доли резидуальных нервно-психических расстройств в противовес невротическим (заикание, тики, энурез, энкопрез, нарушения сна, поведенческие и эмоциональные нарушения) явно прослеживается в последние десятилетия.

Пограничные психические расстройства, в том числе и СДВГ, согласно МКБ-10² относятся к разделу «Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте». Интересно, что в МКБ-9³ они входили в раздел «Невротические расстройства, психопатии и другие психические расстройства непсихотического характера». В более ранней классификации эти нарушения рассматривались как минимальная мозговая дисфункция (ММД) и подразделялась на:

314.0 – синдром гиперактивности;

314.2 – синдром гиперактивности с нарушением поведения; 314.1 – синдром гиперактивности с задержкой развития.

Все указанные заболевания в психиатрической и неврологической практике характеризуются широко распространенным и устойчивым термином «пограничные психические расстройства». Этот термин используется для обозначения «нерезко выраженных нарушений, граничащих с состоянием здоровья и отделяющих его от собственно патологических психических проявлений, сопровождающихся значительными отклонениями от нормы» [3, с. 9]. Пограничные расстройства объединяются в одну группу на основе ряда характерных признаков, ведущими из которых являются:

- невротический уровень психопатологических проявлений в динамике болезни;
- четкая связь расстройств с вегетативными дисфункциями и патологией сна;
- большое влияние психогенных факторов на возникновение болезни;
- выявление в большинстве случаев минимальной дисфункции мозга (МДМ) – органической составляющей, способствующей развитию болезни;
- сохранение больными критического отношения к своему состоянию.

Вместе с тем при пограничных состояниях отсутствуют психотическая симптоматика, нарастающее слабоумие и личностные изменения, характерные для эндогенных психических заболеваний (например, для шизофрении).

В исследованиях К. Ю. Ретюнского [138] у 95,4 % детей с заиканием клинически определялись признаки врожденной невропатии, представленные повышенной общей и вегетативной возбудимостью, склонностью к расстройствам пищеварения, питания, сна, терморегуляции. По своей структуре невропатический симптомокомплекс был ближе к понятию «органической или резидуальной невропатии», сопровождаясь резидуально-неврологической симптоматикой, признаками внутричерепной гипертензии с вегетососудистыми и вестибулярными нарушениями.

В дошкольном возрасте на фоне постепенного ослабления невропатической симптоматики у детей с пограничными психическими расстройствами в 81,6 % случаев нарастали астеногипердинамические проявления различной степени выраженности, обуславливающие гиперкинетическое поведение.

К ассоциированным нарушениям у таких детей были отнесены выявленные тики мимической мускулатуры (20,2 %), энурез (31,2 %), расстройства сна (34,0 %) и их различное сочетание (64,3 %). Монотонность и стойкость клинических проявлений вне зависимости от психотравмирующих факторов позволили отнести их в разряд неврозоподобных расстройств, имеющих резидуально-органическую природу.

² Международная классификация болезней 10-го пересмотра.

³ Предыдущая классификация болезней.

Таким образом, нервно-психические нарушения резидуально-органического характера в дошкольном возрасте в основной группе (дети с нарушениями развития) были выявлены в 95,5 %, в контрольной группе – в 23,3 %.

В отличие от взрослых, мозг ребенка 5–7 лет находится еще в стадии интенсивного развития и завершения формирования взаимоотношений между различными структурами (как между полушариями, так и в пределах одного полушария), о чем будет рассказано более подробно в главах 3, 6 и 7. Здесь же отметим, что неравномерность формирования этих отношений, вызванная как эндогенными, так и многочисленными экзогенными факторами, приводит к появлению и угасанию за относительно короткие промежутки времени многочисленных психопатологических симптомов, которые для мозга взрослого человека, несомненно, свидетельствовали бы о серьезной патологии. Выравнивание этих взаимоотношений и устранение целого ряда достаточно серьезных структурных микропоражений мозга, полученных в перинатальном периоде развития, несомненно, говорят о широких компенсаторных способностях ЦНС ребенка.

В то же время возникает необходимость на основании полученных данных характеризовать понятие нормы и психопатологии детского возраста, что особенно важно при рассмотрении пограничных психических (резидуально-неврологических) расстройств. Конечно, поставленный вопрос требует дальнейших серьезных исследований, но уже сегодня можно, учитывая все сказанное выше, сделать некоторые заключения.

Полученные нами результаты (о них мы расскажем на страницах этой книги) позволяют подойти к определению нормы в онтогенезе как к саморегулируемому функциональному межполушарному взаимодействию. При этом мозгом самостоятельно устраняется дисбаланс в межполушарном и межструктурном взаимодействии, источником которого является как неравномерное развитие разных структур, так и микротравмы, полученные в перинатальном периоде развития.

В отличие от нормы, пограничные психические расстройства можно определить как группу функциональных состояний, при которых нарушенное главным образом из-за резидуальных поражений тех или иных структур межполушарное и межструктурное взаимодействие может быть восстановлено только путем специальных внешних воздействий, активирующих резервный потенциал мозга. При этом главное внимание в терапии указанных расстройств следует обращать на включение резервов мозга, а не на подавление проявившихся симптомов, которые служат лишь сигналом наличия дисбаланса в межструктурных и межполушарных взаимодействиях и являются одним из компенсаторных факторов.

Пограничные психические расстройства как раз и являются пограничными в той мере, в которой активизация резервов позволяет вернуть мозг в область саморегуляции нормы. Это и является, по нашему мнению, той тонкой гранью, тем балансом между здоровьем и болезнью, на которые следует обратить самое пристальное внимание: вернется ли функционирование головного мозга в область, определяемую как норма (здоровье), или, напротив, обретет патологический (болезненный) режим, зависит от тех коррекционных воздействий, которые мы определим для данного пациента.

Обобщив все полученные в наших многочисленных исследованиях данные, мы констатируем: во всех случаях пограничных психических (резидуально-неврологических) расстройств обнаруживаются в явном виде нарушения связей (по сравнению с нормой) между различными зонами коры головного мозга больного ребенка. Учитывая анамнестические данные, с большой степенью уверенности можно сделать вывод, что такие расстройства связаны с минимальной дисфункцией мозга (МДМ) ребенка, полученной в перинатальный период развития мозга (о ней будет рассказано в главе 5). Наиболее четко такие нарушения, выявленные по результатам кросскорреляционного анализа ЭЭГ (КЭЭГ), связаны с лобными отведениями, но в ряде случаев (например, при аутизме) могут быть предметом более тонкого анализа патологии меж-

структурного взаимодействия, на основе которого возможен индивидуальный подбор психофармакологических препаратов для направленной коррекции выявленных нарушений. Такой подход, как показывает наша лечебная практика, позволяет значительно повысить эффективность лечения (улучшить исходы) пограничных психических (резидуально-неврологических) синдромов детского возраста.

Психоаналитические гипотезы о родовой травме и психологические подходы с использованием гештальта

С точки зрения современной неврологии пестрая поведенческая симптоматика пограничных психонервных расстройств базируется на тех или иных отклонениях развития функций, связанных с первичными (ставшими впоследствии резидуальными) поражениями различных структур головного мозга. Это положение подтверждается многочисленными результатами обследований больных объективными методами, которые мы опишем в главе 4. Однако до настоящего времени распространено немало психологических гипотез, авторы которых в корне не согласны с неврологической концепцией. Несмотря на то что возникновение большинства из них относится к тому периоду времени, когда еще не существовало объективных методов исследования головного мозга, они также имеют право на существование, так как подкрепляются многочисленными положительными результатами лечения больных. На одной из таких гипотез основан широко известный метод психоанализа, разработанный Зигмундом Фрейдом и его школой.

З. Фрейд, австрийский психиатр, невропатолог и психолог, создал метод психоанализа, посредством которого до сих пор во всем мире лечат психических больных. В основу психоанализа положено глубокое проникновение в чувства и влечения человека. Слово «влечения» в понимании Фрейда можно полностью отождествить с современным понятием «эмоции», а так как влечения составляют краеугольный камень всей методики, а впоследствии – теории психоанализа, то всю теорию можно отнести к одной из самых ярких попыток расшифровки человеческих эмоций.

Влечения были определены как специфический вид функционирования головного мозга по заданным генетическим программам. Надо сказать, что как сам Фрейд, так и его ученики приводили весьма образные описания психологических процессов, и часто описания эти напоминают скорее художественный вымысел, чем серьезное научное исследование. Тем не менее это очень важно.

Итак, источником эмоций признавались врожденные биологические влечения, например сексуальные, которые фигурируют в теории под названием Оно. Оно – наперед заданное с самого рождения свойство мозга, главная его составляющая. После рождения и установления необходимых контактов с внешним миром возникают механизмы, ограничивающие эмоциональные проявления. Кроме того, в процессе взаимодействия с окружающей средой сами эмоции совершенствуются и приобретают более явную и законченную форму, т. е. ту, через которую мы и определяем их впоследствии.

В ходе дальнейшего развития формируется сознание, посредством которого индивид воспринимает внешний мир, осознает действие внешних раздражителей, реагирует на них. Посредник между внешним миром и Оно, включающий элементы сознания и ограничивающий эмоции, именуется Я. Фрейд писал: «Я олицетворяет то, что можно назвать разумом и рассудительностью в противоположность к Оно, содержащему страсти... По отношению к Оно Я подобно всаднику, который должен обуздать превосходящую силу лошади» [227 с. 193]. Сдерживание осуществляется путем вытеснения из сознания всех нежелательных для взаимодействия с окружающей социальной средой эмоций. Однако процесс этот не проходит бесследно для психики. В результате вытеснения нарушается исходная, генетически заложенная связь между некоторыми эмоциональными процессами и развитием личности, что приводит иногда к психическим расстройствам, в частности к неврозам.

Дальнейшее развитие сознания в результате взаимодействия личности с окружающим миром приводит к созданию в сознании некоего образца Я, основанного на требованиях общества, его морали и других социальных взаимоотношений среды, в которой развивается лич-

ность. Такой образец назван Фрейдом Сверх-я. Взаимодействие Я и Сверх-я способно породить ряд новых эмоциональных явлений, не заложенных исходно в Оно, например угрызения совести, чувство стыда, гордости и т. д. Таким образом, в ходе развития увеличивается работа Я, которое вынуждено не только контролировать соответствие врожденных эмоций внешним обстоятельством, но и соответствие необходимой степени рассогласования между собой и Сверх-я, образцом, навязанным социальной моралью. Задача иногда оказывается непосильной. Я не справляется со своими обязанностями, что приводит либо к прорыву эмоций из Оно наружу – аффектам, истерическим припадкам, либо к развитию психических заболеваний, связанных с уходом Я от реальной действительности, что проявляется, например, галлюцинациями, расщеплением сознания и т. п.

Таким образом, психоаналитическая концепция основана на следующих положениях. Источники наших переживаний, эмоций находятся в Оно – чисто биологическом образовании, большая часть которого заложена генетически и не осознается. В процессе развития ребенка формируется система Я, являющаяся связующим звеном между окружающей средой и Оно. Я осознаваемо, включает в себя механизмы, ограничивающие проявление Оно в действиях, вытесняет нежелательные эмоции из сознания, что приводит в некоторых случаях к нарушению психики. Кроме того, окружающая социальная система формирует Сверх-я, или образ идеального Я, с которым реальное Я должно считаться и во взаимодействии с которым конструируются новые эмоции.

Эмоции во взаимодействии с Я регулируют поступки и действия человека. В самом начале развития ребенок полностью подчинен Оно. Затем развиваются психические процессы (такие, как мышление, память и т. п.), которые формируют Я, сознание и механизмы взаимодействия Я с Оно. Оно – полностью бессознательно. Я – частично осознано, частично бессознательно.

Определения «сознательный» и «бессознательный» опираются на непосредственное восприятие окружающего мира посредством органов чувств. Опыт показывает, что любое представление, в данный момент осознанное, в следующий момент может перестать осознаваться, т. е. стать бессознательным. В психоанализе различают два вида бессознательного: представление, которое описано выше, т. е. временно исчезающее из сознания, но в любой момент легко снова могущее быть осознанным, и эмоции или эмоционально окрашенные комплексы представлений, которые активно вытесняются из сознания и могут в него проникнуть только в особых состояниях, например в сновидениях.

Представления соединяются в комплексы на основе какой-либо сильной эмоции, например страха. Так, испуг вызывает в организме специфический комплекс реакций: изменения в работе сосудистой системы, сердцебиение, дрожь и т. д. Когда угрожающая обстановка устранена, комплекс перестает осознаваться, но не распадается. Сходный с одним из элементов комплекса внешний раздражитель запускает всю систему, и время от времени вся картина, обстановка, сопутствующая испугу, произвольно восстанавливается. Опять появляется учащенное сердцебиение, дрожь, и человек с трудом может справиться с испугом. Это состояние может переживаться и во сне. Например, человек, переживший землетрясение во время отпуска далеко от дома, долгое время чувствовал сердцебиение и головокружение, если мимо него по мостовой проезжал тяжелый грузовик.

Хроническое действие комплекса наблюдается как при сильных единичных переживаниях, подобных описанному выше, так и в результате длительно поддерживающейся отрицательной эмоции. У каждого из нас имеется много эмоционально окрашенных комплексов: комплекс профессиональных интересов, комплекс страстей (привязанность к азартным играм, вредным привычкам и т. п.), сексуальные комплексы и т. д. Комплексы, даже находясь в сфере бессознательного, влияют на наше мышление и поступки. Те или иные странные на первый взгляд действия личности, оговорки, описки, кошмарные сновидения могут быть результатом

влияния комплексов. Задача психоанализа – выявление комплексов данной личности и расшифровка на их основании действий и поступков. Особенно большое значение такой подход имеет для выяснения вытесненных из сознания механизмов защиты психики комплексов, которые своим действием вызывают невротические реакции. Задача психоанализа – довести вытесненный комплекс до сознания и тем самым устранить его патогенную силу.

Таким образом, Фрейд относил эмоции почти целиком к области бессознательных явлений. Мы осознаем только то, что допускается в сознание, точнее, только ту часть эмоций, которая прорывается сквозь психологическую защиту. Остальная часть айсберга переживаний, эмоционально окрашенных комплексов и т. п. остается невидимой для нашего и постороннего взора, но оказывает постоянное влияние на наши мысли и поступки в любой сфере деятельности и является базой для возникновения психических расстройств.

Фрейд также был первым, кто обратил внимание на возможную роль родовой травмы как первоисточника страхов и необоснованных беспокойств в детском и зрелом возрасте. Однако более полной разработкой этой проблемы занимался его ученик Отто Ранк. В отличие от Фрейда, который считал источником развития тревоги чисто физиологические трудности, связанные с процессом рождения, Ранк считал главным источником тревоги ситуацию отделения от матери [286; 135]. В утробе матери плод чувствовал себя вполне комфортно: все потребности удовлетворялись сразу и без приложения каких-либо усилий. Лишение этого «блаженного» состояния вызывает чувство страха и неуверенности, и весь период детства можно рассматривать как стремление благополучно пережить полученную психическую травму в результате рождения. В последующих работах Ранк распространил этот вывод на всю психическую жизнь человека, которая, по его мнению, состоит из борьбы между желанием вернуть себе потерянное блаженство и страхом, вызываемым этим желанием. С его точки зрения, сон частично удовлетворяет стремление к блаженству, а содержание сновидений говорит о переживаниях, связанных с родовой травмой. Глобальные психические различия между мужчиной и женщиной Ранк объясняет различными стратегиями переживания блаженства и страха. Для женщины – это способность повторять роды в собственном теле и страх умереть во время родов. Для мужчины – это сила созидания и страх неудач в творческом процессе.

Дальнейшее развитие концепция родовой травмы получила в работах Станислава Грофа. Используя свой колоссальный опыт по исследованию психоделических состояний, вызванных применением ЛСД (диэтиламид d-лизергиновой кислоты), или сходных состояний, вызванных глубоким учащенным дыханием (так называемым холотропным дыханием), он выдвинул новую гипотезу о влиянии процесса рождения на психику человека и ее патологии [233; 234; 235]. Не отрицая опыта предыдущих психоаналитиков, он, тем не менее, считает, что «концепция Ранка о родовой травме применима к случаю, когда ребенок появился на свет при помощи кесарева сечения, а не путем физиологических родов» [233, р. 132]. Сам физиологический процесс родов оставляет, по Грофу, глубокий след в подсознании человека. Этот след фиксируется в четырех (в соответствии с этапами родовой деятельности) *базовых перинатальных матрицах (БПМ)*.

БПМ-1 – след от пребывания в утробе матери. Если развитие плода в утробе матери происходит благополучно, то основу этой матрицы составляет идеальное состояние блаженства и покоя. БПМ-1 в жизни индивида воспроизводится в ситуациях, в которых полностью удовлетворены первоочередные потребности. Она проявляется в счастливых картинах раннего детства, влюбленности, познании красоты природы, видов искусства и т. п. Однако идеальные ситуации бывают редко, даже в утробе матери. Если плод крупный, то на поздних сроках беременности он испытывает дискомфорт от механического сжатия и перебоев в работе плаценты. Если некоторые органы матери, например почки или печень, плохо справляются со своими функциями (что тоже чаще бывает на поздних сроках), на мозг плода воздействуют вредные факторы химической и биологической природы (яды, токсины). Наконец, недостаточно серьез-

ное отношение матери к процессу беременности, ее моральные (например, учеба, сдача экзаменов) или физические перегрузки также оказывают вредное воздействие на развитие плода. Патологические отклонения развития проявляются в ощущениях опасности, экологических катастроф, конца света и т. п. Кроме того, в этих случаях БПМ-1 может служить матрицей развития родственных психопатологических синдромов: *параноидальной симптоматики*, *ипохондрии*, *истерических галлюцинаций* и *смешении фантазий с реальностью*.

БПМ-2 – след, связанный с началом родовой деятельности, с первыми схватками. Плод периодически сжимается мышечными спазмами при закрытой шейки матки. Кровоснабжение плода периодически прерывается или значительно сокращается. Ограничивается поступление кислорода и питательных веществ. Проявление БПМ-2 связано с воспоминаниями, связанными с угрозами жизни и целостности индивида (война, травмы, операции и т. п.), с повторным переживанием тяжелых психических травм (отвержение родителями, развод родителей, смерть близких и т. п.). БПМ-2 может служить матрицей развития *шизофренических психозов*, *эндогенной депрессии*, *чувства неполноценности*, *алкоголизма*, *наркомании*, *псориаза* и *язвы желудка*.

БПМ-3 – след, связанный с процессом непосредственно родовой деятельности. Сокращения матки продолжаются, однако шейка матки раскрыта, и плод постепенно продвигается по родовому каналу. Продолжается ограничение притока крови к мозгу плода, вызванное спазмами матки. Кроме того, на этой стадии может наблюдаться полное пережатие пуповины (она попадает между головой плода и тазовыми костями матери) и захлестывание пуповины вокруг шеи плода, иногда многократное, что усугубляет ситуацию «удушения». БПМ-3 проявляется в воспоминаниях ситуаций, связанных с борьбой индивида за жизнь, или эпизодов игры (или спортивных состязаний) на грани жизни и смерти (драки, военные эпизоды, альпинистские эпизоды, азартные игры с большими ставками, сексуальные моменты большой напряженности и т. п.). У женщин – это воспоминания о ситуациях рождения собственного ребенка. БПМ-3 может служить матрицей развития *шизофренических психозов с элементами садомазохизма*, *тревожной депрессии*, *сексуальных отклонений*, *невроза навязчивых состояний*, *тиков*, *заикания*, *психогенной астмы*, *истерии*, *мигрени* и *энуреза*.

БПМ-4 – след, связанный с завершением процесса родовой деятельности. За пиком боли и напряжения, которые сопровождают появление ребенка на свет, наступают внезапное облегчение и покой. В воспоминаниях проявления БПМ-4 являются как бы продолжением ситуаций, связанных с БПМ-3: счастливое избавление от смертельной опасности, воспоминание о преодолении сложных жизненных препятствий или ситуаций, картины возрождающейся природы (весна, восход солнца и т. п.), повторное переживание успеха в достижении той или иной жизненной цели и т. д. БПМ-4 может служить матрицей развития *шизофренических психозов (мессианский бред, воссоздание мира и т. п.)*, *маниакальной симптоматики*, *женских сексуальных отклонений*.

Гроф предполагает, что «переживание настоящего момента искажено частичным проникновением опыта, полученного при рождении... Эмоции и телесные ощущения, которые должны быть полным соответствием рождению, становятся в другом контексте психопатологическими симптомами. Такой человек... в определенном смысле как бы застревает в родовом канале и еще не родился» [233, р. 246]. С более подробным описанием происхождения, проявления и вторичного «лечебного» переживания БПМ можно ознакомиться по первоисточнику [233; 234].

Близкой точки зрения о влиянии родовой травмы на возникновение пограничных психических расстройств придерживается представитель новой практической школы первичной терапии А. Янов [244]. В ходе проводимой психотерапии он неоднократно замечал, что успех излечения связан с издаваемыми пациентом «примитивными» звуками, напоминающими первые крики новорожденного. В дальнейшем он преднамеренно стал вызывать такое поведение у

больных и на основании полученных результатов предположил, что невроз – форма поведенческой защиты от психобиологической боли, связанной с недостаточно пережитыми в сознании травмами детства, главным образом с травмами рождения. Недостаточно отреагированная подсознательная боль воздействует на становление личности человека и задерживает его на определенном раннем уровне развития. Лечение, по Янову, должно быть направлено на преодоление этой защитной реакции путем осознанных переживаний событий, вызвавших болевые ощущения, и самой боли в ее редуцированном выражении – первичном крике и напряжении мышц.

О важном значении мышечного напряжения (мышечной «брони») в развитии психонервных расстройств говорят и другие представители практической школы [252 и др.]. Однако их подходы к лечению больше соответствуют рамкам гештальт-терапии, к рассмотрению которой мы и переходим.

Гештальт-терапия⁴ – метод, созданный Ф. Перлзом, американским психологом и психотерапевтом с докторской степенью. Датой возникновения этого метода считается 1942 год, когда увидела свет работа Ф. Перлза «Я, Голод и Агрессивность». Это метод индивидуальной и групповой психотерапии, когда в ситуации «здесь и сейчас» (в интерпретации Ф. Перлза: «здесь и как») происходит моделирование внутриличностных и межличностных конфликтов, основой которого являются осознание, коррекция и завершение. Перлз разрабатывал гештальт-терапию, опираясь на практику психоанализа, экзистенциализм, феноменологию, восточную философию, теорию поля и теорию гештальт-психологии. Гештальт-терапия близка к гуманистической и экзистенциальной психологии.

Понятие «гештальт» лучше всего объяснять с позиций восприятия. Каждый из нас неоднократно в жизни ловил себя на том, что насвистывает или напевает какой-нибудь прилипчивый мотивчик. Возможно, это мотив вашей любимой песни. Неважно. Интересно то, что музыка кодируется нотами, т. е. набором отдельных, вполне определенных звуков. Однако свой любимый мотив вы можете узнать, даже если он будет исполнен совсем в другой тональности, т. е. другим набором звуков. Более того, вы сами напеваете мотив в совершенно невероятной, с точки зрения музыканта, тональности, но все равно он доставляет вам наслаждение. В чем же здесь дело? Дело именно в мотиве, или форме, или конфигурации, или специфической организации отдельных звуков, которую нельзя изменить без ее разрушения. Это и есть гештальт. Основной принцип гештальт-психологии в том, что никогда (кроме самых элементарных «механических» случаев) анализ составных частей не может обеспечить понимание целого, так как целое в конечном итоге определяется динамическим взаимодействием своих составляющих. Принцип полностью относится как к психологии отдельного человека или общества в целом, так и к работе головного мозга в частности. Его, кстати, можно четко проследить по результатам кросскорреляционного анализа ЭЭГ (о чем говорилось и еще будет сказано ниже): *патологическое нарушение поведения напрямую связано с нарушением некоего гештальта взаимодействия базовых структур головного мозга.*

Гештальт-психологи предполагают: «Если с теми людьми, с которыми человек сотрудничает, по некоторым причинам невозможно осуществить хорошие отношения, отношения гармонии, то вместо этого возникает определенный их суррогат, который изменяет психическое бытие человека... Большая область психических заболеваний, для которых до сих пор не было настоящей теории, может быть, является следствием такой основной закономерности» [33].

Человек не воспринимает вещи внешнего мира изолированными. Он организует их в процессе восприятия в определенным образом осмысленные целостности, имеющие для него важное значение. Поэтому главный тезис гештальт-терапии (в отличие от классического психоанализа Фрейда): человек мотивируется не влечениями, а незавершенными гештальтами,

⁴ Gestalt – фигура, образ, целостность, личность (как роль), то, что «из ничего» стало «чем-то» (нем.).

т. е. незаконченными ситуациями. Незавершенные гештальты вызывают избыток неизрасходованной энергии, что приводит к состоянию общего возбуждения, появлению специфических телесных ощущений и познавательной настроенности. Все это в конечном итоге приводит к появлению вполне определенного эмоционального состояния. Устойчивость личности в переживании эмоционального состояния зависит от равновесия всех трех указанных факторов и соотношения между ними [281].

По мнению одного из основателей гештальт-терапии Ф. Перлза, развитие невроза проходит 5 уровней (цит. по [1]). *Первый уровень* – исполнение чуждой субъекту роли (уровень «фальшивых отношений»). Мы хотим быть кем-то другим, жить согласно идеалу, навязанному нам родителями, окружающей социальной средой, обществом в целом. В результате наше «подлинное Я» и выбранная роль вступают в противоречие и борются за контроль над поведением. *Второй уровень* – уровень страха. Человек осознает, что играет роль, но когда он представляет последствия своего искреннего поведения, его охватывает страх. Он боится, что окружающие не примут его таким, каков он есть. *Третий уровень* – тупик. Если субъект прошел первые два уровня и отказался играть не свойственную ему роль, он начинает испытывать чувство пустоты и потерянности. Он теряет поддержку (возможно, временно, или ему так кажется) извне, но пока не может и не умеет использовать свои внутренние ресурсы. *На четвертом уровне* усугубляются переживания тупика. Человек полностью осознает, как долго он подавлял свою личность, в связи с чем развивается ощущение безысходности, ожидание чего-то страшного, ощущение смерти. И наконец, *на пятом уровне* достигается аутентичность личности, способность к нормальному переживанию и выражению своих эмоций. Переживание глубоких и интенсивных эмоций дает выход напряженности и открывает способность к отбору и завершению ведущих и жизненно важных гештальтов. Главная концепция терапии: «Изменение наступает тогда, когда становишься тем, кто ты есть, а не тогда, когда пытаешься стать тем, кем не являешься».

Мы недаром довольно подробно остановились на понятиях гештальт-терапии. По нашему мнению, такой подход особенно актуален для детского возраста. Чем менее длительное время субъект играет чужую роль, тем более доступен он техническим процедурам гештальт-терапии. Об этом свидетельствует успех многих детских психотерапевтов, о чем будет подробно рассказано в следующих главах книги. Кроме того, так как основной подход в гештальт-терапии основан на создании ситуаций для активного поиска пациентом значимых для него ситуаций, он прекрасно сочетается с использованием других психотерапевтических методов. Непротиворечивые и разносторонние подходы чрезвычайно важны для успеха терапии пограничных психических расстройств.

Современные нейрофизиологические гипотезы

В настоящее время наиболее перспективной нейрофизиологической гипотезой возникновения всех психоневрных расстройств является концепция так называемого *устойчивого патологического состояния (УПС)*, разработанная школой академика Н. П. Бехтерева [15–21 и др.].

Исходной точкой становления концепции УПС стал вопрос о механизмах компенсации при поражениях мозга. Многочисленные факты говорили о том, что компенсация нарушений в онтогенезе имеет очень широкий диапазон. Достаточно сказать о наблюдаемом нормальном развитии однополушарных от рождения детей или детей с весьма значительными родовыми травмами головного мозга [143]. Однако с возрастом компенсаторные возможности мозга резко уменьшаются. Почему это происходит?

Современные нейрофизиологические данные показывают: мозг запрограммирован на большое число параллельных звеньев, предназначенных для выполнения одной и той же функции (двигательной, эмоциональной и т. п.). В процессе онтогенеза эта избыточность сокращается, что является целесообразным, так как уменьшает уровень шума в центральной нервной системе и повышает точность и экономичность ее работы. В конечном итоге в действии остаются только генетически запрограммированные, необходимые для жизнеобеспечения схемы, в терминологии Н. П. Бехтерева – «жесткие» звенья всех мозговых систем. Утратившие свое значение схемы получили название «гибких» звеньев.

Потеряли ли гибкие звенья свои свойства полностью или только временно, оставаясь резервом? Полученные нейрофизиологические данные показали, что во многих случаях гибкие звенья сохраняют свои свойства. В связи с этим пришлось пересмотреть само понятие психоневрного заболевания. Как правило, врач имеет дело с хроническим заболеванием, т. е. длительно протекающими процессами в центральной нервной системе. До начала лечения организм собственными силами в какой-то степени скомпенсировал патологический процесс, иначе исход болезни был бы летальным. Острая стадия болезни – стадия неустойчивого равновесия, борьбы организма за выживание, стадия дестабилизации в работе мозга и всех его систем. Хроническая стадия, напротив, характеризуется состоянием устойчивого равновесия, которое достигается, как правило, не за счет пораженных звеньев системы (погибшие нервные клетки, как известно, не восстанавливаются), а за счет формирования новых рабочих схем, использующих резервные гибкие звенья. Создается новая схема, частично компенсирующая патологию, иногда совершенно неприемлемым для выполнения второстепенных функций образом. Эта схема весьма устойчива и включает работу многих непораженных систем и структур центральной нервной системы. Такое состояние получило название устойчивого патологического состояния, так как в клинической практике имеют дело «прежде всего с проявлением гиперактивности этих структур, а не с проявлениями собственно поражения» [17, с. 78]. Например, такое известное заболевание, как паркинсонизм (или дрожательный паралич), возникает от первичной недостаточности структурных систем мозга, секретирующих медиатор дофамин. Уменьшение активности дофаминергической системы вызывает увеличение активности холинэргической системы, т. е. структур, секретирующих медиатор ацетилхолин. Таким образом, в патологический круг включаются совершенно непричастные к первоначальному дефекту структуры и системы компенсации, и для успешного лечения необходимо как повышение активности дофаминергических систем мозга, так и понижение гиперактивности холинэргических его структур. Приведенная схема является правилом и при других заболеваниях.

Так, одна из гипотез происхождения синдрома дефицита (нарушения) внимания и гиперактивности (СДВГ или СНВГ), выдвинутая еще в начале 1970-х годов, предполагает, что в основе дефицита внимания лежит низкий уровень возбуждения корковых структур головного

мозга, особенно лобных его отделов [288]. Понижение уровня возбуждения, по мнению автора, вызвано повышением порога восприятия сенсорных стимулов всех модальностей. Поэтому для компенсации понижения возбуждения организм вынужден прибегать к своеобразной стимуляции коры головного мозга через двигательные центры, что и вызывает синдром гиперактивности. Позже Заметкиным (цит. по [263]) под эту гипотезу была подведена биохимическая база. Предполагается, что основой повышения порога восприятия корковых структур может быть снижение активности стволовой ретикулярной формации и некоторых других базальных образований, которые активируются норадреналином.

Другой исследователь, Малоне (цит. по [263]), предположил наличие двойного нейрорхимического механизма: увеличение пресинаптического выброса норадреналина в правом полушарии и снижение – в левом. Такая гипотеза довольно удачно объясняет действие широко используемого для лечения СДВГ фармакологического препарата метилфенидат (methylphenidate), который, по-видимому, увеличивает выброс дофамина и снижает избыточное высвобождение норадреналина. Этим путем достигается снижение гиперактивности с одновременным увеличением внимания.

Любар (1998), обобщая данные разных исследователей, рассматривает следующий механизм нарушений при СДВГ и, возможно, некоторых других пограничных расстройств. Возбуждение передается по ретикулярной формации ствола мозга, которая получает информацию от всех сенсорных анализаторов, кроме обонятельных. Эта информация переносится на ретикулярную таламическую проекционную систему и к базальным отделам переднего мозга. Норадреналин производится в стволовом образовании (голубое пятно) locus coeruleus, имеющим связи с системами переднего мозга и другими мозговыми структурами, в том числе с мозжечком, которые заняты в программировании нисходящих импульсов моторной коры. Снижение норадренергической активности нарушает работу указанных структур, что находит отражение в ЭЭГ-паттернах, состоянии регионального мозгового метаболизма (по результатам позитронно-эмиссионной томографии) и вызванных потенциалов у пациентов с СДВГ.

Значительная часть больных с СДВГ страдает гиперкинетическим синдромом (тики разной степени выраженности), синдромом Туррета и судорожными синдромами. У них чаще возникает зависимость от химических веществ, включая алкоголь. Имеются данные, что в основе таких сочетаний лежат изменения генетического характера, локализованные в 11-й хромосоме [262; 272]. Был идентифицирован ряд аллелей, связанных с синдромом гиперактивности, которые тесно связаны с другой серией аллелей генов, ответственных за возникновение алкоголизма, депрессии и синдрома Туретта. Вся указанная констелляция описывается как ответственная за синдром дефицита подкрепления и может быть одной из причин одновременного возникновения описанных выше расстройств. Кроме того, исследованные аллели являются ответственными за дефицит дофамина в стволовых структурах мозга.

Все сказанное выше можно обобщить схематично. Основу (базу) для возникновения пограничных (и других) психических расстройств составляет совокупность неблагоприятных генетических и психологических факторов (например, памяти о родовой травме), а также первичное резидуальное поражение различных структур головного мозга, меняющее их взаимодействие. Совокупность указанных факторов приводит к общей предрасположенности к развитию заболевания, которое может инициироваться самыми разнообразными запускающими внешними факторами. Какими бы патогенными по своей силе эти факторы ни были, очевидно, что без благоприятной почвы, подготовленной существующей основой – *устойчивым патологическим состоянием*, они сами по себе не в состоянии вызвать патологию. Действительно, если вспомнить концепцию первичной родовой травмы, развиваемую Грофом, то практически все без исключения проходят этот путь, но лишь у нескольких процентов людей развиваются психические расстройства, не связанные в явном виде с наследственными генетическими факторами.

Внешние факторы не только запускают первичное проявление патологии, но чаще всего и усугубляют ее развитие, так как первые симптомы развивающейся болезни «замаскированы» обычной неравномерностью психического развития ребенка. Они нестораживают социальное окружение ребенка и не приводят к врачебному вмешательству. Например, первые признаки развивающегося заикания – клонические судороги речи, проявляющиеся в повторении первого слога или первой буквы слова, являются как бы продолжением нормального речевого развития или некоторым его замедлением. Ведь первые слова малыш тоже произносит по слогам! Поэтому насильственное вмешательство в развитие речи ребенка как со стороны родителей, так и со стороны неграмотных специалистов приводит к углублению патологии. В приведенном примере клонический тип судорог переходит в тоноклонический или в тонический. В некоторых ситуациях ребенок может вообще замолчать. Скрытое развитие болезни переходит в выраженную патологию.

Необходимо отметить, что приведенная схема не противоречит психологическим гипотезам о возникновении психонервных расстройств, а лишь существенно дополняет их. Мы не сторонники крайней точки зрения некоторых нейрологических школ, утверждающих, что «для всякой ненормальной мысли существует ненормальная клетка мозга» [233, р. 233]. Однако мы твердо убеждены в том, что каждый синдром свидетельствует о нарушении взаимоотношений и связей между структурами головного мозга по сравнению с заложенными в нормальной генетической программе, т. е. об образовании устойчивого патологического состояния. Данное положение не противоречит некоторым заявлениям критиков современного состояния дел в психиатрии: «...То, о чем психиатрия говорит как о четких диагностических критериях, есть стадии процесса трансформации, на которых пациент почему-либо задержался» [233, р. 236]. Именно задержкой на ранних стадиях становления взаимоотношений между ведущими структурами головного мозга объясняется, с наших позиций, развитие пограничных психических расстройств, о чем мы неоднократно говорили ранее [96; 97; 98; 105; 162; 164].

Глава 2

Основные критерии развития психики ребенка

Этапы нормального моторного и сенсорного развития ребенка с 6 месяцев до 6 лет

Как указывалось во введении, понятие нормы весьма расплывчато. Однако все-таки существуют некоторые практические критерии [Kaplan, Sadock, 1998], по которым определяются этапы нормального развития «среднестатистического» ребенка, не зависимо от его национальности и места проживания. Конечно, эти критерии неполные. Наряду с приводимыми ниже критериями родителям следует учитывать особенности контакта с ребенком, характер его игровой деятельности, наличие страхов различных предметов или в различной обстановке, а также вредные привычки. Сравнение наличной активности с приведенными оценками моторного и сенсорного развития позволит на более ранних сроках обнаружить отклонения и обратиться за помощью к специалистам. Пусть тревога будет напрасной. Здесь как раз тот случай, когда лучше перестараться, чем недоглядеть!

Итак, на сроке развития *от 4 до 6 месяцев* у ребенка появляется улыбка в ответ на общение. Он тянется к висящему над ним предмету, следит за его движениями и удерживает голову в равновесии. В *7 месяцев* ребенок может устойчиво сидеть в своей кроватке, наклоняться вперед (придерживаясь руками), брать палец ноги в рот, тянуться одной рукой за игрушкой и хватать ее. Когда находится в положении стоя (при поддержке взрослого), активно прыгает, подражает движениям взрослого. В *10 месяцев* ребенок может самостоятельно сидеть и ползать, вставать и стоять без опоры. Показывает хорошую координацию движений, подбирает парные предметы, рисует каракули, участвует в простых социальных играх типа «ладушки» или «прятки». Может самостоятельно держать в руках бутылочку и есть печенье. В *13 месяцев* ребенок начинает ходить, держась за руку взрослого. Произносит первые отдельные слова (словарный запас около 10 слов). Пытается помочь родителям одеть себя. В *15 месяцев* – учится ходить самостоятельно, карабкается по ступенькам, бросает предметы (игрушки) во время игры, выражает свои желания направленными жестами или голосом. В *18 месяцев* ребенок может подниматься по лестнице, держась за руку взрослого, с силой бросает мяч. У него появляется хорошо координированная ходьба, стремление к самостоятельной еде. Он может построить башенку из 3–4 кубиков, носит и обнимает любимые игрушки, рисует непонятные изображения, имитирует письмо взрослых упорядоченными штрихами, а также имитирует некоторые стереотипы социального общения взрослых.

В *2 года* ребенок может надевать простую одежду, быстро бегать, самостоятельно подниматься и спускаться по лестнице, строить башенку из 6–7 кубиков, выстраивать кубики в ряд (имитируя поезд). Появляются упорядоченные, направленные проявления любви и протеста. Уже заметны элементы нестандартного поведения. Возникает возможность параллельной игры в группе: играет рядом с другими детьми, но не взаимодействует с ними. Ребенок может имитировать социальные сцены, происходящие в семье. Может четко выражать свои мысли законченными предложениями из 4–6 слов.

В *3 года* ребенок может кататься на трехколесном велосипеде, самостоятельно надевать ботинки, расстегивать пуговицы, самостоятельно справляться с приемом пищи. При игре в кубики строит мост, башенку из 9–10 кубиков. При рисовании копирует круг и крест. В социальном общении понимает, что нужно дождаться своей очереди.

В *4 года* ребенок может участвовать в общей игре с другими детьми, чистить зубы, умываться самостоятельно и вытирать лицо полотенцем, стоять на одной ноге без поддержки 4–8 секунд, повторять 4 цифры и перечислять не менее 3 предметов, правильно указывая на них.

В *5 лет* ребенок может одеваться и раздеваться самостоятельно, умеет пользоваться туалетом в дневное и ночное время, копирует квадрат, может написать несколько букв, нарисовать узнаваемого человека с головой, туловищем и конечностями, точно перечисляет не менее 10 объектов, играет в состязательные игры.

В *6 лет* ребенок может завязывать шнурки на ботинках, кататься на двухколесном велосипеде, копировать ряд геометрических фигур (окружность, треугольник, квадрат), написать собственное имя, знать страну, город и адрес своего проживания.

Этапы развития интеллекта и памяти в онтогенезе

Ведущей психологической школой в Европе, которая рассматривает развитие интеллекта и памяти в онтогенезе (в процессе развития ребенка), была и остается школа Пиаже (1896–1980). Развитие этой школы прошло несколько этапов, начиная с 20-х годов XX столетия, когда малоизвестный профессор психологии Ж. Пиаже задался целью изучить путь развития интеллекта с помощью изучения развития детской речи. Он использовал как непосредственное наблюдение за поведением ребенка, так и развитый им метод так называемой клинической беседы, во время которой изучались процессы, приводящие к возникновению данного типа поведения.

Клиническая беседа – процесс весьма трудоемкий, а главное – требующий от исследователя совершенства в овладении особым видом искусства – искусства спрашивать. Тем не менее, благодаря таланту самого Пиаже и опыту, полученному им в процессе общения с собственными детьми, способ оказался чрезвычайно плодотворным. С его помощью уже через несколько лет было сделано важное открытие: на первом этапе развития речь детей имеет эгоцентрический характер. Ребенок говорит как бы сам с собой, не пытаясь передать собеседнику какую-либо информацию и не осознавая отличия собственной точки зрения на окружающий мир или события от точки зрения окружающих его людей. Наибольшего значения вербальный эгоцентризм достигает в 3 года – до 75 % от всей спонтанной речи, а затем постепенно убывает, исчезая к 7 годам [282].

Развивая свой подход дальше, Пиаже пришел к выводу об эгоцентризме как факторе познания окружающего мира. Это спонтанная стадия развития, управляющая психической активностью ребенка, но она может оставаться основой познания и для некоторых взрослых людей, «застревающих» на определенной стадии психического развития. Так, позднее психофизиологом Дж. Джейнсом было выдвинуто предположение, что таким фактором познания мира руководствовались наши ближайшие предки на стадии до развития письменности [208]. Он связывает этот факт с так называемым «бикамерным разумом» – стадией развития, на которой оба полушария головного мозга действовали как бы раздельно. Джейнс указывает, что даже герои «Илиады» действуют как дети с эгоцентрическим характером мышления, т. е. как люди с «бикамерным разумом». Они начисто лишены самоанализа, дают противоречивые обещания и совершают противоречивые с точки зрения современной логики поступки. Свою внутреннюю речь они, по-видимому, воспринимали как голос богов, так как для нее не существовало иного объяснения. Аналогичное поведение можно наблюдать у больных с некоторыми формами шизофрении или в конкретных ситуациях у больных с расщепленным мозгом.

Чтобы исследовать истоки порождения интеллекта у ребенка, Пиаже давал детям различные предметы, которыми они могли манипулировать. Непосредственным объектом исследования стала структура действий при манипулировании детей 1–2 лет этими предметами. Результаты проделанной в течение 5 лет работы привели Пиаже к выводу, что *интеллект у ребенка возникает до овладения речью и интеллектуальные операции самого разного уровня подготавливаются сенсомоторным действием.*

Данные описанных исследований легли в основу так называемой генетической психологии – науки, изучающей происхождение интеллекта и его индивидуальное развитие в ходе онтогенеза. Генетическая психология решает задачи динамики перехода между различными формами мыслительной деятельности, изучает структурные преобразования, связанные с различными формами умственной деятельности, выявляет причины структурных изменений. Необходимо отметить, что, согласно взглядам Пиаже, структура – это некоторая саморегулирующаяся умственная система, принципы активности которой отличны от принципов активности ее частей. Структуры складываются в онтогенезе, зависят от содержания опыта и качественно

отличаются на разных стадиях развития. В отличие от этого функции частей, составляющих структуру, наследственно запрограммированы и не зависят от опыта. Соотношение между функцией составляющих частей и целой структурой поддерживает непрерывность и преемственность развития, его качественное своеобразие на каждой возрастной ступени.

Продолжая исследования на детях младшего возраста, Пиаже пришел к выводу о том, что «источник знания лежит не в объектах, не в субъекте, а во взаимодействиях – первоначально неразделимых – между субъектом и этими объектами» [283]. Так как взаимодействия с окружающими объектами имеют своим следствием структурные изменения и изменения эти происходят поэтапно, можно сделать вывод о существовании некоторых стадий развития. Подобный анализ процесса привел Пиаже к выделению стадий интеллектуального развития ребенка, что считается его крупнейшим научным достижением [90].

Согласно Пиаже, весь процесс развития интеллекта можно разбить на три периода, каждый из которых определяется формированием трех основных структур: сенсомоторных, конкретных операций и формальных операций. Структуры конкретных операций позволяют осуществлять выполнение действий в уме, но с опорой на внешние образные данные. Структуры формальных операций позволяют овладеть методами формальной логики, дедуктивными методами рассуждений. Соответствующие возрастные периоды и их фазы можно представить следующим образом.

I. Период сенсомоторного интеллекта (с рождения до 2 лет)

Подпериод А: Центрация на собственном теле. Стадии: 1. Упражнение рефлексов (с рождения до 1 мес.). 2. Первые навыки и первые круговые реакции (1–4,5 мес.). 3. Координация зрения и хватания, вторичные круговые реакции (4,5–9 мес.). *Подпериод Б:* Объективация практического интеллекта. Стадии: 1. Дифференциация средства и цели; начало практического интеллекта (9–12 мес.). 2. Дифференциация схем действия благодаря третичным круговым реакциям; появление новых средств (11–18 мес.). 3. Начало интериоризации схем и решение части проблем путем дедукции (18–24 мес.).

II. Репрезентативный интеллект и конкретные операции (2–12 лет)

Подпериод А: Предоперационный интеллект. Стадии: 1. Появление символической функции; начало интериоризации схем действия (2–4 года). 2. Интуитивное мышление, опирающееся на восприятие (4,5–6 лет). 3. Интуитивное мышление, опирающееся на более расчлененные представления (5,5–8 лет).

Подпериод Б: Конкретные операции. Стадии: 1. Простые операции – классификация, сериация, взаимно-однозначное соответствие (8–10 лет). 2. Системы операций – система координат, проективные понятия (11–14 лет).

III. Репрезентативный интеллект и формальные операции (11–14 лет)

Подпериод А: Становление формальных операций. Стадия: 1. Гипотетико-дедуктивная логика и комбинаторика (11–14 лет). *Подпериод Б:* Достижение формальных операций. Стадия: 1. Структура «решетки» и группа четырех трансформаций.

Приведенное описание (в непосредственной трактовке Пиаже) [282] требует пояснения некоторых понятий, которые часто употребляются в психологической литературе.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.